



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

Förändring av delaktighet i aktivitet hos personer som genomgått ett smärthanteringsprogram

Författare: Josefin Palmén

Elvira Andersson

Handledare: Birgitta Wästberg

2014-03-21

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

2014-03-21

Förändring av delaktighet i aktivitet hos personer som har genomgått ett smärthanteringsprogram

Josefin Palmén & Elvira Andersson

Abstrakt

I Sverige lever 40-50 procent av befolkningen med långvarig smärta. Smärtan kan påverka personen fysiskt, psykologiskt, samt kulturellt och kan leda till förändring av aktiviteter, minskad aktivitetsgrad och därmed minskad delaktighet i aktivitet. Behandling som finns är bland annat multidisciplinära rehabiliteringsprogram. GAP i vardagens aktiviteter är ett instrument som mäter delaktighet i aktivitet. Ett gap uppstår om man inte utför en aktivitet som man vill utföra eller om man utför en aktivitet som man inte vill utföra. Syftet med studien var att undersöka om patienter med långvarig smärta upplevde någon förändring av gap efter att ha genomgått en fem veckor lång intensivfas i ett smärthanteringsprogram och i så fall i vilken riktning? Sker det någon förändring av skattad smärtintensitet respektive hälsa? Och om antalet gap förändras, sker motsvarande förändringar i upplevd hälsa respektive skattad smärta? Urvalsgruppen bestod av 19 deltagare. Studien har en kvantitativ ansats med en pretest-posttestdesign. Utvärderingen gjordes med instrumentet GAP i vardagens aktiviteter och en egenhändigt komponerad enkät. Resultatet visade att antal gap i gruppen hade ökat vid andra mätningen. Sex av deltagarna hade minskning av antal gap, fyra deltagare hade samma antal gap och nio deltagare hade en ökning av antal gap vid den andra mätningen. Det hade skett en viss förbättring av självskattad hälsa och smärta. Inga likheter sågs mellan förändring av gap och självskattad smärta och hälsa. Slutsatsen var att antal gap i gruppen ökat vid andra mättillfället. För vidare forskning ser författarna gärna en urvalsgrupp med större antal deltagare, att en uppföljande mätning görs några månader efter att interventionen avslutats samt att en kontrollgrupp används.

Nyckelord: Arbetsterapi, GAP i vardagens aktiviteter, långvarig smärta, självskattad hälsa.

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

2014-03-21

Change in occupational participation for persons who participated in a pain management program

Josefin Palmén & Elvira Andersson

Abstract

40-50 percent of the Swedish population is living with chronic pain. Pain affects people both physically, mentally and culturally and can lead to changes in occupation and less participation in occupations. Multidisciplinary rehabilitation programs are one treatment available for people living with chronic pain. The Occupational Gaps Questionnaire is a tool that measures participation in occupations. A gap emerges if a person does not perform an occupation that he or she wants to perform or if a person performs an occupation that he or she does not want to perform. The aim of the study was to investigate whether patients with chronic pain perceived any changes in gaps after having participated in a five week long intensive phase in a pain management program and, if so, in what direction? Are there any changes in perceived pain and health? And if the number of gaps changes, does a corresponding change in perceived pain and health emerge? The sample consisted of 19 participants. The study has a quantitative approach with a pretest-posttest design. Data was collected with the Occupational Gaps Questionnaire and a self composed questionnaire. The result showed that the number of gaps had increased after the five weeklong pain management program. Six participants had fewer gaps, four participants had the same number of gaps and nine participants had an increased number of gaps after completed the pain management program. There had been an improvement of perceived health and the perceived pain had decreased. No similarities were seen between changes in gaps and changes in perceived pain and health. The conclusion in the study was that the gaps in the group had overall increased. For further studies the authors recommend a larger sample, that data is collected a third time a couple of months after the pain management program has ended and that further studies use a control group.

Keywords: Occupational therapy, Occupational Gaps Questionnaire, chronic pain, perceived health.

Bachelor thesis

Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Aktivitet	1
Långvarig smärta och aktivitet	1
Smärthanteringsprogram	4
Syfte	6
Frågeställningar	6
Metod	6
Design	6
Urval	6
Intervention	6
Utvärdering	7
Enkät.....	7
GAP	7
Procedur	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden	10
Resultat	10
Aktivitetsgap	11
Självskattad hälsa	15
Självskattad smärta	15
Förändring av gap i förhållande till förändring av självskattad smärta respektive hälsa	15
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	21
Referenslista	22
Bilaga 1	26

Bakgrund

Aktivitet

Från ett arbetsterapeutiskt perspektiv är meningsfulla aktiviteter en viktig del i livet som kan påverka hälsa och välbefinnande (Wilcock, 1998). Målet med arbetsterapi är därför att främja patientens möjligheter att leva ett meningsfullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav. För att nå detta mål arbetar arbetsterapeuten med att förhindra nedsatt aktivitetsförmåga, utveckla aktivitetsförmåga och/eller kompensera för nedsatt aktivitetsförmåga (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005).

Aktivitet definieras som en persons genomförande av en uppgift eller handling, medan engagemang i en livssituation benämns *delaktighet* (Socialstyrelsen, 2003). Kielhofner (2012) menar att "begreppet mänsklig aktivitet syftar på arbete, lek och aktiviteter i dagliga livet inom ramen för den tidsmässiga fysiska och sociokulturella kontext som karaktäriserar mycket av mänskligt liv" (s.10). Vidare menar han att delaktighet i aktivitet kan definieras som engagemang i arbete, lek, eller aktiviteter i det dagliga livet som är delar av vår sociokulturella kontext och som är önskvärda och/eller nödvändiga för vårt välbefinnande.

När delaktigheten påverkas negativt kallas det för delaktighetsinskränkningar medan aktivitetsbegränsningar innebär att uppleva svårigheter vid genomförandet av en aktivitet (Socialstyrelsen, 2003).

Christiansen tar upp att vi genom aktivitet även utvecklar vår identitet. Aktiviteter ger människan en möjlighet att uttrycka sig och förser människan med en känsla av mening och struktur vilket utgör den grund som behövs för att utveckla identiteten. Genom att utveckla sin identitet genom aktivitet får människan en mening med livet som i sin tur leder till välbefinnande (Christiansen, 1999). Ett tillstånd som kan leda till minskad delaktighet i aktivitet är långvarig smärta (Persson, Lexell, Riviano-Fischer & Eklund 2013).

Långvarig smärta och aktivitet

Många arbetsterapeuter arbetar med personer med långvarig smärta. Smärta definieras som en obehaglig och emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada (International Association for the Study of Pain [IASP], 1994). En uppfattning inom forskningen är att om smärtan har haft en varaktighet på minst tre

månader så klassas den som långvarig (Jakobsson, 2010). I Sverige lever 40-50 procent av befolkningen med långvarig smärta (Jakobsson, 2007). Långvarig smärta kan påverka alla aspekter av en människas liv (Skjutar & Müllersdorf, 2010), och kan följaktligen påverka delaktigheten inom alla aktiviteter (Persson, Lexell, Riviano-Fischer & Eklund 2013).

Att leva med smärta kan te sig på många olika sätt. Smärtan kan påverka personen fysiskt, psykologiskt, socialt samt kulturellt och kan leda till delaktighetsinskränkningar. Smärtan kan påverka fysiskt genom bland annat nedsatt rörlighet, gångsvårigheter samt sömnproblem. Psykologiskt kan smärtan leda till exempelvis oro, nedstämdhet, depression, koncentrationssvårigheter samt irritation. Långvarig smärta kan påverka socialt samt kulturellt genom att den påverkar faktorer som socialt nätverk, ökat beroende av andra, arbete, ekonomi samt leda till ökad sjukvårdskonsumtion (Jakobsson, 2007).

Smärtan kan också leda till upplevda förändringar i livet och dess aktiviteter. Skjutar och Müllersdorf beskriver i en kvalitativ studie att deltagarna menade att smärtan ledde till att de inte kunde leva sina liv som de gjorde innan. Att leva med långvarig smärta innebar att de ställdes inför en förändring där en del av det gamla jaget gick förlorat och de var tvungna att förlika sig med att en ny del av dem tillkom. De hade tvingats ändra sina dagliga rutiner, sitt beteende och graden av självständighet. Kroppen och hjärnan hade hamnat i konflikt med varandra: kroppen satte stopp genom att signalera med smärta medan hjärnan med sin drivkraft ville fortsätta utföra aktiviteten, och deltagarna tvingades ständigt att ta ställning till vilka konsekvenser utförandet av aktiviteten skulle få samt om det var värt att utföra den. Det var även vanligt att deltagarna sänkte kraven på aktivitetsutförandet för att ändå kunna utföra aktiviteterna. Många deltagare insåg också att de hade prioriterat andra istället för sig själva (Skjutar & Müllersdorf, 2010). Förändring av identitet är även kallat transformation av identitet vilket i en studie med personer med fibromyalgi beskrevs som antingen ett tillstånd då man lever med två identiteter samtidigt, den gamla och den nya eller lever endast med den nya förändrade identiteten (Asbring, 2001).

Långvarig smärta kan göra en person inaktiv genom att det finns en tendens till isolering och minskad aktivitetsgrad, vilket vidare kan skapa en upplevelse av minskad kontroll över sin livssituation. Upplevelsen av minskad kontroll är i sin tur en riskfaktor för ångest och depression (Werner & Strang, 2003).

Satink, Winding och Jonsson menar att personer som lever med långvarig smärta går igenom olika faser, som ett led i att anpassa sig efter smärtan. Det tar olika lång tid för personer att gå igenom faserna och det kan ta många år innan man tar sig igenom alla faser. De kallar den första fasen för *Ett försök till att vara normal*. I den första fasen ignorerar den drabbade smärtan, kämpar på och fortsätter att göra alla de saker hen gjort tidigare i hopp om att övervinna smärtan. Upplevelsen av att känna att man fortfarande kan som man tidigare kunnat tillsammans med känslan av att andra ser att man kan och att inget förändrats är viktiga drivkrafter i denna fas. I den andra fasen *Ett försök att kontrollera och minska smärtan*, börjar de drabbade inse att de inte kan fortsätta att ignorera smärtan. De vill nu få kontroll över den och minska den. Detta gör de genom att prioritera bort en del aktiviteter, oftast sociala aktiviteter, i tron om att det ska minska smärtan. Men med detta val växer en ny smärta fram, en emotionell som många upplever som värre än endast den fysiska smärtan. De drabbade känner sig ofta ensamma, isolerade och besvikna över hur begränsade de är. I den tredje och sista fasen *Ett försök att samarbeta med smärtan*, inser de drabbade att de är tvungna att leva tillsammans med smärtan. De har i denna fas accepterat att smärtan är och kommer vara en del av deras liv. De lär sig att prioritera de aktiviteter som är mest meningsfulla för dem, de anpassar sitt utförande och tidpunkten för utförandet efter smärtan samt prioriterar tid för vila och återhämtning då det behövs (Satink, Winding & Jonsson, 2004).

En viktig faktor för att uppleva minskad smärta är att kunna acceptera smärtan (Jakobsson, 2007). Detta är något som även McCracken (1998) styrker och han menar dessutom att det kan bidra till en ökad funktion i dagliga aktiviteter.

Den viktigaste faktorn för en framgångsrik intervention är patientens egen upplevelse av sin förmåga att lära sig att hantera den långvariga smärtan (Jensen, Bodin, Ljungqvist, Bergström & Nygren, 2000). Personer med långvarig smärta har förklarat att de har ett stort behov av att få vara delaktiga och uppleva njutning i aktiviteter då det kan minska upplevelsen av smärta alternativt fungera som en distraktion av smärtan en stund (Fisher et al., 2007). Vidare menar de att genom att engagera sig socialt och utföra meningsfulla aktiviteter får de hopp om framtiden (Skjutar & Müllersdorf, 2010). Socialt stöd har också visat sig ha en positiv effekt. I en studie av Löfgren, Ekholm och Öhman (2006) såg man tydliga samband mellan deltagarnas förmåga att orka kämpa vidare och socialt stöd, framförallt från familjen. Deltagarna fick kraft av att veta att familjen stöttade dem och kände till deras svårigheter och begränsningar vilket gjorde det möjligt för dem att fortsätta kämpa. Det underlättade även att

ha någon att dela hushållsarbeten och ansvar med.

I en studie med personer med muskuloskeletal smärta (Eriksson, Jonsson, Tham & Eriksson, 2012) användes instrumentet "GAP i vardagens aktiviteter" [GAP] (Eriksson, 2012). GAP är ett självskattningsinstrument där personen svarar på om den utför och vill utföra specifika aktiviteter. Om personen kryssar i att hen utför aktiviteten men inte vill utföra den eller kryssar i att hen inte utför aktiviteten men vill utföra den uppstår ett så kallat aktivitetsgap. Stort antal gap indikerar på negativ inverkan på delaktighet i aktivitet. Resultatet i studien av Eriksson, Jonsson, Tham och Eriksson (2012) visade på flest gap, 40 %, inom aktiviteterna idrotta/motionera, städa, sköta enklare underhåll, hobby, kulturella aktiviteter samt arbeta heltid eller deltid.

Smärthanteringsprogram

Behandling som finns för personer med långvarig smärta är bland annat multidisciplinära rehabiliteringsprogram. Målet för multidisciplinära rehabiliteringsprogram är att minska smärtrelaterade konsekvenser och att öka patientens aktivitet och delaktighet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006). För att underlätta delaktighet i meningsfulla aktiviteter och socialt engagemang är det viktigt att se på hela aktivitetsrepertoaren vid rehabilitering av personer med långvarig smärta (Liedberg & Henriksson, 2002; Skjutar & Müllersdorf, 2010).

Multidisciplinära rehabiliteringsprogram som är baserade på kognitiva och beteendevetenskapliga principer har visat sig ge god effekt för patienter med långvarig smärta i form av minskad smärta, emotionell stress, funktionsnedsättning, smärtbeteende och ökad hanteringsförmåga (McCracken & Turk, 2002).

Förändring av aktivitetsutförande hos personer med långvarig smärta som har deltagit i ett smärthanteringsprogram studerades av Persson, Riviano-Fischer och Eklund (2004). Programmet i studien var ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram som utfördes av psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer. I undersökningen användes bland annat instrumentet The Canadian Occupational Performance Measurement [COPM] (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock, 1998) för att mäta skillnader i aktivitetsutförande före och efter programmet (Persson et al., 2004).

En annan undersökning (Persson, Lexell, Riviano-Fischer & Eklund, 2013) av deltagare som hade genomgått samma smärthanteringsprogram som ovan visade att de sex vanligaste aktivitetsproblemen som deltagarna upplevde var, i tur och ordning, att arbeta, sitta, städa, laga mat, sova samt hushållsarbete. I studien kunde man även se en skillnad mellan könen. Kvinnorna upplevde fler aktivitetsproblem kopplade till aktivitetsområdet produktivitet och män betydligt fler inom aktivitetsområdet personlig vård.

Mannerkorpi och Henriksson (2007) har funnit att för personer med omfattande långvarig muskuloskeletal smärta var effektiva interventioner fysisk aktivitet och utbildning i att lära sig hantera sin smärta. Dessa interventioner bidrog till att förbättra kroppsfunktioner, aktivitet och den allmänna hälsan. Mårtensson och Dahlin-Ivanoff (2006), undersökte i en studie hur personer med långvarig smärta upplevde ett rehabiliteringsprogram. Programmet leddes av en sjukgymnast och en arbetsterapeut och fokus i studien låg på att undersöka deltagarnas upplevelser av innehållet i programmet, upplägget, gruppens roll i programmet, ledarens roll samt den enskilda deltagarens roll i programmet.

Varken Mannerkorpi och Henriksson (2007) eller Mårtensson och Dahlin-Ivanoff (2006) tar upp någonting om förändrad delaktighet i aktivitet som ett resultat av interventionerna, vilket är just det författarna till denna studie är intresserade av.

Såvitt författarna kunnat finna så har ingen forskning gjorts på skillnaderna mellan vad personer med långvarig smärta vill göra och faktiskt gör i vardagslivet före och efter en intervention. Denna skillnad som tidigare nämnts kallas ”aktivitetsgap” (Eriksson, 2012). Därför ville författarna undersöka om antalet gap förändras, alltså delaktighet i aktivitet, efter en intervention i form av ett smärthanteringsprogram. Smärthanteringsprogrammet (Skånes universitetssjukhus, 2013) är ett interdisciplinärt rehabiliteringsprogram med ett team bestående av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, kuratorer, psykologer och läkare. Rehabiliteringen sker i grupp bestående av 8-10 deltagare. Smärthanteringsprogrammet har en uppstartsfas då man träffas fyra halvdagar, en intensivfas under fem veckor då man träffas fyra dagar i veckan, sju timmar per dag och en tillämpningsfas under nio veckor med två avslutande uppföljningsdagar. Under tillämpningsfasen är deltagarna i sin hemmiljö och tillämpar det som de har lärt sig under uppstart- och intensivfasen.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka om patienter med långvarig smärta upplevde någon förändring av gap, dvs mellan vad de gör och vill göra efter att ha genomgått den fem veckor långa intensivfasen i ett smärthanteringsprogram.

Frågeställningar

Blev det en förändring av antal gap och i så fall i vilken riktning?

Blev det någon förändring av självskattad smärtintensitet och självskattad hälsa?

Om antalet gap förändras, sker motsvarande förändringar i upplevd hälsa respektive skattad smärta?

Metod

Design

Studien har en kvantitativ ansats med en pretest-posttestdesign (Hartman, 1998). Denna design innebär att man mäter undersökningspersonerna vid två tillfällen med en interventionsperiod emellan.

Urval

Deltagarna i studien var personer med långvarig smärta som skulle påbörja smärthanteringsprogrammet i södra Sverige under hösten och vintern 2013. Förfrågan om deltagande i studien gjordes till 28 personer. Av dessa var det sju personer som inte ville vara med i undersökningen och ytterligare två personer föll bort då den ena inte hade svarat vid andra mättillfället och den andra hade svarat vid andra mättillfället men inte vid det första. I undersökningsgruppen ingick sex män och tretton kvinnor med en medelålder på 40 år (yngsta 24, äldsta 58).

Intervention

Under första veckan under intensivfasen i smärthanteringsprogrammet (Skånes universitetssjukhus, 2013) skrivs en individuell rehabiliteringsplan tillsammans med teamet som sedan utvärderas under den sista veckan. Interventionen under intensivfasen består av grupp- och enskilda tillfällen med arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog, enskilda samtal med kuratorn samt grupp- och enskilda tillfällen med läkare. Under arbetsterapin övar deltagarna på att prioritera och planera utifrån sina resurser och att hitta en lämplig balans mellan aktivitet och vila samt

på ergonomisk och energibesparande tillämpning. Syftet är att hitta vanor som underlättar i personlig vård, hemliv, studier/arbete och fritid. Under sjukgymnastiken övar sig deltagarna bland annat på basal kroppskänedom, avspänning och lättare fysisk aktivitet för att öka avspändhet i rörelse och vila. Under psykologitillfällena tas generella teman upp såsom stresshantering, livsomställningsprocess och acceptans. Under dessa tillfällen får deltagarna både information och pratar själva utifrån egna reflektioner och erfarenheter.

Psykologitillfällena är till för att lära sig mer om mänskligt fungerande och testa nya förhållningssätt till känslor, tankar och andra upplevelser. Vid behov kan deltagarna individuellt träffa en kurator för att diskutera frågor gällande den socioekonomiska situationen. Läkaren har grupp föreläsningar om långvarig smärta och även individuella möten med deltagarna (Skånes universitetssjukhus, 2013).

Utvärdering

Utvärderingen skedde i form av en egenkomponerad enkät och instrumentet GAP (Eriksson, 2012) som deltagarna fick fylla i vid två tillfällen, före och efter den fem veckor långa intensivfasen.

Enkät

Författarna använde en egenhändigt komponerad enkät (se bilaga 1) för att samla in data gällande ålder, kön, om man var född i Sverige eller inte, om man arbetade eller inte, var och hur man bodde, hur länge man levt med långvarig smärta samt om man var stundtals smärtfri eller aldrig smärtfri. I enkäten fanns även en fråga om hälsa tagen från SF-36 Hälsoenkät (Sullivan, Karlsson & Taft, 2002) där deltagarna fick svara på hur de i allmänhet tyckte att deras hälsa var med svarsalternativen: "Utmärkt", "Mycket god", "God", "Någorlunda" eller "Dålig". Vidare fick deltagarna skatta på en skala hur ont de hade haft i genomsnitt den senaste veckan då 0 motsvarade "ingen värk" och 10 motsvarade "värsta tänkbara värk". (Turk, Young, LaMoreaux, Werth, & Poole, 1993). Syftet med enkäten var att beskriva urvalsgruppen och för att kunna se om det hade skett någon förändring av hälsa och smärta.

GAP

Instrumentet GAP (Eriksson, 2012) består av frågor om 30 aktiviteter, till varje aktivitet ställs samma två frågor: "Utför du aktiviteten" och "Vill du utföra aktiviteten" med svarsalternativen Ja/Nej. Exempel på aktiviteter är "*Sköta enklare underhåll av bostad, trädgård, bil (ex. småreparationer, sköta om blommor, tvätta bil, klippa gräsmatta, rensa*

ogräs)”, “*Idrotta/motionera (ex. motionsgympa, simma, jogga, spela fotboll, titta på idrottsevenemang)*”, “*Shoppa (ex. personliga saker, kläder, saker till hemmet)*” och “*Idka friluftsliv (ex. promenera, plocka bär och svamp, jaga, fiska, campa)*”.

Instrumentet avslutas med två öppna frågor. Den första frågan är “Beskriv gärna med egna ord hur du upplever dina vardagsaktiviteter och eventuella gap mellan vad du vill göra och gör”. Den andra frågan är “Om du har svarat att du har några gap (dvs det finns aktiviteter som du gör men inte vill göra, eller vill göra men inte gör): Vilka av dessa aktiviteter värdesätter du högst?”. Instrumentet utvecklades i ett forskningsprojekt på Karolinska Institutet där det övergripande syftet var att identifiera vad klienter gör och vill göra i vardagen en längre tid efter en förvärvad hjärnskada (Eriksson, 2012). Instrumentets validitet och reliabilitet har undersökts med en Raschanalys på data från grupper med olika diagnoser; förvärvad hjärnskada, stressrelaterade besvär, stroke samt hjärnskakning. Analysen av dessa grupper visade att instrumentet mäter delaktighet i vardagens aktiviteter och har acceptabel validitet och reliabilitet för personer med funktions- och aktivitetsbegränsningar på grund av diagnoserna ovan (Eriksson, Tham & Kottorp, 2013). I en studie av en normalpopulation (Eriksson, 2012) besvarades GAP av 811 personer. Utifrån det resultatet kan man säga att det är normalt att en person under 30 år har fem gap, en person mellan 30 och 49 år har fyra gap och en person mellan 50 och 64 år har två gap.

Instrumentet har begränsningar i känslighet, resultatet av analysen stödjer att instrumentet används som ett screeninginstrument i klinisk verksamhet, för att kartlägga olika gruppers uppfattning om delaktighet i vardagens aktiviteter, det är däremot inte känsligt nog att för att utvärdera effekten av intervention. GAP (Eriksson, 2012) valdes att användas i denna studie eftersom det mäter delaktighet i aktivitet. Författarna ville fånga upp vilka aktiviteter klienterna själva ville utföra och inte enbart mäta om de kunde utföra aktiviteten.

Procedur

Kontakt togs med sektionschefen på en Smärtrehabiliteringsklinik i södra Sverige genom e-post där en förfrågan om att få genomföra studien samt information om studien, dess syfte och tillvägagångssätt presenterades. Efter godkännande från sektionschefen tog författarna kontakt med mellanhänderna som var arbetsterapeuter på Smärthanteringsprogrammet. Författarna utförde först en pilotstudie där en person med långvarig smärta fyllde i enkäten och instrumentet varvid författarna analyserade och diskuterade frågorna, hur tydligt

formulerade de var samt om de mätte det de avsåg att mäta. Författarna lämnade personligen ut information om studien samt enkäter och GAP (Eriksson, 2012) till mellanhänderna som de i sin tur gav till deltagarna att fylla i i början samt i slutet av programmet. Istället för att uppge sitt namn fick varje deltagare ett kodnummer av mellanhänderna som de skrev på enkäterna vid båda mättillfällena. Med hjälp av dessa kodnummer kunde författarna analysera resultatet utan att deltagarnas identitet röjdes.

Dataanalys

Enkäten och GAP (Eriksson, 2012) kodades och lades in manuellt i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] som är ett datorprogram för statistisk analys (Wahlgren, 2008). Därefter analyserades datan i SPSS. Insamlad data analyserades med hjälp av deskriptiv statistik (Denscombe, 1998). När deltagarna skulle skatta hur ont de i genomsnitt hade haft den senaste veckan svarade några deltagare genom att sätta kryss mitt emellan två svarsalternativ. Detta gjorde vissa deltagare vid mättillfälle ett och vissa även vid mättillfälle två. Författarna kunde tolka detta genom att de valde den lägsta siffran på smärtskalan eftersom deltagaren åtminstone upplevt den graden av smärta.

En jämförelse av självskattad hälsa vid första och andra mätningen samt en jämförelse av självskattad genomsnittlig smärta vid första och andra mätningen gjordes. Vidare sammanställdes alla gapen i undersökningsgruppen och de delades sedan in i de aktiviteter de låg under. Data från den första och den andra mätningen analyserades först var för sig och jämfördes sedan. Genom att göra detta kunde författarna se vilka aktiviteter som hade först respektive flest antal gap och förändringen av antalet gap inom varje aktivitet. Författarna sammanställde även antalet gap för varje deltagare vid första och andra mätningen för att se hur många som hade fått en ökning respektive minskning av antalet gap.

Författarna har valt att redovisa antalet gap oavsett om det var “gör men vill inte” eller “gör inte men vill”. För att undersöka om förändring av hälsa och smärta har skett när det har skett en förändring kring antalet gap delades deltagarna in i tre grupper; gruppen med ökning av antalet gap vid andra mätningen jämfört med den första, gruppen med minskning av antalet gap vid den andra mätningen jämfört med den första och gruppen med lika många gap vid den andra och första mätningen. Medelvärde vid första och andra mättillfället räknades ut. Grupperna jämfördes gällande självskattad genomsnittlig smärta den senaste veckan samt uppskattad hälsa. Ett urval av svaren på de öppna frågorna valdes ut och presenterades som

citat för att på ett djupare sätt förklara resultatet i GAP (Eriksson, 2012) samt illustrera hur deltagarna upplevde sina gap och sin vardag.

Etiska överväganden

Vårdvetenskapliga etiknämnden har gjort en etisk granskning av studien och gav sitt godkännande. Diarienumret för studien är VEN 124-13. Efter att deltagarna fyllt i enkäten lades de i en försluten låda som sedan förvarades inlåst till de hämtades av undertecknade. Detta för att värna om konfidentialiteten och förhindra att uppgifter skulle spridas. All data kodades och hanterades med största aktsamhet enligt rådande riktlinjer. Studiens deltagare informerades om att deltagandet var anonymt och frivilligt, att de kunde avbryta sin medverkan i studien utan att framtida bemötande skulle påverkas, att insamlad data skulle behandlas konfidentiellt och endast användas i forskningssyfte samt att personuppgifter skulle vara avidentifierade samt kodade. Allt material rörande studien förvarades inlåst och förstördes när studien var färdigarbetad. Resultatet presenteras på gruppnivå så att ingen enskild deltagare kunde identifieras.

Resultat

Studiens resultat baserades på 19 deltagare i ett smärthanteringsprogram. Utifrån enkäten fick författarna information om deltagarnas bakgrundsfaktorer, såsom ålder, kön, boende, boendetyp, boendesituation, arbete, födelseland samt antal år med långvarig smärta, se tabell 1.

Tabell 1: Deltagarnas bakgrundsfaktorer, n=19

Bakgrundsfaktorer	Antal personer	
Ålder	< 30 år	5
	30-49 år	11
	50-64 år	3
Kön	Man/Kvinna	6/13
Boende	Större samhälle/stad	10
	Mindre samhälle	7
	Uppgift saknas	2

Tabell I, fortsättning.

Bakgrundsfaktorer		Antal personer
Boendetyper	Villa	8
	Lägenhet	9
	Uppgift saknas	2
Bor med¹	Bor ensam	2
	Bor med annan vuxen	15
	Bor med barn mellan 0-5 år	3
	Bor med barn mellan 6-12 år	6
	Bor med barn mellan 13-18 år	4
Arbete¹	Arbetar heltid	3
	Arbetar deltid	7
	Sjukskriven heltid	7
	Sjukskriven deltid	5
	Arbetslös	1
Född i	Sverige/Annat land	16/3
Antal år med långvarig smärta	1-5 år	11
	6-10 år	2
	Mer än 10 år	6

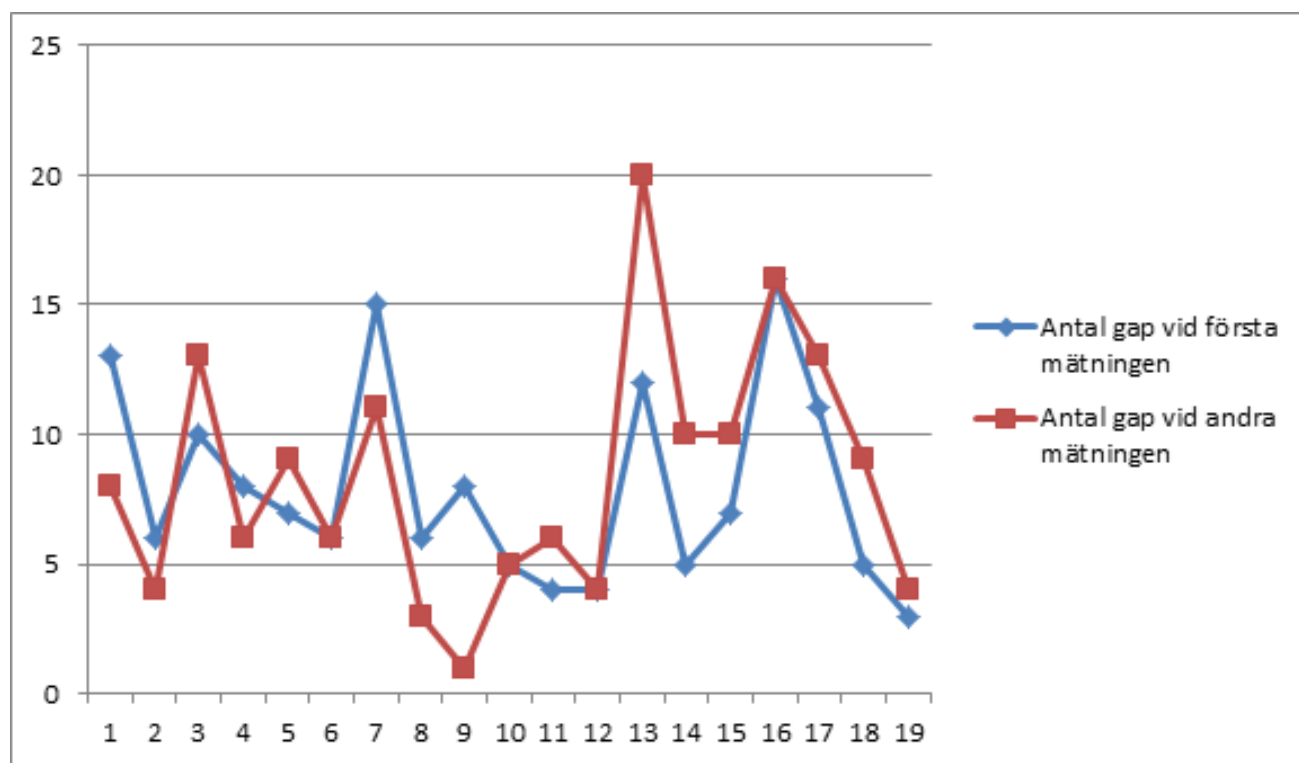
¹ Deltagarna kan ha fyllt i mer än ett alternativ.

Aktivitetsgap

Resultatet visade att antalet gap i gruppen hade ökat vid den andra mätningen, vilket innebär minskad delaktighet i aktivitet. Vid första mätningen fanns det totalt 151 gap, av dessa var 122 “gör inte men vill” och 29 “gör men vill inte”. Vid den andra mätningen fanns det 158 gap varav 135 var “gör inte men vill” och 23 var “gör men vill inte”. Författarna kunde inte identifiera någon aktivitet som hade utmärkande många gap av sorten “gör men vill inte”, utan de låg jämnt spridda över flera aktiviteter vid både första och andra mätningen. Flest gap av sorten “gör inte men vill” fanns i de aktiviteter som totalt hade flest gap.

Medelvärdet på antal gap för undersökningsgruppen var vid första mätningen 7,94 och vid

den andra mätningen var samma medelvärde 8,31. Medelvärdet på gruppens gap hade alltså ökat efter interventionen.



Figur I: Totala antal gap för de 19 deltagarna

Sex av 19 deltagare upplevde ökad delaktighet i aktivitet efter den fem veckor långa interventionen. Nio deltagare upplevde en minskning och fyra deltagare hade en oförändrad delaktig i aktivitet.

Resultatet visade att det skett en förändring av antalet gap inom 19 av de 30 aktiviteterna (se tabell II). Inom elva aktiviteter hade gapen blivit fler vid andra mätningen och vid åtta aktiviteter hade gapen blivit färre vid andra mätningen.

Tabell II: Totala antal gap inom varje aktivitet, vid första och andra mätningen.

Aktiviteter i GAP	Antal GAP vid första mätning (n=)	Antal GAP vid andra mätning (n=)	Skillnad
Sköta mer omfattande underhåll av bostad, trädgård, bil	11 (18)	11 (18)	0
Ge hjälp och stöd till andra	11 (19)	6 (19)	- 5
Resa	10 (18)	10 (19)	0

Tabell II, fortsättning.

Aktiviteter i GAP	Antal GAP vid första mätning (n=)	Antal GAP vid andra mätning (n=)	Skillnad
Tvätta	9 (17)	5 (18)	- 4
Städa	9 (17)	8 (19)	-1
Sköta enklare underhåll av bostad, trädgård, bil	9 (17)	8 (19)	-1
Arbeta	9 (19)	8 (19)	-1
Idrotta/motionera	8 (18)	12 (19)	+4
Ha en hobby	8 (18)	9 (19)	+1
Nyttja kulturutbudet	7 (19)	7 (19)	0
Besöka restaurang, café, pub, danslokal	7 (19)	9 (19)	+2
Studera	6 (18)	6 (18)	0
Handla	4 (18)	6 (19)	+2
Sköta och uppfostra barn	4 (17)	6 (19)	+2
Laga mat	4 (16)	1 (17)	-3
Idka friluftsliv	4 (19)	8 (19)	+4
Läsa tidskrifter/litteratur	4 (19)	5 (18)	+1
Skriva	4 (19)	6 (19)	+2
Delta i föreningsverksamhet	3 (17)	3 (18)	0
Arbeta ideellt	3 (18)	3 (19)	0
Transportera sig	2 (18)	3 (18)	+1
Shoppa	2 (19)	6 (19)	+4
Läsa dagstidning	2 (19)	2 (18)	0
Spela spel	2 (19)	1 (18)	-1
Använda dator	2 (19)	2 (19)	0
Umgås med släkt/vänner/grannar	2 (18)	2 (18)	0
Delta i religiös verksamhet	2 (19)	1 (19)	-1
Umgås med partner och/eller barn	1 (19)	1 (18)	0
Sköta hemmets ekonomi	0 (19)	3 (19)	+3
Titta/lyssna på tv/radio/stereo	0 (19)	0 (18)	0

Vid första mätningen fanns det i ordningsföljd flest antal gap inom aktiviteterna "Sköta mer

omfattande underhåll av bostad, trädgård, bil”, “Ge hjälp och stöd till andra”, “Resa”, “Tvätta”, “Städa”, “Sköta enklare underhåll av bostad, trädgård, bil”, “Arbeta”. “Idrotta/motionera” samt “Ha en hobby”. Vid andra mätningen hade aktiviteterna med flest antal gap ändrats något. Flest antal gap i ordningsföljd fanns då inom “Idrotta/motionera”, “Sköta mer omfattande underhåll av bostad, trädgård, bil”, “Resa”, “Ha en hobby”, “Besöka restaurang, café, pub, danslokal”, “Idka friluftsliv”, “Arbeta”, “Städa” samt “Sköta enklare underhåll av bostad, trädgård, bil”. De aktiviteter som hade störst förändringar av antalet gap vid första och andra mätningen var “Ge hjälp och stöd till andra”, “Tvätta”, “Idrotta/motionera”, “Idka friluftsliv” samt “Shoppa”. Två av dessa aktiviteter hade färre gap efter andra mätningen; “Ge hjälp och stöd till andra” hade gått från elva till sex gap vid andra mätningen och “Tvätta” hade gått från nio till fem gap. Tre av aktiviteterna hade ökade antal gap efter andra mätningen; “Idrotta/motionera” hade gått från åtta till tolv gap, “Idka friluftsliv” hade gått från fyra till åtta gap och “Shoppa” hade gått från två till sex gap. Vissa av de övriga aktiviteterna hade också en skillnad men med färre än fyra gap.

Deltagarna fick svara på två öppna frågor som tillhörde GAP (Eriksson, 2012) varav den första var “Beskriv gärna med egna ord hur du upplever dina vardagsaktiviteter och eventuella gap mellan vad du vill göra och gör”. Det var inte alla deltagare som svarade på denna fråga, vid första mättillfället hade 14 svarat och vid andra hade tre. Exempel på svar från första mättillfället var:

Mitt hälsotillstånd varierar från dag till dag. Ibland har jag både ork och lust till att exempelvis ta hand om hushållssysslorna medan jag andra dagar mår dåligt både fysiskt och psykiskt vilket gör att jag förlorar min förmåga till att leva ett aktivt och välmående liv.

En annan deltagare svarade vid andra mättillfället enligt följande på denna fråga “*Det har inte ändrats så mycket. Har fått verktyg men måste lära mig att använda dom just för mig. När jag kan detta fungerar nog livet igen.*”. En tredje deltagare svarade på frågan både vid första och andra mättillfället vilket visade att en viss förändring skett. Vid första mättillfället svarade deltagaren att det är “*jobbigt ibland men gör det ändå*”. Vid andra mättillfället svarade samma deltagare att hen “*Har börjat göra mer vardagssysslor fast i lugnare tempo. Jag har saker som jag skulle vilja göra men har kommit fram till att avstå eftersom det gör mer skada än nytta oavsett tempo.*” En annan deltagare skrev vid första mätningen; “*Jag försöker*

ignorera smärtan och köra på som vanligt, men har börjat inse att det inte fungerar i längden.”. Den andra öppna frågan i GAP (Eriksson, 2012) var “Om du har svarat att du har några gap (dvs det finns aktiviteter som du gör men inte vill göra , eller vill göra men inte gör): Vilka av dessa aktiviteter värdesätter du högst?”. Det var sju deltagare som svarade på denna fråga vid det första mättillfället och en person vid det andra mättillfället. Exempel på svar vid första mättillfället var; “*Träning vill jag alltid kunna göra. Umgås med familj och vänner vill jag alltid kunna göra. Arbeta vill jag alltid kunna göra*”. En annan deltagare svarade vid första mättillfället ganska likt; “*Motionera, jobba, orka med sociala kontakter*”. Vid det andra mättillfället svarade en person; “*Dans, umgås mer med vänner, uteliv, utflykter med barnet och resor*”,

Självskattad hälsa

Deltagarna skattade sin hälsa på en femgradig skala där 1 var “utmärkt” och 5 var “dålig” upplevd hälsa. Medelvärde för den självskattade hälsan låg vid första mättillfället på 4,05 och vid det andra mättillfället på 3,94. Det var lika många som hade skattat sin hälsa som mycket god och god vid första och andra mätningen. Sju deltagare skattade sin hälsa bättre vid mätning två jämfört med mätning ett, medan tre deltagare skattade sin hälsa lägre vid mätning två jämfört med mätning ett. Nio deltagare skattade sin hälsa lika vid första och andra mätningen.

Självskattad smärta

Vid den första mätningen skattades genomsnittlig smärta den senaste veckan till ett medelvärde på 7,00. Efter interventionen hade medelvärdet sjunkit något, till 6,36. Gruppens genomsnittliga smärta hade alltså minskat något efter interventionen.

Gällande om deltagarna var stundtals smärtfria eller aldrig smärtfria så var det 18 av 19 som vid den första mätningen svarade att de aldrig var smärtfria och vid den andra mätningen svarade 17 av 19 deltagare att de aldrig var smärtfria. En deltagare svarade vid både första och andra mätningen att hen stundtals var smärtfri och en deltagare gick alltså från att aldrig vara smärtfri vid första mätningen till att vara stundtals smärtfri vid andra mätningen.

Förändring av gap i förhållande till förändring av självskattad smärta respektive hälsa

Vid en jämförelse av de tre grupperna (de som hade fler gap vid andra mätningen, de som hade färre gap vid andra mätningen samt de som hade lika antal gap vid båda mätningarna)

sågs ingen större skillnad i förändring av självskattad smärta respektive självskattad hälsa, se tabell III.

Tabell III: Förändring av gap i förhållande till förändring av självskattad smärta respektive hälsa

Antal gap vid andra jämfört med första mätningen	Medelvärde antal gap		Självskattad smärta ¹		Självskattad hälsa ²	
	Första mätning	Andra mätning	Första mätning	Andra mätning	Första mätning	Andra mätning
Färre gap, n=6	9,33	5,5	7,16	7,0	4,0	3,66
Fler gap, n=9	7,11	10,44	7,55	6,88	4,0	4,0
Oförändrat antal gap, n=4	7,75	7,75	5,5	4,25	4,5	4,25

¹ 0 = Ingen värk, 10 = Värsta tänkbara värk

² 1= Utmärkt, 5 = Dålig

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet var att undersöka om det skett någon förändring av vad deltagarna gör och vill göra samt förändring av självskattad hälsa och smärtintensitet före och efter ett smärthanteringsprogram med instrumentet GAP i vardagens aktiviteter (Eriksson, 2012). Resultatet besvarade syftet och de frågeställningar studien var uppbyggd kring men en del metodiska problem kunde ses.

Enligt Denscombe (1998) är frågeformulär bra att använda då man vill samla in information från ett större antal respondenter, när informationen man är ute efter inte är för komplicerad samt är kortfattad. Hansagi och Allebeck (1994) rekommenderar en kvantitativ ansats då man vill ta reda på hur många och hur vanligt något är. Då det var just detta författarna var intresserade av så var valet av kvantitativ metod lämpligt.

Enligt Holme och Solvang (1997) är det viktigt att informationen man samlar in är valid och reliabel. Instrumentet som användes i studien för att mäta delaktighet i aktivitet, GAP (Eriksson, 2012) är med acceptabelt resultat testat för just validitet och reliabilitet vilket är en styrka i studien. Författarna utförde även en pilotstudie där en person med långvarig smärta fyllde i enkäten och instrumentet, även detta var en styrka för validiteten och reliabiliteten i studien.

Nitton av 28 möjliga personer deltog i studien, vilket ger ett bortfall på 32 %. Hade alla tillfrågade deltagit i studien hade tillförlitligheten ökat och resultatet eventuellt varit ett annat. Svagheter med studien skulle också kunna vara de uteblivna/ej användbara svar som författarna fick på vissa frågor. En del deltagare svarade i GAP (Eriksson, 2012) både ”Ja” och ”Nej” på frågor där endast ett av alternativen skulle anges. Detta gjorde att författarna fick lämna vissa frågor blanka vilket i sin tur ledde till att värdefull information kan ha gått förlorad. Detta skulle givetvis kunna påverka utfallet. Skulle exempelvis fem av tjugo som inte svarat på frågan/kryssat i felaktigt om de utförde aktiviteten städning och resten svarat att de inte hade några gap inom den aktiviteten så hade det kunnat se ut som att det inte fanns några gap inom den aktiviteten. I själva verket kanske fem av tjugo, alltså en fjärdedel av deltagarna hade gap inom aktiviteten städning. I dessa fall är det viktigt att vara noga med att presentera bortfallet. Det var även få deltagare som hade svarat på de öppna frågorna i GAP (Eriksson, 2012), särskilt den andra frågan. En anledning till att det var få deltagare som svarade på frågorna skulle kunna vara att de fanns längs bak i GAP-formuläret samt att de stod ”beskriv gärna” vilket kan tolkas som att det är mindre viktigt att svara på frågan. Även det faktum att författarna tolkade vissa svar genom att de valde den lägsta siffran på smärtskalan eftersom deltagaren åtminstone upplevt den graden av smärta kan utgöra en svaghet gällande reliabiliteten. En tredje faktor som skulle kunna påverka resultatet negativt var att data insamlades från relativt få deltagare, vilket gjorde att slumpen fick större påverkan på resultatet. Även faktumet att GAP (Eriksson, 2012) är ett screeninginstrument och egentligen inte känsligt nog för att utvärdera effekten av intervention är en svaghet i vår studie. Ett hot mot den interna validiteten skulle kunna vara att författarna inte hade någon kontroll över interventionen och eventuella andra händelser som skulle kunna ha påverkat resultatet. Ett förslag för framtida studier är därför att addera en kontrollgrupp i studien för att tydligare kunna koppla resultatet till interventionen.

För att öka tillförlitligheten hade författarna gärna sett ett större antal deltagare i studien. Det var däremot inte möjligt på grund av för knapp tid. Ett alternativ hade varit att vända sig till andra smärthanteringsprogram i Sverige för att hinna med att få in fler svar. Författarna hade även kunnat välja en kvalitativ metod (Homle & Solvang, 1997) för att samla in information från färre deltagare och få en djupare förståelse men det valdes tidigt bort då det inte var det perspektivet författarna var intresserade av att studera. En svaghet var att undersökningen bara gjordes vid två tillfällen, före och efter interventionen.

Resultatdiskussion

Resultatet skiljer inte på vilken typ av gap deltagarna hade (“gör men vill inte” eller “gör inte men vill”) utan redovisar skillnaden i gap i enlighet med studiens syfte. Det var intressant att se att deltagarna i vår studie hade fler gap än vad en “normal” person har enligt Eriksson (2012) som menar att personer upp till 64 år normalt har mellan två till fem gap. Flertalet deltagare i vår studie hade fler gap än vad en “normal” person hade i Erikssons (2012) studie. Av dessa var det tre deltagare som hade normala gap vid både första och andra mätningen.

Studien visade att nästan hälften av deltagarna hade ökat antal gap vid andra mättillfället jämfört med första. Det hade varit intressant att veta varför de hade fler gap vid andra mätningen. Var det för att de inte kunde göra de saker som de vill göra på grund av att de spenderade så mycket tid på smärthanteringsprogrammet? Skulle det kunna vara så att det tog så mycket energi att vara där så att de inte orkade/hade för ont för att utföra de aktiviteter de brukade göra när de kom hem? Hade de insett att de behövde prioritera bort vissa aktiviteter men ändå svarade att de vill göra dem? Eller handlar det om en förändringsprocess som tar längre tid?

Det kan vara så att resultatet inte riktigt speglade livet som helhet utan hur det var just vid mättillfället eftersom deltagaren skulle fylla i hur det var just då. Detta skulle kunna göra att gapen exempelvis såg ut att öka om det var en “bra” dag vid första mätningen och en “dålig” dag vid andra mätningen, även om det generellt kanske hade blivit bättre efter interventionen. Som nämnts i resultatet tog en deltagare upp att en förändring inte riktigt skett än utan att hen var tvungen att lära sig att implementera de “verktyg” hen fått med sig innan en förändring kunde ske i vardagen. Detta skulle kunna tyda på att ytterligare en mätning, förslagsvis några månader efter interventionen, hade kunnat ge ett annat resultat med en tydlig minskning av gap.

Ytterligare deltagare nämnde att de tidigare försökte ignorera smärtan och “köra på som vanligt” men insett att det inte håller i längden samt att de till skillnad från tidigare nu avstår från att utföra vissa aktiviteter eftersom det gör mer skada än nytta. Dessa svar skulle kunna förklara varför en del fått fler gap vid andra mätningen jämfört med första. Detta resultat stämmer även överens med vad Skjutar och Müllersdorf (2010) tog upp om att kroppen och hjärnan signalerar två olika signaler och att deltagaren ständigt måste välja vilken signal hen ska rätta sig efter och om det är värt att utföra aktiviteten.

Satink et al. (2004) menade att personer med långvarig smärta går genom olika faser. Dessa faser tyckte sig författarna kunna se hos en del av deltagarna. Deltagaren som uppgav att hen tidigare försökte ignorera smärtan och köra på som vanligt var då eventuellt i fas ett. Samma deltagare uttryckte sedan att hen inte kunde ignorera smärtan längre, vilket stämmer överens med fas två. Deltagaren som uttryckte att hen avstår från att utföra vissa aktiviteter eftersom de gör mer skada än nytta skulle även hen kunnat vara i fas två eftersom det är ett steg i den fasen. Författarna hade inte en klar bild över i vilken fas de olika deltagarna låg i utan kunde bara spekulera i hur det var för de deltagare som skrivit om sina erfarenheter på de öppna frågorna. Författarna kunde även spekulera kring om deltagarna möjligtvis nådde fas tre efter interventionen när de lärt sig att använda de “verktyg” de fått, som en deltagare uttryckte sig.

I studien låg vid den första mätningen de flesta aktivitetsgapen inom aktiviteterna “sköta mer omfattande underhåll av bostad, trädgård, bil”, “ge hjälp och stöd till andra”, “resa”, “tvätta”, “städa”, “sköta enklare underhåll av bostad, trädgård, bil”, “arbeta”, “idrotta/motionera” samt “ha en hobby”. “Ge hjälp och stöd till andra” fanns inte med i studien av Eriksson et al. (2012) och kunde därför inte jämföras, men resterande aktiviteter hade många gap även i den studien. Vid den andra mätningen i vår studie hade aktiviteterna med flest gap ändrats något då “idka friluftsliv” och “besöka restaurang, café, pub och danslokal” hade tillkommit. Dessa aktiviteter hade även många gap i studien av Eriksson et al. (2012). I studien av Eriksson et al. (2012) fanns det många gap inom aktiviteterna ” umgås med släkt/vänner och grannar” och “använda dator” medan det fanns få gap inom dessa aktiviteterna i vår studie.

I studien som Persson et al. (2013) hade gjort om samma smärthanteringsprogram som studerats i denna studie kunde man se likheter gällande vilka aktivitetsproblem deltagarna hade. I studien av Persson et al. (2013) användes COPM (Law et al., 1998) som mätinstrument istället för GAP (Eriksson, 2012) vilket gjorde att man inte kunde jämföra

studierna rakt av då deltagarna själva väljer vilka aktiviteter de vill ta upp i COPM (Law et al., 1998) medan GAP (Eriksson, 2012) består av förutbestämda aktiviteter. Urvalsgrupperna i de två studierna var snarlika när det kom till medelålder (två års differens), andelen kvinnor i studierna skiljde sig från 64 % i denna studie respektive 79 % i studien av Persson et al. (2013). I övrigt gick det inte att utläsa vilka gemensamma nämnare urvalsgrupperna hade. I båda studierna identifierades tvätta, städa och arbeta som aktivitetsproblem som många deltagare hade. I den tidigare studien angavs även sitta, sova samt hushållsarbete men just dessa aktiviteter bedömdes inte i det instrument författarna till denna studie använde sig av. Laga mat var i den tidigare studien det fjärde största aktivitetsproblemet, medan laga mat i denna studie endast var ett aktivitetsproblem för fyra personer vid första mätningen och för endast en person vid andra mätningen.

Författarna kunde inte se att det vid förändring av gap även skedde en förändring av hälsa och smärta eftersom den gruppen med en minskning av antal gap vid andra mätningen hade någorlunda liknande skattning av hälsa och smärta som den gruppen med en ökning av antal gap vid andra mätningen. Det hade varit intressant att få reda på vilka faktorer det var som gjorde att vissa personer fick färre antal gap medan andra fick fler antal gap trots att de hade skattat någorlunda lika på självskattad smärta och hälsa. Om det hade varit fler deltagare i studien hade man kanske kunnat se likheter mellan antalet gap och smärta respektive hälsa. Den grupp som hade oförändrat antal gap efter första och andra mätningen hade lägre skattad smärta och större minskning av smärta än de två andra grupperna. Det hade även här varit intressant att få reda på vad det var som gjorde att de inte hade en minskning av gap när de ändå hade en minskning av smärta. En anledning till det tänker författarna kan vara att de inte utför aktiviteter som de egentligen vill utföra för att "behålla sin låga smärta". Få deltagare gör det däremot svårt att generalisera.

Självskattad smärta hade minskat och hälsan hade ökat men troligtvis tar det längre tid för delaktighet i aktivitet att förändras. Fisher et al. (2007) menar att om man får en ökad delaktighet i aktivitet skulle troligtvis upplevelsen av smärtan minska ännu mer eller fungera som en distraktion av smärtan för en stund.

Nyttan som studien skulle kunna ha fört med sig är att patienterna kan ha upplevt det som positivt att det forskas inom deras område. Forskningen skulle kunna bidra till ökad kunskap om hur långvarig smärta kan påverka delaktighet i aktivitet, vilket i sin tur är en förutsättning

för utveckling av arbetet med och interventionerna till dessa patienter.

Studien består inte av så många deltagare att resultatet är generaliserbart. För vidare forskning ser författarna gärna en urvalsgrupp med fler antal deltagare, att en till mätning görs några månader efter att interventionen avslutats samt att en kontrollgrupp används.

Slutsats

Resultatet i denna studie visade en lätt nedgång i aktivitetsnivå och i stort oförändrad smärtnivå och självskattad hälsa, efter interventionen. Studien har fokuserat på metoden GAP (Eriksson, 2012) för att undersöka aktivitetsnivå och de svagheter som identifierats så som storlek på population, bortfall och metodiska problem med GAP får tas med i utvärderingen av interventionen inför framtida studier med liknande design.

Referenslista

Asbring, P. (2001). Chronic illness - a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrom and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (3), 312-319.

Christiansen, C.H. (1999). Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 53, (6), 547-558.

Denscombe, M. (1998). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, G. (2012). *GAP i vardagens aktiviteter: instrument som mäter delaktighet genom att fånga skillnaden mellan vad klienten vill göra och faktiskt gör (Occupational Gaps Questionnaire)* (1 uppl.). Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA).

Eriksson, G., Tham, K., & Kottorp, A. (2013). A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: the Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, (2), 152-60.

Eriksson, T., Jonsson, H., Tham, K., & Eriksson, G. (2012). A comparison of perceived occupational gaps between people with stress-related ill health or musculoskeletal pain and a reference group. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, (5), 411-420.

Fisher, G.S., Emerson, L., Firpo, C., Ptak, J., Wonn, J., & Bartolacci, G. (2007). Chronic pain and occupation: an exploration of the lived experience. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, (3), 290–302.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter* (2 uppl.). Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).

Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok*

för forskning och utvecklingsarbete. Lund: Studentlitteratur.

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

Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2 uppl.). Seattle: IASP Press.

Jakobsson, U. (2007). Introduktion. U, Jakobsson (Red.), *Långvarig smärta* (s.15-21). Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, U. (2010). Smärta. A. Ekwall. (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa: en introduktion till geriatrisk omvårdnad* (s. 197-213). Lund: Studentlitteratur.

Jensen, I.B., Bodin, L., Ljungqvist, T., Bergström, K.G., & Nygren, A. (2000). Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine*, 25, (21), 2816–2823.

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: teori och tillämpning* (C. Falk., K. Falk., & H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur (originalarbete publicerat 2002).

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (3 uppl.). Canada: Canadian Association of Occupational Therapists.

Liedberg, G.M., & Henriksson, C.M. (2002). Factors of Importance for Work Disability in Women With Fibromyalgia: An Interview Study. *Arthritis & Rheumatism*, 47, (3), 266-274.

Löfgren, M., Ekholm, J., & Öhman, A. (2006). ‘A constant struggle’: successful strategies of women in work despite fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*, 28, (7), 447–455.

Mannerkorpi, K., & Henriksson, C. (2007). Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21, (3), 513-534.

McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, (1), 21-27.

McCracken, L.M., & Turk, D. (2002). Behavioral and cognitive treatment for chronic pain. *Spine*, 27, (22), 2564-2573.

Mårtensson, L., & Dahlin-Ivanoff, S. (2006). Experiences of a primary health care rehabilitation programme. A focus group study of persons with chronic pain. *Disability and rehabilitation*, 28, (16), 985-995.

Persson, E., Riviano-Fischer, M., & Eklund, M. (2004). Evaluation of changes in occupational performance among patients in a pain management program. *Journal Rehabilitation Medicine*, 36, (2), 85-91.

Persson, E., Riviano-Fischer, M., & Eklund, M. (2013). Everyday occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, (4), 306-314.

Satink, T., Winding, K., & Jonsson, H. (2004). Daily occupations with or without pain: Dilemmas in occupational performance. *OTJR: occupation, participation and health*, 24, (4), 144-50.

Skjutar, Å., & Müllersdorf, M. (2010). Adapt, discover, and engage: A qualitative interview study with patients living with chronic pain. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2, (4), 254-61.

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Bettna: Bjuerner och Bruno AB.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av långvarig*

smärta: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Sullivan, M., Karlsson, J., & Taft, C. (2002). *SF-36 hälsoenkät: svensk manual och tolkningsguide = (Swedish manual and interpretation guide)* (2 uppl.). Göteborg: Sahlgrenska sjukhuset, Sektionen för vårdforskning.

Turk, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth, J., & Poole, M. (1993). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on a 11-point numerical pain rating scale. *Pain*, 94, 149-158.

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Werner, M., & Strang, P. (Red). (2003). *Smärta och smärtbehandling* (1 uppl.). Stockholm: Liber.

Wilcock, A.A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

Skånes universitetssjukhus. (2013). *Välkommen till intensivt smärthanteringsprogram (SHP I)!*. Hämtad 2014-04-14.

[http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes universitetssjukhus/Organisation-A-O/Rehabiliteringsmedicinska_kliniken/For_patient/Rehabilitering/Langvarig-icke-malign-smarta---rehabilitering/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes_universitetssjukhus/Organisation-A-O/Rehabiliteringsmedicinska_kliniken/For_patient/Rehabilitering/Langvarig-icke-malign-smarta---rehabilitering/)

Bilaga 1

Datum:

Kodnummer:

Var vänlig uppge de svar som stämmer överens med Dig.

ÅLDER: ___ år

KÖN: Kvinna Man

BOENDE: Större samhälle/stad Mindre samhälle

Landsbygd

BOENDETYP: Villa Lägenhet

ENSAM/SAMMANBOENDE: (*flera svarsalternativ kan kryssas i*)

Bor ensam Bor med annan vuxen person

Bor med barn mellan 0-5 år Bor med barn mellan 6- 12 år

Bor med barn mellan 13-18 år

ARBETE: Arbetar heltid Arbetar deltid

Arbetslös Studerar

Sjukskriven heltid

Sjukskriven deltid

Föräldraledig

FÖDD I: Sverige

Annat land

I ALLMÄNHET TYCKER JAG ATT MIN HÄLSA ÄR:

Utmärkt Mycket god God Någorlunda Dålig

ÄR DU STUNDTALS SMÄRTFRI ELLER ALDRIG SMÄRTFRI?

Stundtals smärtfri

Aldrig smärtfri

ANTAL ÅR MED LÅNGVARIG SMÄRTA:

Mindre än 1 år

1-5 år

6-10 år

Mer än 10 år

RINGA IN DEN SIFFRA SOM MOTSVARAR HUR ONT DU HAR HAFT I GENOMSNITT DEN SENASTE VECKAN:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ingen värk

Värsta tänkbara värk