



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Klimatvårdens inverkan på stämningläget hos strokepatienter

En intervjustudie

Författare: Mona Juhlin och Sara Holmelin

Handledare: Bengt Svensson

Magisteruppsats

Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Klimatvårdens inverkan på stämningsläget hos strokepatienter

En intervjustudie

Författare: Mona Juhlin och Sara Holmelin

Handledare: Bengt Svensson

Magisteruppsats

Hösten 2018

Abstrakt

Poststroke depression (PSD) är en vanlig komplikation efter stroke. Klimatvårdens effekter vid rehabilitering av strokepatienter utgör en vetenskaplig kunskapslucka.

Syfte: Att undersöka klimatvårdens inverkan på stämningsläget hos strokepatienter.

Metod: En kvalitativ intervju med semistrukturerade frågor samt ett kvantitativt självskattningsinstrument i form av en enkät, HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). Som ett bifynd gav HAD även information om ångestnivån.

Resultat: Resultatet visade att flertalet patienter mår bättre psykiskt av rehabiliteringen på klimatvårdsanläggningen. Efter innehållsanalys av informanternas intervjusvar kunde tre huvudkategorier sammanställas; positiva erfarenheter, upprätthålla funktioner och motivation, samt oro inför livet hemma. HAD-enkäten visade att av de sju informanter som ingått i studien rapporterade fem att de led av depression eller ångest vid ankomsten till klimatvårdsanläggningen. Vid utskrivningen rapporterade ingen informant depression och endast en informant rapporterade mild till måttlig ångest.

Slutsats: Resultatet talar för att klimatvården resulterade i ett förbättrat psykiskt mående, ett förbättrat stämningsläge och en reducerad ångestnivå för majoriteten av de patienter som deltog i studien.

Nyckelord

hjärnans plasticitet, klimatvård, poststroke depression, PSD, stroke, rehabilitering i varmt klimat

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

The impact of climate therapy on the mood of stroke patients

An interview study

Author: Mona Juhlin and Sara Holmelin

Supervisor: Bengt Svensson

Master thesis

Autumn 2018

Abstract

Poststroke depression (PSD) is a common complication after stroke. The effects of climate therapy on rehabilitation of stroke patients constitute a scientific knowledge gap.

Purpose: To investigate the impact of climate therapy on the mood of stroke patients.

Method: A qualitative interview with semi-structured questions and a quantitative self-assessment tool in the form of a survey, HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). As an incidental finding HAD also provided information about the anxiety level.

Result: The result showed that most patients felt better mentally as a result of the rehabilitation at the climate therapy facility. After content analysis of the informants responses, three main categories could be compiled; positive experiences, maintaining functions and motivation, and worrying about life at home. The HAD survey showed that of the seven informants included in the study, five reported that they were suffering from depression or anxiety when arriving at the climate therapy facility. At discharge, no informant reported depression and only one informant reported mild to moderate anxiety.

Conclusion: The result suggests that climate therapy resulted in an improved mental health, an improved mood and a reduced anxiety level for the majority of the patients who participated in the study.

Keywords

brain plasticity, climate therapy, poststroke depression, PSD, rehabilitation in a warm climate, stroke

Lunds university
Faculty of medicine

Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Problemområde.....	4
Bakgrund.....	4
Perspektiv och utgångspunkter.....	4
Klimatvård.....	5
Klimatvårdsanläggningen	7
Stroke.....	7
Depression	8
Stroke och D-vitamin.....	9
Tidigare forskning.....	10
Syfte.....	10
Specifika frågeställningar	10
Metod.....	11
Urval	11
Instrument.....	12
Datainsamling.....	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar.....	14
Resultat	14
Kvantitativa resultat.....	15
Kvalitativa resultat.....	16
Diskussion	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer.....	27
Referenser.....	28
Bilaga 1 (2) Intervjuguide.....	33
Bilaga 2 (2) HAD-Hospital Anxiety and Depression Scale.....	34

Introduktion

Problemområde

Var 20:e minut får en person i Sverige stroke, orsakad av en blodpropp i hjärnan, hjärnblödning eller av ett pulsåderbräck, aneurysm, som brister. Cirka 20% är i yrkesverksam ålder. Globalt är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken och den vanligaste orsaken till invaliditet. Så många som 80 miljoner individer lever med konsekvenserna efter att ha drabbats av stroke (Strokeförbundet, 2018). En vanlig komplikation till stroke är depression, poststroke depression (PSD), som drabbar ungefär en tredjedel av patienterna (Towfighi et al. 2017). Under de första tre månaderna efter en stroke är risken för depression 8 gånger högre jämfört med en referenspopulation (Jørgensen et al 2016). Tillståndet kan medföra försämrad återhämtning, ökad mortalitet och en minskad livskvalitet hos denna patientgrupp. Trots att PSD är en av de vanligaste komplikationerna efter stroke finns endast ett fåtal rekommendationer avseende utvärdering, behandling och prevention (Towfighi et al. 2017). Behandling med antidepressiva läkemedel rekommenderas av Socialstyrelsen bland annat med motiveringen att det kan öka patientens tillgänglighet för andra behandlingsformer (Socialstyrelsen, 2018).

Klimatvård i varmt klimat är intressant i detta sammanhang då denna rehabilitering förutom fysioterapi och individuella träningsprogram även omfattar flera psykosociala komponenter, solljus och en allmänt berikad miljö. Faktorer som möjligen skulle kunna medföra positiva synergistiska effekter vid återhämtning efter stroke.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Sett ur ett omvårdnadsperspektiv handlar en viktig del av sjuksköterskans arbetsuppgifter om att informera patienten om vilka behandlingsalternativ som står till buds och vilken inverkan på sjukdom och rehabilitering man kan förvänta sig av dessa. Den informerande funktionen innebär att sjuksköterskan har mer kunskap än patienten om behandlingsmöjligheter och tillvägagångssätt för hur patienten ska kunna ta del av dem. Det kan innebära att informera

om hur patienten kan söka medicinsk rehabilitering utomlands finansierad av landstinget eller andra behandlingar som inte brukar erbjudas som standardbehandling. Information är en del av begreppet informatik som räknas som en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser och kan beskrivas som läran om informationsbehandling (Sektionen för omvårdnadsinformatik, 2014). För att kunna få tillgång till en behandling krävs att patienten blir informerad om att behandlingen finns att tillgå. Information är därför viktigt i klimatvårdssammanhang. För en behandling som inte är självklar kan sjuksköterskan behöva fungera som en företrädare för patienten, som en patientens advokat (Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä & Suominen, 2006). Personcentrerad vård är en annan viktig kärnkompetens. Klimatvård bygger i stor utsträckning på en individanpassad och personcentrerad vårdstrategi (Karlsson, 2018). På webbsidan Vårdhandboken.se (2017), förklaras begreppet personcentrerad vård. Personcentrerad vård innebär en modell där en överenskommelse görs med patienten och ofta i samarbete med anhöriga, om aktivt deltagande i planering och genomförande av den egna vården och rehabiliteringen. Dahlberg och Ekman (2017) skriver om vikten av personcentrerad vård i hälso- och sjukvård. Efter lång tradition har en struktur byggts upp där professionella tar över patientens ansvar för hälsa, sjukdom och vård. Personcentrering ger istället möjligheten för professionella att försöka förstå och förklara patientens livsvärld tillsammans med medicinska data och innebär ett ömsesidigt förtroende mellan patient och professionell. I Vårdhandboken.se (2017), framgår vidare att det som människa med vård- och omsorgsbehov är viktigt att vara i centrum och så långt det är möjligt inkluderas i alla vårdbeslut. Detta har visats sig leda till bättre egenvård och bättre samarbete mellan vårdare. Wiklund Gustin (2010) menar att personcentrerad vård omfattar hela personens livssammanhang. Det viktiga är inte att ha patienten i centrum och vad som enligt den professionella är bäst för patienten, utan utgångspunkten måste tas i personens berättelse där sjuksköterskan och vården är en del i berättelsen.

Klimatvård

Klimatet och omgivningens betydelse vid behandling av olika sjukdomar har varit känt sedan mer än 6000 år. Hippokrates skrift "Luft vatten och platser" anses vara den första vetenskapliga publikation som avhandlar ämnet (Pohanka, Pohanka, Fleisher & Bicarova, 2012). Klimatvård kan definieras som ett sätt att förbättra hälsan genom att utnyttja goda miljömässiga förhållanden (Laznicka, 2004, refererad i Pohanka, 2012). Ponikowska deklarerade lufttemperatur, vindhastighet, luftfuktighet och solljus genom påverkan på D-vitaminsyntes, vara de viktigaste meteorologiska faktorerna i klimatvård (Ponikowska 2004

refererad i Pohanka, 2012). Klimatvård kan ske på olika sätt exempelvis vistelse på hög höjd, vistelse i skogsmiljö eller på varmare breddgrader. I detta arbete kommer vi att fokusera på klimatvård i betydelsen rehabilitering i varmt klimat.

Sedan 1960-talet har många landsting erbjudit patienter med inflammatoriska ledsjukdomar och psoriasis rehabilitering i ett varmt klimat. Kunskapsförmedling, sjukgymnastik och fysisk aktivitet ingår ofta i klimatvårdsrehabiliteringen (SBU, 2013). I dagsläget rehabiliteras också patienter med neurologiska sjukdomar och skador t ex multipel skleros, stroke och Parkinsons sjukdom. Syftet med klimatvård för patienter med reumatiska och neurologiska sjukdomar är rehabilitering i ett varmt klimat för att genom träning bibehålla och öka muskelstyrka och rörlighet i lederna. Med hjälp av fysioterapeuter och arbetsterapeuter ska det finnas möjlighet för patienterna att träna balans, kondition och på så sätt förbättra sin allmänna funktionsförmåga. Ofta arrangeras olika former av utbildning. Patientskola är en form av kunskapsförmedling där patienter med samma diagnos träffas i grupp ledd av fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Gruppdiskussioner är en viktig del av utbildningen och ger möjlighet att utbyta erfarenheter och lära sig av andra deltagares erfarenheter. Vid dessa träffar diskuteras angelägna områden som t ex läkemedelsbehandling, tekniska hjälpmedel, patienträttigheter, hur livsstilen kan påverka sjukdomen och hur det är att leva med en kronisk sjukdom. I dagsläget saknas en riksnorm för vilka urvalskriterier som skall gälla vid ansökan om vistelse på klimatvårdsanläggning. Reglerna skiljer sig åt mellan olika landsting (Karlsson, 2018).

I Region Skåne gäller att för neurologiska sjukdomar prioriteras i första hand sökande med multipel skleros, i andra hand sökande med stroke och Parkinsons sjukdom.

Exkluderande omständigheter kan vara tillstånd och sjukdomar som kan medföra en risk vid rehabilitering i varmt klimat eller påverka rehabiliteringen negativt exempelvis missbruk eller vissa psykiska sjukdomar (Johansson, 2018).

Att vårdas på klimatvårdsanläggning är ett alternativ som inte innebär högre vårdkostnader än i Sverige. 2015 beräknades kostnaden för specialiserad neurologisk rehabilitering i Sverige till 3790 kr / dag. Motsvarande kostnad för rehabilitering på klimatvårdsanläggning var 2662 kr / dag även när reskostnaderna inkluderats (Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, 2015).

Klimatvårdsanläggningen

Studien utfördes på en klimatvårdsanläggning på Kanarieöarna som sedan starten på 1960-talet erbjudit klimatvårdsrehabilitering i kombination med solljus och havsbad. Anläggningen kan ta emot 101 patienter, fördelade på 41 enkelrum och 30 dubbelrum. Den är gjord för rehabiliteringsändamål och är anpassad för rörelsehindrade patienter. Det finns två bassänger, en kall och en uppvärmd till 37 grader, träningslokal, restaurang, samlingsrum och ett trädäck intill strandkanten för att underlätta havsbad. När patienten kommer till klimatvårdsanläggningen möter denne ett rehabiliteringsteam med flera olika yrkeskategorier, oftast även en läkare. Sjuksköterskan bedömer omvårdnadsbehov, hjälpbehov och medicinering. Arbetsterapeut och fysioterapeut bedömer funktionsförmågan. Tillsammans med personalen utformar patienten sin egen behandlingsplan och formulerar sina egna mål för rehabiliteringen. Fysioterapeuten testar, mäter styrka och funktion och skapar utifrån detta en individuell behandlingsplan anpassad efter patientens mål och träningsbehov. Vid behov kan smärtstillande behandlingar ges i form av värme, kyla akupunktur och massage. Dagens första pass börjar kl 9, därefter följer bassängträning, fotgym, handgym, medicinsk yoga, massage och föreläsningar. Frukost, lunch och middag serveras inne på området. På helgen är utflykter anpassade för alla inplanerade. Inför avresan fyra veckor senare testas och utvärderas effekten av träningen inom ramen för vistelsen (Humlegarden, 2018).

I samband med avresan får patienten med sig sitt individuella träningsprogram som möjliggör fortsatt träning hemma. Strategier utarbetas som ska underlätta för patienten att hantera sin sjukdom (Karlsson, 2018).

Stroke

Stroke definierar de tillstånd som uppstår då hjärnan drabbas av syrebrist, ischemi, till följd av en blodpropp eller en hjärnblödning. Vid en blodpropp täpps ett kärl till vilket orsakar syrebrist i det berörda området. De aktuella nervcellerna skadas eller dör om inte propplösande behandling sätts in. Nervcellerna förstörs också vid en hjärnblödning som kan orsaka en tryckökning i hjärnan. En blödning kan även orsakas av ett pulsåderbråck, aneurysm, som brister. Stroke har i Sverige en incidens på ca 25 000 personer / år. Att överleva en stroke innebär ofta bestående funktionsnedsättningar. Dessa kan vara motoriska, emotionella, kognitiva eller kombinationer av ovanstående (Strokeförbundet 2018).

Aktuell forskning har visat att hjärnan har potential för funktionell utveckling och omformbarhet, plasticitet, genom hela livet på ett sätt man tidigare inte kunnat ana. Detta innebär möjlighet för återhämtning även lång tid efter skada (Lo et al. 2010).

I dagsläget skrivs strokepatienter hem efter påbörjad behandling och rehabilitering. Oftast tar primärvård och kommun över det medicinska ansvaret och även ansvaret för den fortsatta rehabiliteringen. Om behov finns anpassas patientens hem efter de funktionsnedsättningar som stroke medfört. Eventuellt behövs andra stödinsatser som t ex hemtjänst. Fortsatt rehabilitering kan i vissa fall ske via sjukhusens öppenvårdsmottagningar men hur denna rehabilitering utförs beror på var i landet patienten bor. Enligt de nationella riktlinjerna för stroke saknas det i dagsläget ofta rutiner för systematisk och strukturerad uppföljning inom strokesjukvården (Socialstyrelsen, 2018).

När resurser och kunskaper i eftervården är otillräckliga riskerar den fortsatta rehabiliteringen att bli bristfällig både avseende omfattning och kvalitet. För den enskilde kan detta i värsta fall leda till att funktioner som skulle kunna återhämtats går förlorade. Varje strokedrabbad persons möjligheter för återhämtning efter hjärnskadan ska med tanke på hjärnans plasticitet bedömas individuellt. Skadans lokalisering och omfattning är av stor betydelse. En annan viktig faktor som spelar in är graden av motivation hos den strokedrabbade för att aktivt träna upp förlorade funktioner. Tidigare har personens ålder och den tid som gått sedan skadan varit faktorer som vägt tungt i bedömningen av rehabiliteringspotentialen hos den strokedrabbade (Nilsson, 2011).

Depression

Depression är en av de sjukdomar som har störst negativ inverkan på livskvaliteten och är den vanligaste orsaken till att individer begår suicid enligt Lindén (2015). När patienter som återhämtat sig efter stroke tillfrågats om vad de upplevt som mest påfrestande med sin sjukdom är de vanligaste svaren depression och hjärntrötthet. Deprimerade strokepatienter rehabiliteras sämre eller erbjuds i värsta fall aldrig någon rehabilitering. De får en längre vistelse på sjukhus, svarar sämre på träning, har sämre sömn, äter sämre och har sämre livskvalitet. Det är av vikt att inte förbise dessa patienters speciella behov för att minimera risken av ett försämrat resultat av behandling och rehabilitering (Lindén, 2015).

Idag behandlas deprimerade strokepatienter med antidepressiva läkemedel, ibland i kombination med olika former av psykosociala insatser. Det finns endast ett fåtal randomiserade, kontrollerade studier (RCT) som belyser effekterna av behandling med

antidepressiva läkemedel vid PSD. Tyvärr har dessa studier ofta haft ett litet patientmaterial, kort duration och varit mycket heterogena avseende metodologi och studiedesign. I en metaanalys av Hackett et al. (2008), försökte man göra något åt detta förhållande och sammanställde resultat från 12 RCT-studier omfattande 1121 patienter. Resultaten av denna studie talade för en positiv effekt av antidepressiva läkemedel för remission och respons, mätt som en minskning med mer än 50% på depressionsskala (Towfighi et al. 2017). Inte heller effekterna av psykosociala insatser vid PSD har studerats i någon större omfattning. I den så kallade "living well with stroke" studien (Mitchell et al. 2009) randomiserades 48 av de 101 patienterna i studien till en kort sjuksköterskeledd psykosocial intervention omfattande nio konsultationstillfällen med rådgivning och stöd. Övriga fick endast konventionell information bestående av en enklare uppföljning av vårdgivaren samt förmedlande av litteraturmaterial från American Heart Association. Efter 9 veckor sågs remission hos 47% i interventionsgruppen och hos 19% i icke-interventionsgruppen. Efter ett år var motsvarande siffror 48 respektive 27%. Resultaten talar för att psykosociala interventioner kan ha effekt vid PSD (Towfighi et al. 2017). Det saknas dock studier som belyser effekterna av klimatvård vid stroke och hur klimatvård påverkar stämningsläget hos patienter med stroke som samtidigt lider av depression (SBU, 2013). Vid sökning på de publikationer som publicerats efter 2013 fann vi endast en studie som hade anknytning till problemområdet. Denna studie är från Seoul, Korea (Min Ho Chun, Min Cheol Chang & Sung-Jae Lee 2017) gällande patienter med PSD och behandling i skogsmiljö respektive stadsmiljö. Resultatet visade att de patienter som varit i skogsmiljö hade ett bättre utfall i depression och ångestnivå samt lägre halt stresshormoner än de som vistats i stadsmiljö. De slutsatser som drogs var att vistelse i naturen ökar välbefinnandet, sänker stressnivåer samt ger positiva känslor till patienter med PSD. Detta talar för att klimatet, naturen och omgivningar har positiv betydelse vid depression.

Stroke och D-vitamin

Det är numera klarlagt att det finns ett samband mellan depressiva symtom och låga serumnivåer av vitamin-D hos strokepatienter. I en koreansk studie från 2017 undersöktes 126 strokepatienter avseende depression och D-vitaminnivåer. En signifikant korrelation kunde påvisas mellan D-vitaminbrist och depressiva symtom utvärderade med hjälp av instrumentet "Beck Depression Inventory II" (BDI-II). Av denna studie drog man slutsatsen att D-vitaminnivåer kan fungera som en klinisk markör för PSD och att läkare skall vara uppmärksamma på huruvida strokepatienter med D-vitaminbrist lider av depression.

Om tillskott av D-vitamin kan ha en påverkan på PSD kräver ytterligare studier (Ang- Hyun Kim, Hyun Seok & Dong Suk Kim, 2017).

Tidigare forskning

Det finns endast ett fåtal studier som utvärderat effekterna av klimatvård. Enligt en SBU-publikation från 2013 krävs ytterligare forskning för att bedöma de eventuella positiva effekter klimatvård kan ha på neuromuskulära sjukdomar, stroke och inflammatoriska ledsjukdomar. Enligt samma rapport saknas det helt studier som belyser effekterna av klimatvård vid stroke. Effekterna av klimatvård vid stroke avseende patientens funktion, livskvalitet och symtomförbättring utgör enligt SBU en vetenskaplig kunskapslucka (SBU, 2014). Olika landsting har idag olika regler för vilka som kan få klimatvård (SBU, 2013), men strokepatienter tillhör inte i något landsting en prioriterad patientgrupp.

Då vi i dagsläget inte funnit en enda studie som belyser klimatvårdens inverkan på stämningsläget hos strokepatienten tyckte vi att det skulle vara intressant att få göra en sådan. Denna studie skulle eventuellt kunna bidra med sådan information att denna patientgrupp prioriterades högre för klimatrehabilitering i framtiden eller i varje fall skapa mer kunskap om eventuella effekter och erfarenheter av klimatvård.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka klimatvårdens inverkan på stämningsläget hos strokepatienten.

Specifika frågeställningar

Hur upplever deltagarna klimatvården?

Har den en effekt på stämningsläget och i så fall vilken?

Hur inverkar klimatvården på förväntningarna inför livet där hemma efter klimatvårdsvistelsen?

Metod

Då studien var riktad till att undersöka klimatvårdens inverkan på stämningsläget hos strokepatienter valdes en kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod (Eriksson –Zetterqvist & Ahrne, 2011). Intervjuer är enligt Eriksson-Zetterqvist m fl. ett sätt att samla information och kunskap om sociala förhållanden inkluderat människors upplevelser och känslor i ett specifikt sammanhang. Den semistrukturerade kvalitativa intervjun med tre öppna frågor, stödda av intervjuguide, gjordes i slutet av vistelsen. Samtliga informanter fick samma frågor som kunde anpassas under pågående intervju. Informanterna blev då tillfrågade om de ville berätta om hur de upplevt sin vistelse på klimatvårdsanläggningen. Hur deras rehabilitering i solen påverkat deras stämningsläge. Om deras förväntningar inför livet där hemma förändrats. Resultaten av dessa intervjuer transkriberades, för att därefter tematiseras och systematiseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys där det transkriberade materialet kondenseras i olika sammanhörande kategorier enligt Philip Burnards (1991) metod för innehållsanalys.

Strokepatienter som anlänt för fyra veckors klimatvård, fick i början av vistelsen på klimatvårdsanläggningen fylla i ett bakgrundsformulär med demografiska fakta. Vi använde oss även av triangulering. Informanterna fick fylla i ett kvantitativt självskattningsinstrument i form av en enkät, vid början och i slutet av vistelsen. Vi använde oss av Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) för att erhålla ett mått på deras sinnesstämning. Som ett bifynd gav HAD även information om ångestnivån hos patienterna. De som önskade fortsätta vara med i studien fick fylla i HAD även i slutet av vistelsen då även den kvalitativa intervjun utfördes.

Urval

I studien tillämpades ett bekvämlighetsurval. Denna metod baseras på vad som är lämpligast för forskaren med tanke på vilka personer som finns närmast tillhands att intervjua.

Urvalsmetoden lämpar sig för mindre forskningsprojekt med begränsade resurser avseende tid och budget (Denscombe, 2010). Inklusionskriterier var de patienter med huvuddiagnos stroke som remitterats för klimatvård till rehabiliteringsanläggningen mellan november 2017 till och med februari 2018. Detta var den period då någon av intervjuarna hade möjlighet att vistas på ön. Nio patienter tillfrågades om deltagande i studien, samtliga tackade ja, men två av dessa valde senare att avbryta sitt deltagande. Patientmaterialet kom därmed att bestå av sju

personer, tre män och fyra kvinnor i åldrarna 30 -70 år. Fem av de sju patienterna stod på antidepressiv medicinering.

Instrument

För den kvalitativa delen av studien användes en intervjuguide med frågor där informanterna tillfrågades om de ville berätta om hur de upplevt sin vistelse på klimatvårdsanläggningen, hur deras rehabilitering i solen påverkat deras stämningsläge och hur deras förväntningar inför livet där hemma förändrats. Även ett formulär med sociodemografiska uppgifter fick fyllas i. Detta inkluderade uppgifter såsom ålder, kön, civilstånd med mera.

För den kvantitativa delen av studien användes HAD självskattningsinstrument. Detta är en förkortning av The Hospital Anxiety and Depression Scale, en självskattningsskala som mäter oro/ångest och/eller nedstämdhet/depression. Skattningsskalan är inte diagnostisk utan endast avsedd att användas i screeningsyfte. Det tar cirka 10 minuter att gå igenom och fylla i enkäten. HAD består av 14 frågor. Skalan bedömer både depression och ångest. Addering av frågorna med udda nummer ger poängen för ångest. Addering av frågor med jämna nummer ger poängen för depression. Informanten besvarar frågorna på en 4-gradig skala där det är av vikt att denne ska ange hur hen känt sig den senaste veckan. Varje fråga ger mellan 0-3 poäng. Svaren tolkas enligt följande gradering: < 7 Talar inte för ångest respektive depression, 8-10 talar för att ångest respektive depression möjligen föreligger, > 11 talar för att ångest respektive depression troligen föreligger (Zigmond A, Snaith R., 1983).

Datainsamling

Ett godkännande från Verksamhetschefen på den aktuella klimatvårdsanläggningen inhämtades under våren 2017.

Planeringen var att det endast var en av författarna, långtidsboende på ön, som skulle genomföra intervjuerna. I samband med inledandet av studien informerade uppsatsförfattaren ansvarig sjuksköterska samt överlämnade informationsbrev och samtyckesblanketter till denne. På grund av sjukdom i familjen fick den kontinuerliga vistelsen på ön avbrytas i slutet av december 2017. Då antalet remitterade strokepatienter var lägre än förväntat, bedömdes att det inte fanns utrymme för att förlora deltagare i studien på grund av att intervjuande uppsatsförfattare inte var på plats hela tiden. Efter godkännande av handledare och kursansvarig, tillfrågades en nyligen pensionerad psykolog, vinterboende på ön och kunnig i

intervjuteknik, om hon kunde hjälpa till att intervjua de patienter som annars skulle missats. På detta sätt kunde studien fortsätta.

Strokepatienterna fick av inskrivande sjuksköterska vid ankomsten både skriftlig och muntlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt och att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas om så önskades. Även ett skriftligt samtycke inhämtades från deltagarna.

Om patienten tackade ja till att delta i studien kontaktades den intervjuare som hade möjlighet att träffa patienten. Intervjuaren kom därefter överens med patienten om lämplig tidpunkt och plats att träffas på. Vid mötet hade intervjuaren med sig samma informationsbrev som patienten fått tidigare och informerade grundligt om studien samtidigt som den påskrivna samtyckesblanketten inhämtades. Informanten fick därefter fylla i den första av de två HAD-enkäterna. Detta skedde ibland med anhöriga i närheten. I samband med detta möte bestämdes även tidpunkt för nästa HAD-enkät och intervjun som skulle ske så nära deras hemresa som möjligt.

Varje intervju tog mellan 4,5 och 15,3 minuter med en genomsnittlig intervjulängd på 9,22 minuter. Ljudupptagningen skedde digitalt med hjälp av en Ipad.

Analys av data

Kvantitativ data, enkäterna HAD, analyserades med deskriptiv och analytisk statistik.

Förändringar i HAD mellan baseline och utskrivning analyserades med Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test. Detta är ett icke-parametriskt test som inte förutsätter en normalfördelning av materialet och endast tar hänsyn till rangordningen mellan värdena. Testet är avsett för ordinaldata och kan användas även på mindre material. Analyserna genomfördes i IBM SPSS version 23.

Intervjudata analyserades enligt Burnards (1991) innehållsanalys vilken är avsedd för kvalitativa studier och analys av semistrukturerade frågor. För att kunna använda sig av denna metod ska intervjuerna transkriberas i sin helhet. Syftet är att hitta likheter och skillnader i texten. Texten utforskas, tematiseras och systematiseras med strävan att hitta olika meningsbärande enheter.

Metoden följer i 14 steg varav författarna valt att använda 13 av dessa 14 steg. Steg 11 har inte använts i analysen. I steg 11 ska en av de intervjuade personerna granska materialet och kategorisystemet för att säkerställa validitet. Justeringar görs vid behov i detta steg. De intervjuade personerna var inte kvar på anläggningen då intervjuerna var transkriberade och

klara för steg 11. Detta togs istället upp med vår handledare som tog del av materialet och gav sina kommentarer till kategorisystemet.

Forskningsetiska avvägningar

Att drabbas av stroke är en allvarlig och ofta handikappande livshändelse som kan leda till upplevelser av sorg över sitt liv och kännas svår att prata om. Det är därför viktigt att visa respekt för personens vilja att i vissa avseenden begränsa den information man efterfrågar. Det kan även vara lämpligt att direkt informera personen som intervjuas om att endast berätta det som personen känner sig bekväm med. Intervjun genomfördes i avskildhet så att ingen utomstående kunde lyssna på vad som sades. Deltagandet i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan motivering. Ett informationsbrev skrevs som utförligt beskrev studien och förberedde informanterna på ett sådant sätt att risken för upplevelse av obehag eller kränkning minimerades. Informanterna informerades om att alla insamlade data skulle komma att behandlas som konfidentiellt material och utan åtkomst för obehöriga samt destrueras efter avslutad studie. Information gavs även om att ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden, VEN, hade erhållits innan studien påbörjades.

Studien följdes i enlighet med Helsingforsdeklarationen där informantens välbefinnande prioriteras och forskningen ska ske omsorgsfullt för att visa respekt och skydda deltagarnas integritet (World Medical Association 2013).

Resultat

Rehabilitering i ett varmt klimat som på en klimatvårdsanläggning på Kanarieöarna, förefaller kunna förbättra rörelseförmågan och påverka sinnesstämningen positivt, även om två av informanterna uppvisade något högre poäng på depression vid uppföljning jämfört med baseline. Studien innefattade nio patienter som drabbats av stroke och på eget initiativ ansökt om att få komma till rehabilitering i varmt klimat. Antalet patienter som slutförde studien var sju stycken.

Kvantitativa resultat

Då patientantalet i studien är begränsat redovisas samtliga individuella värden för de patienter som ingått i studien (tabell 1). Av resultatet framgår att fem patienter vid baseline uppvisade symtom som tydde på depression och eller ångestillstånd. Vid uppföljningen rapporterade ingen patient depression och bara en patient ett värde som indikerar mild till måttlig ångest.

Tabell 1. Tabellen visar värden för samtliga patienter avseende Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Patient nr	Baseline summa	Baseline depression*	Baseline ångest**	Uppföljning summa	Uppföljning depression*	Uppföljning ångest**
1	15	10	5	8	4	4
2	17	7	10	12	4	8
3	16	8	8	2	0	2
4	22	11	11	1	1	0
5	10	2	8	6	1	5
6	3	0	3	2	1	1
7	7	1	6	8	2	6

*Värden mellan 7 – 10 anger nedstämdhet, ≥ 11 Risk för depressionstillstånd som kan kräva behandling. ** Värden 7 – 10 anger mild till måttlig ångest ≥ 11 Förekomst av ångeststörning. Förändringar mellan baseline och uppföljning analyserades med Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank test och visade en signifikant förbättring avseende den summerade skalan ($p = 0.034$) och en signifikant förbättring avseende ångest ($p = 0,027$). Däremot nådde inte förändringarna avseende depression signifikans ($p = 0.089$).

Vid analys av de enskilda frågorna visade följande frågor signifikanta förbättringar. ”Känner mig spänd och nervös, ($p = 0.031$), ”Jag känner mig glad”, ($p = 0.046$), ”Jag känner mig rastlös” (0.041 samt ”Jag ser fram emot saker med glädje”, ($p = 0.046$).

Kvalitativa resultat

Efter analys och bearbetning av intervjuerna enligt Burnard (1991) sammanställdes resultatet utifrån tre huvudkategorier. Positiva erfarenheter, upprätthålla funktioner och motivation, samt oro inför livet hemma.

Underkategorierna belystes med citat från de intervjuade strokepatienterna på klimatvårdsanläggningen (Tabell 2).

Tabell 2. Presentation av utvalda utsagor, underkategorier och huvudkategorier.

Utsagor	Underkategorier	Huvudkategorier
"Är man deprimerad så orkar man ju inte träna på grund av det, och här får man ju både ett uppsving psykiskt och sen så kommer det andra med, att man tränar, så då blir det dubbel glädje då man åker hem. Man mår bra psykiskt och så är man nöjd för att man har varit lite duktig och liksom tränat så mycket fysiskt, så det bli bara en positiv känsla."	<i>Klimat/värmens effekt</i>	Positiva erfarenheter
"Ja, det är människorna, klimatet, solen, träningen, de professionella sjukgymnasterna-det är liksom hela paketet som bara är positivt."	<i>Stöd/träning/professionell hjälp</i>	

<p>”Jag tränar mycket med så fort jag får möjlighet sätter jag mig i stolen i solen för det hjälper mig som sagt. För jag blir mycket mjukare i händerna och i själva kroppen så det är det som hjälper mig mest.”</p>	<p><i>Lättillgänglig utemiljö/solens effekt</i></p>	<p>-</p>
<p>”Att vakna till solens strålar, som på Teneriffa, gör att man blir glad och på bra humör.”</p>		
<p>”Ja, första tanken kommer nog att va, en känner.. att jag vill tillbaks men sen så tror jag att det går lättare eftersom jag har med mig detta i bagaget.”</p>	<p><i>Funktion/träning</i></p>	<p>Upprätthålla funktioner och motivation</p>
<p>” Eller nu känns det som det här har gett mig jättemycket och det känns som att ja, när jag kommer hem hoppas jag att det kommer fortsätta hålla i sig på den här nivån”</p>	<p><i>Bibehålla motivationen</i></p>	
<p>”Värmen gör att man blir gladare. Det vet man ju själv när det regnar och snöar, då blir man inte så glad. Då sitter man och deppar”</p>	<p><i>Sinnesstämning/klimat</i></p>	<p>Oro inför livet hemma</p>

Positiva erfarenheter

Klimat/värmens effekt

Flertalet informanter beskriver att de får ett uppsving rent psykiskt av att vistas på klimatvårdsanläggningen. Att värmen, klimatet och det trevliga sociala sammanhanget gör att de orkar träna, umgås och bortse från sin nedstämdhet. Att påtryckningar till träning med ett dagligt fulltecknat schema gör att man mår bra psykiskt och fysiskt då man samtidigt känner sig nöjd med det man faktiskt presterar under sin vistelse. De uttrycker även hur värmen hjälper för att minska värk i leder och muskler, att vistelsen sammantaget gör individen gladare.

Känslan är genom samtliga intervjuer att klimatvård har positiv inverkan på stämningläget. Många citat talar för det och alla informanter är överens.

”Mycket positivt, för det första värmen hjälper mig jättemycket och allt runtomkring, jag blir mycket gladare och lugnare” (I:6)

”Träning varje dag. Och så behöver man inte alla kläder. ” (I:2)

Stöd/träning/professionell hjälp

Intensiv träning och rehabiliterande insatser finns och framgår i intervjuerna som välstrukturerat med träningschema för hela dagen som finns både som gruppaktivitet och på individnivå. Det framgår att test görs i början av vistelsen för att se på vilken nivå patienten är och vilka rehabiliterande insatser som ska till för bästa resultat. Testen görs igen vid hemgång så individen kan se och förstå vilka framsteg som gjorts under vistelsen.

”Är man deprimerad så orkar man ju inte träna på grund av det, och här får man ju både ett uppsving psykiskt och sen så kommer det andra med, att man tränar, så då blir det dubbel glädje då man åker hem. Man mår bra psykiskt och så är man nöjd för att man varit lite duktig och liksom tränat så mycket fysiskt, så det blir bara en positiv känsla.” (I:1)

Social samvaro/att bli sedd

Vikten av social samvaro är något som i allmänhet kommer fram i intervjuerna. Att vara sedd, att bli påhejad av sina medpatienter och det läkande i att prata med någon annan om sin situation. De uttrycker behovet av och den positiva känslan kring att kunna ventilera och få samförstånd kring sina olika sjukdomsbilder och perioder av sjukdom i livet.

Glädjen att tillhöra en grupp människor är något som vidare uttrycks, att kunna stötta varandra, påminna varandra om de framsteg som görs, att gruppen generellt har inverkan på måendet och stämningläget. Några finner vänner för livet. Kontakter knyts och att efter hemkomsten kunna ses eller följa varandra på sociala medier, är även det ett stöd hemma med någon som upplevt en liknande sjukdom. Det beskrivs som en lättsam stämning på anläggningen med mycket skratt där de professionella alltid har tid för en pratstund, ett glatt ”hej” samt att de i förbifarten ger personlig positiv feedback på de senaste framstegen.

”I och med att man träffar så mycket folk här och att det är lättsam stämning, man pushar varandra..så jag mår jättebra när jag är här” (I:1)

”Alla personer man träffar och alla som kan skratta åt en. Som igår morse satt jag vid...och sjöng för allihopa.” (I:3)

Lättillgänglig utemiljö/solens effekt

Deltagarna i studien rapporterade in positiva erfarenheter kring miljön med lättåtkomlighet, handikappanpassning kring allt, strandpromenaden där såväl gående som rullstolsburna lätt

kan ta sig fram, området runt poolen med sina plana ytor, möjligheten till lättillgängligt gym utomhus. Sammantaget leder detta till motivation att träna och att vistas utomhus i solen för att hitta sitt bästa jag i välmående och inspiration.

"..på grund av att det är så plant och så lätt att köra rullstol, det ger mig jättemycket." (I:6)

Detta jämförs med livet hemma i Sverige där kylan och det vanligtvis dystra vädret påverkar stämningläget och motivationen till träning.

"...hemma blir det lite...allting går på rutin och vädret är inte så jättebra oftast. Här är allting, när man vaknar så skiner solen och man blir jätteglad. Då vill man träna och man vill kämpa, man vill bli bättre.." (I:4)

Det berättas i intervjuerna om möjligheten att sätta sig i solen så fort de har en paus, om hur solen och värmen är det som hjälper individens rehabilitering mest.

Det torra klimatet med handikappanpassade ytor gör det möjligt för patienterna på anläggningen att gå ut oftare och betydligare lättare än hemma i Sverige. Det är enklare att ta sig ut i friska luften då inga tjocka ytterkläder behövs i värmen. En enklare livsstil på grund av varmt och torrt klimat beskrivs.

Upprätthålla funktioner och motivation

Överlag har vistelsen motiverat individerna att fortsätta träna regelbundet även när de kommer hem. Efter fyra veckors vistelse på klimatvårdsanläggningen är förväntningarna på hemkomsten och framtida liv delade. En del förväntar sig att det ska gå lika bra hemma med träningen och rörelsefunktion.

"Jag har fått bättre balans och vågar sträcka mig efter saker åt sidorna, så att det kommer att påverka livet hemma på ett positivt sätt". (I:7)

Andra är däremot övertygade om att det gråa trista vädret hemma kommer förvärpa sinnesstämningen och att det då även påverkar förbättringen av funktioner till det sämre. En allmän förhoppning genomsyrar dock gruppens patienter till att motivationen för träning ska hålla i sig i en tid framöver även i Sverige. Någon har valt att skaffa personlig tränare för att bibehålla möjligheten till mer intensiv träning. Någon resonerar kring att de fyra veckorna av klimatvård ger en glädje även efter vistelsen och uttrycker en önskan om att försöka ha den positiva känslan kvar så att träningen går lättare hemma.

Motivationen till att bibehålla sina fysiska funktioner genom träning hemma underhålls hos de som upplever att de förändrats över de fyra veckorna till en positivare, gladare och nöjdare person. De känner att de blivit mer sociala när de varit iväg i fyra veckor och laddat energiförrådet till att umgås mer än innan vistelsen.

Oro inför livet hemma

Sinnesstämning/klimat

Oro framkommer dock, en oro kring hur måendet kommer att påverkas av att inte vara kvar i solen och värmen. Som en jämförelse upplevs vardagen hemma i Sverige som tråkig. Oro kring att denna känsla kommer att påverka hela sinnesstämningen vilket i sin tur påverkar motivation till träning och daglig aktivitet. Den sociala samvaron gör att ensamhetskänslan släpper och sist men inte minst solens läkande verkan på sinnesstämningen vilket alla är överens om.

”Men jag är lite orolig för att det kommer påverkas av att jag inte får vara kvar i solen och värmen utan att jag ska hem i det här tråkiga igen, att det kommer bli dåligt på det sättet.”
(I:4)

Det finns en allmän rädsla för att det är sista gången på klimatvårdsanläggningen. Någon, beroende på landstingstillhörighet, har varit på anläggningen flera gånger. Det rapporteras om hur svårt det är att komma dit, att beslutsfattarna inte förstår hur mycket det ger individen att få rehabiliteras i ett varmt klimat. Skillnaderna mellan olika landsting framkommer i allmänhet. Någon har fått överklaga ett negativt beslut men via ett personligt brev vunnit överklagandet. Alla strokedrabbade har inte orken, inte heller vetskapen om att klimatvård för rehabilitering i ett varmt klimat finns, då ingen information från sjukvården getts om möjligheten att rehabiliteras på detta sätt. Patienter som varit på anläggningen flera gånger framhåller att flera drabbade borde åka dit då det hjälper för motoriken i kroppen att vistas i ett varmt behagligt klimat.

”Och det blir en orättvisa där tycker jag för det finns jättemånga som behöver det jättemycket som kanske inte nästan vet att ... (klimatanläggningens namn)...finns och det tycker jag är sorgligt. För jag skulle vilja att alla kom hit, för det är bra för alla...man kan se en del som ser lite molokna ut då de kommer med bussen och sen sista veckan har det hänt något, man ser det alltså”. (I:2).

Ensamhetsproblematik

Informanterna rapporterar att om de tar antidepressiva så gör de det som ett skydd för att inte bli för påtagligt nedstämda och har gjort det sedan insjuknandet. Någon trappar ner sin medicin under vistelsen på klimatvårdsanläggningen. Rehabiliteringen påverkar dem så positivt att antidepressiva läkemedel inte känns nödvändiga. Den depressiva känslan beskrivs vara starkare under tiden hemma på grund av kallt klimat samt där mycket av ens tid tillbringas i ensamhet. Någon informant beskriver det som att ha varit deprimerad initialt men känt god effekt av medicinen och därför fortsatt ta den trots förbättrat mående generellt.

Ett återkommande svar är att man ofta sitter ensam hemma i sin bostad. Det är svårt att ta sig ut med rullstol, behöva ta på sig tunga ytterkläder samt att träning och rehabiliteringen hemma inte bedrivs på samma intensiva nivå som på anläggningen. Analysen av texterna ger en känsla av uttalad ensamhetsproblematik hemma i Sverige och att man är isolerad i sitt boende. Det beskrivs att det finns svårigheter kring att ta kontakt med andra människor och att gruppträning inte generellt förekommer på informanternas respektive hemort.

”Hemma var jag mycket ensam och här är det så, jag vågar inte prata med någon hemma. Men här pratar jag med alla.” (I:5)

”...man får mer motivation till att träna när man inte är instängd i ett rum och när man får träna utomhus”. (I:4)

Inget negativt framkommer gällande anläggningen inte heller kring rehabiliteringen i intervjuerna.

Diskussion

Metoddiskussion

I planeringen av studien gjordes en bedömning att antalet patienter med stroke som skulle vistas på klimatvårdsanläggningen under studieperioden skulle vara ett tjugotal. Planeringen var då att antalet patienter skulle vara tillräckligt för att tillåta statistisk analys av förändringar. Därför valdes Hospital Depression and Anxiety Scale (Zigmond A, Snaith R., 1983) som ett mått för att utröna i vilken utsträckning patienternas stämningsläge förändrades

under vistelsen. Som ett bifynd fick vi med hjälp av HAD även information om patienternas ångestnivå. För att få fördjupad information planerades även att studiedeltagarna i kvalitativa intervjuer skulle få berätta om sin vistelse och deras upplevda nytta av den. Då det möjliga deltagarantalet visade sig endast vara nio patienter och detta reducerades till sju minskar tillförlitligheten i analyserna väsentligt. Alla fynd måste därför betraktas som osäkra och endast gälla för den undersökta gruppen.

Bearbetningen av data från Hospital Depression and Anxiety Scale är genomförd med Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank test. Detta är ett icke-parametriskt test som inte förutsätter en normalfördelning av materialet och endast tar hänsyn till rangordningen mellan värdena. Testet är avsett för ordinaldata och kan användas även på mindre material. Det begränsade antalet personer i studien innebär dock att resultatet har väldigt låg statistisk power, vilket innebär låg sannolikhet att upptäcka skillnader. I vår studie förelåg stora skillnader i informanternas svar på HAD i början och i slutet av vistelsen. Detta faktum i kombination med studiens låga statistiska power kan tala för att det verkligen förelåg stora skillnader i informanternas svar.

Intervjuerna som gjordes på klimavårdsanläggningen var välplanerade. Patienten var med och bestämde plats och tid för intervjun samt var förberedda på intervjun och dess syfte. Intervjuerna utfördes dagarna innan hemresa. Den språkliga förmågan hos deltagarna skilde sig åt beroende av vilket eller vilka centra i hjärnan som var påverkade efter stroke. Afasi, språksvårigheter och dysartri, talsvårigheter är vanliga komplikationer vid stroke. Här är det av vikt att informanten ges en lugn miljö för att svara på frågorna, att den som gör intervjun ger informanten god tid på sig att svara på frågorna samt stöttar och frågar om vid behov av förtydligande. Denna språk- och talnedläggning visade sig tydligt i intervjuerna då de flesta av informanterna svarade kort på de semistrukturerade frågorna, det var endast någon som själv förklarade och målade ut beskrivande svar. Författare och intervjuare hade dock samma intryck, att samtliga svar besvarade frågorna som ställts. Enligt en studie av Gordon, Ellis Hill & Ashburn (2009) framkommer behovet av att konversation bör finnas som mål i rehabiliteringen av en strokedrabbad. Att svara kortfattat på styrda frågor är det som den afasidrabbade gör generellt visar studien, men att svara beskrivande är svårare. Strokedrabbade individer är en sårbar grupp. Den upplevda tröttheten efter en stroke är påtaglig. En intervju på runt 10 minuter var vad som orkades med generellt.

Frågan är hur representativt detta insamlade material är i sin helhet. Författarna upplever samsyn i intervjuerna, samma svarsmönster återkommer i texterna. Eriksson-Zetterqvist m fl. (2011) beskriver detta som att uppnå mättnad i intervjuerna. Vid intervjuer av ett fåtal individer ur en särskild grupp, ökar tillförlitligheten redan vid sex till åtta deltagare, då man redan vid så lågt deltagarantal får ett material som kan beskriva förhållanden och upplevelser på ett tämligen oberoende sätt (a a). Vårt insamlade material kan då vara representativt trots ett lågt antal deltagare. Kanske ytterligare intervjuer inte hade gett någon ny kunskap, men hade ändå varit att föredra.

Under perioden november – februari deltog samtliga nio remitterade strokepatienter på klimatvårdsanläggningen men två patienter valde att inte fullfölja sitt deltagande. Ett sätt att trots det låga deltagarantalet styrka tillförlitlighet och trovärdighet i studien, var att använda oss av triangulering och även inkludera en kvantitativ komponent i form av HAD-enkäten. Syftet med denna metod är enligt Polit & Beck (2014) att låta begränsningarna i den ena metoden kompenseras av styrkorna i den andra.

Resultatdiskussion

Våra kvantitativa data baseras på resultaten av HAD-analysen. Enligt denna statistiska analys där sju patienter ingick i studien, rapporterade fem att de led av depression eller ångest vid ankomsten till klimatvårdsanläggningen. Vid utskrivningen hade en stor positiv förändring skett. Ingen informant rapporterade depression och endast en informant rapporterade mild till måttlig ångest. Den statistiska analysen visade signifikanta förbättringar både vad gäller den summerade skalan för ångest och depression samt avseende två frågor kring ångest och två frågor avseende depression. Däremot visade endast ångestskalan en signifikant förbättring mellan ankomst och utskrivning. Det kan vara vanskligt att dra några långtgående slutsatser utifrån ett statistiskt material bestående av sju informanter men de kvantitativa resultaten av HAD pekade i samma riktning som informanternas kvalitativa intervjusvar. I vår studie fick fem av de sju informanterna en reduktion av antalet poäng för depression efter vistelsen medan samtliga sju informanter i sina intervjusvar rapporterade ett förbättrat stämningsläge. Vilka tänkbara orsaker kan det finnas till denna diskrepans mellan resultat i HAD och intervju?

Någon av informanterna menade att enbart förväntningarna inför klimatvårdsresan för hans del haft en positiv effekt på stämningsläget redan innan den påbörjade klimatvården. En annan orsak skulle kunna vara, att man speciellt i början av vistelsen medvetet eller

omedvetet, anpassar sina svar i HAD-enkäten för att framstå som en lämplig kandidat för klimatvård. Beviljandet av klimatvård föregås av en omfattande urvalsprocess där endast ett fåtal av de sökande blir utvalda och där psykisk stabilitet utgör ett viktigt kriterium för att kunna bli antagen (Stockholms läns landsting, 2016).

Att intervjuerna som regel utfördes ensam med informanten, medan anhörig speciellt i början av vistelsen ofta var närvarande vid ifyllande av HAD, kan också haft betydelse. Patientens insikt om att medföljandet på klimatvårdsresan för anhörig innebär en tidsmässig och ekonomisk insats, är en faktor som skulle kunna medföra att man vill framstå som något gladare än vad man egentligen känner sig. Det är intressant att notera att två av informanterna faktiskt hade ett något högre poäng för depression på den HAD som gjordes strax före hemresan. Kanske kan en ökad sjukdomsinsikt i samband med vistelsen förklara detta. Vissa av informanterna gav i intervjun också uttryck för negativa känslor inför hemresan och återkomsten till Sverige.

Varför var patienter med stroke i minoritet på klimatvårdsanläggningen?

Möjliga orsaker skulle kunna vara landstingens urvalskriterier, och att det inte heller remitteras något stort patientantal med stroke trots att platser finns att tillgå till en lägre kostnad än för neurologisk rehabilitering i Sverige (Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, 2015).

En annan tänkbar orsak kan möjligen bero på bristen på information. Deltagarna i denna studie hade fått information via sociala medier, från vänner eller hade varit på klimatvård tidigare och upplevde det som orättvist att information om möjligheten att söka klimatvård inte gavs till alla strokepatienter enligt rutin. Här är det enligt uppsatsförfattarna viktigt att sjuksköterskan är medveten om ovanstående problematik och arbetar personcentrerat för att hjälpa de strokepatienter som saknar orken att på egen hand söka information om rehabiliteringsalternativ.

Strokepatienter är en mycket liten patientgrupp i klimatvårdssammanhang och tidigare studier av rehabilitering i varmt klimat saknas därför. Att klimatvård kan ha en ångestreducerande effekt stöds av en tidigare studie av Chun et al. (2017) som kunde påvisa en reducerad stressnivå hos strokepatienter som fått vistas i skogsmiljö, jämfört med stadsmiljö mätt som en signifikant minskning av antalet poäng vid användning av instrumentet Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Enligt samma studie gav skogsvistelsen även signifikant effekt på nedstämdhet och depression, en effekt vi i vår studie inte statistiskt kunde styrka med resultatet av HAD analysen. I en nyligen utförd studie av Hafström mfl (2016) undersöktes klimatvårdens effekter på patienter med reumatoid artrit. Denna studie påvisade

kliniskt betydelsefulla effekter på kroppsfunction, aktivitetsförmåga och välbefinnande efter endast fyra veckors klimatvårdsrehabilitering på Teneriffa och på spanska fastlandet. Enligt de resultat som redovisades i Hafströms (2016) studie främjade klimatvårdsvistelsen fysisk aktivitet i upp till ett år efter hemresan. Det kan naturligtvis diskuteras i vilken grad dessa resultat är applicerbara på strokepatienterna som deltog i vår studie, men resultaten av vår studie stödjer hypotesen att även strokepatienter kan få en ökad rörlighet, aktivitetsnivå och ett förbättrat välbefinnande efter rehabilitering i varmt klimat.

Vilka tänkbara förklaringar skulle kunna finnas till att endast fyra veckors vistelse på klimatvårdsanläggningen resulterade i positiva resultat på stämningsläge och en reducerad ångestnivå för majoriteten av de tillfrågade strokepatienterna?

Sannolikt kan det vara en kombination av ett flertal olika faktorer som skapade denna positiva känsla; klimatet, solen, gruppdynamiken, träningen och den berikande miljön som stimulerade alla sinnen. Våra informanter rapporterade välgörande effekter såväl psykiskt som fysiskt av solen och värmen på Kanarieöarna med små variationer i temperatur och nederbörd. Årsmedeltemperaturen är 21 grader, med månadsvisa variationer mellan 21-27 grader och många soldagar. Kan det eventuellt vara så att låga serumkoncentrationer av vitamin D har normaliserats efter fyra veckor i solen? En signifikant korrelation har i tidigare studier av strokepatienter påvisats mellan depression och låga D-vitaminnivåer (Ang- Hyun Kim, Hyun Seok & Dong Suk Kim, 2017).

Den psykosociala delen av interventionen har med ledning av informanternas svar, sannolikt även den en stor betydelse. Tidigare studier t ex den så kallade ”Living well with stroke” ger ett visst stöd för detta antagande (Mitchell et al., 2009).

Klimatvårdsvistelse är en komplex intervention och det är svårt att utföra randomiserade kontrollerade studier med kontrollgrupp då en teamrehabilitering motsvarande den som erbjuds på Kanarieöarna inte finns i Sverige (Hafström et al. 2016). Träningsprogrammen på en klimatvårdsanläggning är intensiva. På fritiden inbjuder omgivningarna och klimatet till promenader. Att fysisk aktivitet kan ge ett ökat psykiskt välbefinnande är välkänt. Att effekten av fysisk aktivitet mot lindrig-måttlig depression kan vara jämförbar med effekten av antidepressiva läkemedel och KBT är numera dokumenterat i en Cochrane rapport (Cooney, G., et al. 2013).

Kan det finnas fysiologiska förklaringar till de positiva effekterna på stämningsläget?

Djurstudier har visat att miljöer med ökad sensorisk, kognitiv, motorisk och social stimulans ger en signifikant förbättrad sensorimotorisk funktion hos möss med ischemisk stroke (Janssen et al. 2010).

Hjärnans plasticitet är ett begrepp som kan definieras som nervsystemets förmåga att anpassa sin struktur och funktion till de sensoriska, motoriska eller mentala uppgifter som ska utföras och som pågår hela livet. Denna förmåga är kopplad till vår aktivitetsgrad och ökad träningsmängd förbättrar därför hjärnans plasticitet. Plasticitet förekommer inom hjärnans alla områden. När vi lär oss nya saker aktiveras ett mycket stort nätverk i vår hjärna. Hjärnans plasticitet ändras genom att ett nätverk av nervceller byggs upp. Ju fler nervceller som hänger ihop desto starkare blir nätet. Ett starkt nät av kortikala kartor underlättar hjärnans läkningsprocess. Det gäller att använda de strukturer och nervbanor som bildas eftersom de annars tillbakabildas (Sampaio-Baptista et al. 2013).

I en studie på möss uppmättes positiva resultat efter elva dagars intensiv motorisk träning av en ny uppgift. Som en följd av hjärnans förmåga till plasticitet hade nätverket av nervceller ökat i den vita hjärnsubstansen, vilket kunde påvisas med hjälp av magnetröntgen, MRI. Denna plasticitet skulle kunna ha betydelse vid återhämtning av motoriken för den skadade hjärnan (a a).

Positiv utveckling kan ses vid fysisk aktivitet i kombination med en berikad miljö som stimulerar våra olika sinnen. Att lära något nytt utmanar hjärnan och regelbunden träning förbättrar rehabilitering efter en hjärnskada. För att styrke - och konditionsträning ska påverka plasticiteten måste den vara regelbunden och gärna så intensiv som möjligt (Pollock, 2014). Den forskning som har gjorts på plasticitet har oftast gjorts på gnagare. Plasticiteten i vår hjärna fungerar delvis annorlunda än hos gnagare. Oligodendrocyterna, hjärnans stödjeceller, är mer avancerade hos oss människor. I vår hjärna är nybildandet av oligodendrocyter lågt och hos oss anpassas mängden myelin beroende av den befintliga mängden oligodendrocyter, vilket leder till en snabbare anpassning och inläring (Yeung et al. 2014).

Med tanke på ovanstående, relativt nya forskningsrön, kan det enligt författarna till denna uppsats inte bortses från möjligheten att en fysiologisk orsak kan ha bidragit till de positiva förändringarna i våra informanternas stämningsläge.

Det fanns hos patienterna en förhoppning och en tro om att de positiva effekterna av klimatvården skulle kvarstå även efter hemresan men också ett uttryck för oro inför livet där hemma. Den dagliga träningen hade under vistelsen underlättats av den rehabiliteringsanpassade miljön med träningslokal och möjlighet till daglig individuell bassängträning mm. Efter att ha deltagit i fyra veckors intensiv och varierad fysisk träning enskilt eller i grupp kan det för vissa av deltagarna säkert kännas svårt att hitta samma träningsmöjligheter hemma. Det blir också svårare att hitta en gruppgemenskap med personer med samma sjukdom.

Konklusion och implikationer

Hjärnan är komplex, den styr vårt känsloliv och kroppens funktioner. En naturlig följd av detta kan vara att den kräver en mer komplex behandling jämfört med sjukdomar i kroppens övriga organ. Syftet med denna studie var att undersöka klimatvårdens inverkan på stämningsläget hos strokepatienten. Resultaten talar för att klimatvården resulterade i ett förbättrat psykiskt mående, ett förbättrat stämningsläge och en reducerad ångestnivå för majoriteten av de tillfrågade patienterna. Även om antalet deltagare var begränsat ger vår studie ett visst stöd åt tesen att klimatvård kan vara ett värdefullt rehabiliteringsalternativ för strokepatienter. Allt eftersom kunskaperna om hjärnans plasticitet blir mer befästa hos allmänheten är det sannolikt att framtidens strokepatienter kommer att vara mer insatta i möjligheterna till rehabilitering och att en ökad ålder inte behöver vara ett hinder. Det kommer då att behövas fler rehabiliteringsalternativ att välja mellan. Sjuksköterskan har här en viktig uppgift att fylla i sin roll som informatör om vilka möjligheter som finns. Förhoppningsvis kan denna studie bidra med användbar kunskap och belysa behovet av ytterligare forskning inom området.

Referenser:

Ajeganova, S., Wörnert, M., & Hafström, I. (2016).

A four-week team-rehabilitation programme in a warm climate decreases disability and improves health and body function for up to one year: a prospective study in Swedish patients with inflammatory joint diseases. *J Rehabil Med* 48, 711–718.

Från: https://www.medicaljournals.se/jrm/content_files/download.php?doi=10.2340/16501977-2122

Burnard, P. (1991) A method of analysing interview transcripts in qualitative research.

Nurse Education Today 11, 461-466.

Chun, M.H., Chang, M.C., Lee, S.J. (2017). The effects of forest therapy on depression and anxiety in patients with chronic stroke. *International Journal of Neuroscience*. 127 (3), 199-203
doi: 10.3109/00207454.2016.1170015.

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033879>

Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R...M, Mead, G.E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. Sep 12 (9)

doi: 10.1002/14651858.

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026850>

Denscombe, M. (2010). *The Good Research Guide: For small-scale social research projects*. 4 uppl., Maidenhead, Berkshire: Mc Graw-Hill.

Från:

<https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=582a0dbf217e20276533f5a5&assetKey=AS%3A428404664213506%401479151039119>

Ekman, I. (red.). & Dahlberg, K., (2017). *Vägen till patientens värld är personcentrerad vård. Att bli lyssnad på och förstådd*. Stockholm: Liber

Eriksson-Zetterquist, U. (2011). *Intervjuer*. I Svensson P. & Ahrne, G. (red.),

Handbok i kvalitativa metoder (s.36-57) Malmö: Liber.

Gordon C. , Ellis-Hill C. & Ashburn A. (2009) The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke.

Journal of Advanced Nursing 65 (3), 544–553

doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x

Hackett, M.L., Anderson, C.S., House, A., Xia, J. (2008). Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD003437

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843644>

Humlegården S.L., 2018

Från: <http://se.vintersol.com/sw/anl%C3%A4ggningen>

Janssen, H., Bernhardt, J., Collier, M., Sena, S.S., McElduff, Attia, J...Spratt, N.J. (2010).

An enriched environment improves sensorimotor function post-ischemic stroke.

Neurorehabilitation and neural repair. Doi.org/10.1177/1545968310372092

Från: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1545968310372092>

Johansson, J (2018). Rehabilitering i varmt klimat – Skåne. *Vårdguiden*, 1177.

Hämtad 2018-12-16 från:

<https://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Rehabilitering-i-varmt-klimat---Skane/>

Jørgensen, T.S., Wium-Andersen, I.K., Wium-Andersen, M.K., Jørgensen, M.B., Prescott, E., Maartensson, S. ... Osler, M. (2016). Incidence of depression after stroke, and associated risk factors and mortality outcomes, in a large cohort of Danish patients. *JAMA Psychiatry.*

Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1932

Från; <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2547209>

Karlsson Gadea, I. (2018). Rehabilitering i varmt klimat. *Vårdguiden*, 1177.

Hämtad 2018-12-16 från:

<https://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Behandlingar/Rehabilitering-i-varmt-klimat/>

Lindén, T., (2015). Depression efter stroke-vanligt men underskattat problem. *Afasi* (2)

Från; <http://www.afasi.se/om-afasi/depression-efter-stroke-vanligt-men-underskattat-problem/>

Lo, A.C., Guarino, P.D., Richards, L.G., Haselkorn, J.K. & al. (2010). Robot assisted therapy for longitudinell-term upper-limb impairment after stroke. *N Eng J Med.* 362: 1772-1783 DOI: 10.1056/NeJmoa0911341

Från:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0911341#t=abstract>

Mitchell, P.H., Veith, R.C., Becker, K.J., Buzaitis, A., Cain, K.C., Fruin, M., Tirschwell, D., Teri, L. (2009). Brief psychosocial-behavioural intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized controlled trial. *Stroke* 40, 3073-3078.

Doi 10.1161/STROKEAHA.109.549808

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19661478>

Nilsson, M. (2011). Erfarenheter och reflektioner kring Neurooptimas rehabiliteringsprogram för personer med funktionsnedsättning efter hjärnskada under åren 2003-2011

Från; <https://www.neurooptima.com/se/wp-content/uploads/2015/09/erfarenheter-rehabilitering-hjarnskada-2003-2011.pdf>

Pohanka, V., Pohanka, M., Fleisher, P. & Bicarova, S. (2012). The role of climate in complex treatment of respiratory disease.

Zdrowie Publiczne I Zarzadzanie 10 (1), 9-12

Från: <http://www.ejournals.eu/pliki/art/2159/>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research, appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Pollock, A., Farmer, S.E., Brady, M.C., Langhorne, P., Mead, G.E., Mehrholz, J. & van Wieck, F. (2014). Interventions for improve upper limb function after stroke. *Cochrane database syst.rev* 12(11).

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25387001>

Sampaio-Baptista, C., Khrapitchev, A., Foxley, S., Schlagheck, T., Scholz, J., Jbabdi, S...

Johansen-Berg, H. (2013). Motor skill learning induces changes in white matter microstructure and myelination. *Journal of Neuroscience* 33:50. 19499-19503.

Från: <http://www.jneurosci.org/content/33/50/19499>

Sektionen för omvårdnadsinformatik (2014). *Vad är informatik?*

Från; <https://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Sektionen-for-omvardnadsinformatik/Omvardnadsinformatik/e-Halsa/>

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer vid vård av stroke.*

Från; <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforstrokesjukvard>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2013). *Vad är effekten av rehabilitering i ett varmt klimat – klimatvård?*

Från; <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/rehabilitering-i-ett-varmt-klimat-utomlands-klimatvard/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2014). *Klimatvård vid stroke.*

Från; <http://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/klimatvard-vid-multipel-skleros-/>

Stockholms läns landsting (2016). *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*

Från: <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/ovriga-ey-wardval/klimatvard/kriterier-handlaggning.pdf>

Strokeförbundet (2018). *Vad är stroke?*

Från; <http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%E4r%20stroke?>

Towfighi, A., Ovbiagele, B., Hussein, N.E., Hackett, L., Jorge, R.E., Kissela, B.M.,

... Williams, L.S. (2017). Poststroke depression, a scientific statement for healthcare professional from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 48, 30-43. Doi: 10.1161/STR.0000000000001113.

Från; <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000001113>

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. & Suominen, T. (2006).

Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci* 20 (3): 282-92.

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16922982>

Vårdhandboken.se (2017)

hämtat den 6 april 2017 från: http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad_varld/

Wiklund Gustin, L. (red.). (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* (1:a uppl.).

Lund: Studentlitteratur

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad den 5 oktober 2018 från:

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yeung, M.S., Zdunek, S., Bergmann, O., Bernard, S., Salepour, M., Alkass, K.,...Frisén, J. (2014)

Dynamics of oligodendrocyte generation and myelination in the human brain.

Cell 6:159, 766-74, Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2014.10.011>

Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25417154>

Zigmond, A., Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatria Scand*, 67, 361-70.

Bilaga 1 (2)

Intervjuguide

Huvudfrågor:

- Vill du berätta för mig hur du upplevt din vistelse här på klimatvårdsanläggningen?
- Hur tycker du att vistelsen här har påverkat ditt allmänna stämningsläge?
- Har dina förväntningar inför livet där hemma förändrats och i så fall hur?

Följdfrågor:

- Kan du vidareutveckla
- Hur menar du då?
- Kan du ge några exempel?
- Har jag förstått dig rätt?
- Hur upplever du det?

Dessa frågor har ställt samman för att hjälpa oss att förstå hur du mår. Läs varje påstående och sätt ett tydligt kryss i rutan till vänster om det svar som kommer närmast hur du har känt dig under veckan som gått. Sitt inte och fundera för länge. Det första svar som dyker upp för dig på varje påstående är antagligen riktigare än ett svar du tänkt på länge.

1. Jag känner mig spänd eller "uppskruvad"

- För det mesta
 Ofta
 Då och då
 Inte alls

2. Jag uppskattar samma saker som förut

- Precis lika mycket
 Inte lika mycket
 Bara lite
 Knappast alls

3. Jag får en slags känsla av rädsla som om någonting förfärligt håller på att hända

- Alldeles bestämt och rätt illa
 Ja, men inte så illa
 Lite, men det oroar mig inte
 Inte alls

4. Jag kan skratta och se saker från den humoristiska sidan

- Lika mycket som jag alltid kunnat
 Inte riktigt lika mycket nu
 Absolut inte så mycket nu
 Inte alls

5. Oroande tankar kommer för mig

- Mycket ofta
 Ofta
 Då och då men inte så ofta
 Bara någon enstaka gång

6. Jag känner mig glad

- Inte alls
 Inte ofta
 Ibland
 För det mesta

7. Jag kan sitta i lugn och ro och känna mig avspänd

- Absolut
 Oftast
 Inte ofta
 Inte alls

8. Jag känner mig som om jag gick på "långt varv"

- Nästan jämt
 Mycket ofta
 Ibland
 Inte alls

9. Jag får en slags känsla av rädsla som om jag hade "fjärilar i magen"

- Inte alls
 Någon gång
 Rätt ofta
 Mycket ofta

10. Jag har tappat intresset för mitt utseende

- Absolut
 Jag bryr mig inte så mycket om det som jag borde
 Jag kanske inte bryr mig om det riktigt så mycket
 Jag bryr mig precis lika mycket om det som förut

11. Jag känner mig rastlös som om jag måste vara på språng

- Verkligen mycket
 En hel del
 Inte så mycket
 Inte alls

12. Jag ser fram emot saker och ting med glädje

- Lika mycket som förut
 Något mindre än jag brukade
 Klart mindre än jag brukade
 Nästan inte alls

13. Jag får plötsliga panikkänslor

- Verkligen ofta
 Rätt ofta
 Inte så ofta
 Inte alls

14. Jag kan njuta av en bra bok, ett bra radio eller TV-program

- Ofta
 Ibland
 Inte så ofta
 Mycket sällan