



JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Självskattad hälsa och vardagliga aktiviteter före och efter multidisciplinär dagvård för personer med Parkinson.

HUVUDOMRÅDE: Examensarbete inom Arbetsterapi

FÖRFATTARE: Christina Josefsson Gisler, Mimi Kasseberg

HANDLEDARE: Sofi Fristedt

JÖNKÖPING 2018

Sammanfattning

För personer med diagnosen Parkinson, en progredierande sjukdom där både motoriska och icke-motoriska symtom påverkar vardagen, är det viktigt att stödja den enskilde individen att få uppleva hälsa.

Dagrehabiliteringen på berörd klinik, har varit ett inarbetat multidisciplinärt arbetssätt, och erbjudit deltagarna träning vid två tillfällen i veckan under en fem veckorsperiod. En kvantitativ studie genomfördes utifrån enkäten, SF-12, som samlats in på kliniken för att få underlag för utvärdering av det kliniska arbetet.

Syftet med examensarbetet var att beskriva självskattad hälsa och vardagliga aktiviteter hos personer med Parkinson, före och efter multidisciplinär dagrehabilitering.

Resultatet visade att deltagande i dagrehabiliteringen innebar att deltagarna i lägre omfattning begränsades i att utföra aktiviteter till följd av känslomässiga problem. Deltagarna upplevde även mindre problem i utförandet av arbetsuppgifter eller aktiviteter, relaterat till sitt kroppsliga tillstånd, efter genomförd dagrehabilitering.

Diskussion

I nationella riktlinjer för Parkinson lyfts vikten av det multidisciplinära teamet fram som en framgångsfaktor för att personer med Parkinson. Nyare studier visar vikten av att Parkinsonpatienten behöver intensiv rehabilitering med en individuell behandlingsplan, integrerat i ett multiprofessionellt team.

I studien tydliggörs arbetsterapeutens behov av validerade bedömningsinstrument, exempelvis COPM, för att kunna utvärdera de arbetsterapeutiska insatserna som ges och för att möjliggöra ett personcentrerat arbetssätt.

Nyckelord:

Aktiviteter i det dagliga livet, arbetsterapi, Parkinsons sjukdom, SF-12, självskattad hälsa

Summary

Self-assessed health and everyday activities before and after multidisciplinary care for people with Parkinson's disease.

For people diagnosed with Parkinson, a progressive disease where both motor and non-motor symptoms affect everyday life, it is important to support the individual to experience health.

The day rehabilitation at the affected clinic has been an integrated multidisciplinary approach and offered participants training at two occasions a week during a five week period. A quantitative study was conducted on the basis of the survey, SF-12, which was collected at the clinic to provide evidence for the evaluation of clinical work.

The aim of the thesis was to describe self-assessed health and everyday activities in people with Parkinson's, before and after multidisciplinary day rehabilitation.

The result showed that participation in day rehabilitation meant that the participants were, to a lesser extent, limited in carrying out activities due to emotional problems. The participants also experienced minor problems in the performance of tasks or activities related to their physical condition, after completion of day rehabilitation.

Discussion

National Parkinson's Guidelines highlight the importance of the multidisciplinary team as a success factor for people with Parkinson's disease. Recent studies show the importance of the Parkinson's patient needing intensive rehabilitation with an individual treatment plan, integrated into a multi-professional team.

The study clarifies the needs of the occupational therapist for validated assessment tools, such as COPM, in order to evaluate the work therapeutic interventions given and to enable a person-centered approach.

Keyword:

Daily Life Activities, Occupational Therapy, Parkinson's disease, Self-rated Health, SF-12

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Parkinsons sjukdom	1
Multidisciplinärt teamarbete	2
Arbetsterapeutens roll	3
Syfte	5
Material och metod	5
Undersökningsgrupp	5
Datainsamling	6
Databearbetning	6
Etiska överväganden	7
Resultat	8
Diskussion	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
Betydelse för arbetsterapi	12
Slutsatser	12
Referenser	14
Bilagor	17

Inledning

På en Geriatrisk rehabiliteringsklinik i södra delen av Sverige erbjuds multidisciplinär dagrehabilitering till personer med Parkinsons sjukdom utifrån kriterier som utarbetats på kliniken. Ett multidisciplinärt team, bestående av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, samt vid behov även kurator, logoped och dietist finns med i arbetet kring patienten. Målsättningen med verksamheten, dvs. Parkinsongruppen är att öka eller bevara funktion och aktivitetsförmåga för den enskilde deltagaren. Rehabiliteringsplan upprättas och åtgärderna riktas dels mot fysisk träning, men social samvaro med möjlighet till erfarenhetsutbyte är också en viktig del i programmet liksom utbildningstillfällen som hålls av det multidisciplinära teamet. Träningen sker framför allt i grupp men individuell behandling förekommer också. Sittgymnastik, balansträning, att ta sig upp från golvet, stationsträning, handträning, kognitiv stimulans är exempel på interventioner som ges i gruppen. Deltagande professioner ger information om fallprevention och hjälpmedel.

Sedan 2007 har kliniken använt SF-12 (bilaga 1) för att utvärdera deltagarnas upplevelse av hälsa och hur de fungerar i sitt vardagsliv. Enkäten har fyllts i av deltagarna före och efter genomförd träningsperiod på fem veckor. Kliniken har samlat ett antal ifyllda enkäter, som fram tills i dag endast använts för utvärdering av träningsperiod på individnivå. På önskemål från kliniken, genomfördes en utvärdering på gruppnivå, med fokus på om upplevd hälsa och aktivitet har förändrats över tid genom deltagande i Parkinsongruppen.

Att leva med diagnosen Parkinsons sjukdom och ändå få uppleva hälsa, är viktigt både ur individ, grupp och samhällsperspektiv. Med stöd av ett evidensbaserat arbetssätt kan det multidisciplinära teamet, där arbetsterapeuten på ovan nämnda klinik är en naturlig medlem, stödja dessa personer att fortsätta vara aktiva och delaktiga i samhället. En utvärdering av den hälsorelaterade effekten av multidisciplinär rehabilitering, för patienter med Parkinsons sjukdom, kan vara ett stöd för teamets deltagande professioner att säkerställa kvaliteten av gruppens upplägg. Den information som kommer fram kan antas vara av värde för att möta behovet av ständig utveckling av verksamheten och att säkerställa att rätt interventioner ges.

Bakgrund

Parkinsons sjukdom

Parkinsons sjukdom är i huvudsak en klinisk diagnos (Gage, Owen, Trend, Grossmit & Kaye, 2011). Sjukdomen är kronisk och en successiv nedbrytning av nervceller leder till ökande funktionsnedsättningar (Weintraub, Comella & Horn, 2008). Någon botande behandling finns inte för Parkinsons sjukdom (Socialstyrelsen, 2016). I totalbefolkningen är antalet individer med Parkinsons sjukdom (prevalensen) 0,3 % (de Lau & Breteler, 2006) men med stigande ålder blir sjukdomen vanligare och i åldrarna >85 år har prevalensen beräknats till 4-5%. Den vanligaste åldern för

insjuknande är 60-65 år, men ca 10 % insjuknar före 45 års ålder (Weintraub et al., 2008). Antal nyinsjuknade personer med Parkinsons sjukdom har beräknats till 8-18 per 100 000 individer årligen (de Lau & Breteler, 2006), vilket skulle motsvara 30-60 personer per år i det aktuella länet.

Eker (2007) beskriver att de vanligaste funktionsnedsättningarna för en person med Parkinsons sjukdom är rörelsehämning (hypokinesi), muskelstelhet (rigiditet), skakningar (tremor) samt nedsatta balansreflexer. Vanligt förekommande är även smärta, domningar och psykiska symtom som kan utgöras av nedsatt mental smidighet, nedsatt initiativförmåga, koncentrationssvårigheter, språkfattigdom och känslomässig avtrubbning. Det är också vanligt med exekutiva dysfunktioner, som kan innebära svårigheter att ta initiativ, planera och ha aktivitetsbalans i det dagliga livet (Mamikonyan et al., 2009). Stresskänslighet är vanligt förekommande bland Parkinsonpatienter, vilket i sin tur kan öka övriga Parkinson-symtom och besvär (Eker, 2007). Icke-motoriska symtom så som inkontinens, trötthet och ökad salivutsöndring ser olika ut för varje individ och kan variera över dygnet. En allt mer erkänd och viktig faktor vid Parkinson sjukdom, är dess påverkan på livskvaliteten. Studier visar att livskvaliteten hos personer med Parkinson påverkas av både motoriska och icke-motoriska symtom. (Stocchi, Martinés-Martin & Reichman, 2014) och att de icke-motoriska symtomen påverkar livskvaliteten i negativ bemärkelse i större utsträckning än de motoriska (Martinez-Martin, Rodriguez-Blazquez, Kurtis & Chaudhuri, 2011). Vartefter symtomen förvärras, försämras också personens upplevelse av hälsa vilket exempelvis kan leda till ångest och social isolering. Livskvalitet är en generell term som relaterar till en persons välmående och tillfredsställelse, ett holistiskt synsätt som innefattar olika aspekter av personens tillstånd inom såväl fysiska, mentala och sociala områden (Stocchi et al., 2014).

Aktiviteter i det dagliga livet påverkas vartefter sjukdomen progredierar (Gage et al., 2011) till exempel kan det bli svårare att utföra sitt arbete, ta hand om sina barn, delta i fritidsaktiviteter eller laga mat (Socialstyrelsen, 2016). Ferrazolli (2018) lägger fram i sin studie att rehabilitering är en effektiv och kompletterande behandling till den medicinska, för att hantera sjukdomen Parkinson. De mest positiva effekterna ses inom dysfunktionerna gång och posturala funktioner. Moniquie, Giroux och Sierra Farris (2008) beskriver funktionellt oberoende vilket innebär att kunna vara aktiv trots de begränsningar som sjukdomen ger, det vill säga att som individ känna välmående trots svår sjukdom. Moniquie et al. (2008) lyfter också den personcentrerade vården där fokus flyttas från sjukdom till funktion. Personcentrerad vård inkluderar dimensioner såsom välmående och individens förmåga att kunna hantera sin sjukdom och dess begränsningar. En aktiv personcentrerad regim ska vara en integrerad del i övrig vård för individer med kronisk sjukdom och att behandling bygger på delaktighet samt individuellt realistiskt uppsatta mål.

Multidisciplinärt teamarbete

I de nationella riktlinjer för Parkinson (Socialstyrelsen, 2016) beskrivs det multidisciplinära omhändertagande vid Parkinsons sjukdom, som ett team bestående av olika yrkesprofessioner vilka samarbetar kring en patient. Ett multidisciplinärt team omfattar läkare och sjuksköterska med stor erfarenhet av sjukdomen och minst

två av följande professioner; arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, logoped, kurator, psykolog, dietist, uroterapeut eller annan specialistläkare. Den centrala uppgiften är att samordna insatserna kring individen. Därför är det av stor vikt att teamets sammansättning och arbetsfördelning utgår från patientens behov. Då de nationella riktlinjerna kom ut 2016 saknades evidensgraderade slutsatser gällande det multidisciplinära teamets påverkan på livskvalitet, självskattad hälsa eller funktionsförmåga. Trots det rekommenderar de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2016, 58) att ”hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med Parkinsons sjukdom tillgång till ett multidisciplinärt team (prioritet 3)”, insatser som stöds utifrån beprövad erfarenhet. Dessutom bör personer med Parkinsons sjukdom med påverkad funktionsförmåga erbjudas sammanhängande teamrehabilitering, prioritet 4, en åtgärd som ges under en begränsad tid och kan ske både inom öppen- och slutenvården. Målet med denna form av rehabilitering är att ge individen kunskap för att hantera och leva med sin sjukdom, att optimera individens funktionsförmåga och genom detta främja ökad självskattad hälsa. Enligt Socialstyrelsen (2016) finns det idag olika sätt att organisera teamarbetet på. Fortsatt forskning behövs för att påvisa vilket arbetssätt som är bäst.

Monticone, Ambrosini, Laurini, Rocca och Foti (2015) sammanfattar i sin studie, att intensiv multidisciplinär rehabilitering, både på kort och lång sikt, kan öka livskvaliteten för personer med Parkinsons sjukdom. Författarna beskriver att det multidisciplinära omhändertagandet är av vikt för att bromsa upp försämring inom balans, motorik, dagliga aktiviteter och livskvalitet. Studien lyfter uppgiftsspecifik träning för att minska begränsning gällande mobilitet och tar upp vikten av strategier för aktiviteter i det dagliga livet (ADL). Träning av sjukgymnast/fysioterapeut innefattar bland annat balans- och gångträning såsom att vända sig runt, snabba start och stopp, stå på ojämnt underlag, gå med olika hastighet och ändra riktning men också att hitta strategier för att hantera freezing, insatser som är riktade mot ett förbättrat aktivitetsutförande. Arbetsterapeutiska insatser som lyfts i studien är riktade mot vardagliga aktiviteter. Monticone et al.,(2015) nämner interventioner såsom ergonomi, kompensatoriska åtgärder eller nytt aktivitetsutförande, strategier som underlättar av- och påklädning, anpassningar, hjälpmedel, anpassningar i hemmet och energibesparande åtgärder. Ferrazzolli et al., (2018) tar även upp arbetsterapeutiska insatser riktade mot hand- och finmotorik. Träning som är riktad mot förbättrad handfunktion men även träning i aktiviteter som kräver koordinering av båda händerna. Monticone et al., (2015) beskriver att kognitiv träning utförs i det multidisciplinära teamet av psykolog och inkluderar specifika uppgifter kopplat till uppmärksamhet, arbetsminne, exekutiva funktioner, visuospatiala förmågor.

Arbetsterapeutens roll

Arbetsterapeuten ingår i det multidisciplinära teamet kring personen med Parkinsons sjukdom (Socialstyrelsen, 2016). Som arbetsterapeut är det viktigt att ha förståelse för hur individen fungerar och vad som påverkar den (Kielhofner, 2012). Arbetsterapeuternas etiska kod (Sveriges Arbetsterapeuter, 2016), beskriver människosyn och filosofisk bakgrund, där människan ses som av naturen aktiv. Delaktighet och aktivitet är centrala begrepp för arbetsterapeutyrket som profession. Målet inom arbetsterapi är att främja individens möjlighet att leva ett värdefullt liv i enlighet med egna önskemål och behov, i förhållande till omgivningens krav.

Arbetsterapeutens roll är att värna om patientens rätt till självbestämmande, det vill säga att arbetsterapeuten grundar sina åtgärder utifrån patientens behov och önskemål (Sveriges arbetsterapeuter, 2016).

Kielhofner (2012) beskriver i sin modell "A Model of Human Occupation", (MOHO), en teoretisk grund som talar om människan ur ett helhetsperspektiv och ger förståelse för hur individen fungerar och vad som påverkar den. Modellen beskriver aspekter som relaterar till aktivitet vilka interagerar med varandra. Dessa aspekter benämns som viljekraft, vanemönster och utförande kapacitet, där även miljön är en faktor som måste beaktas. Arbetsterapeuten arbetar inom beskrivna aspekter, med att ge information och stöd till personer med Parkinsons sjukdom i motoriska färdigheter och processfärdigheter.

Viljekraft innefattar vår motivation att utföra meningsfulla aktiviteter och förklaras som känslor om sin egen förmåga, i förhållande till omgivningen, och omfattar individens självbild, värderingar och intressen. Personer med Parkinson kan ha svårigheter inom viljekraftssystemet på grund av stresskänslighet och kognitiva nedsättningar. Viljekraften kan också begränsas genom att personer som har Parkinson kan ha en upplevelse av att inte längre kunna utföra olika aktiviteter, exempelvis på grund av tremor och ökad stelhet, allteftersom sjukdomen fortskrider. Individens självbild består av tron på sin egen förmåga och hur effektivt den förmågan kan användas för att nå uppsatta mål. Självbilden ger en känsla av kompetens och effektivitet (Kielhofner, 2012). Sturkenboom et al., (2014) visar i sin studie på att arbetsterapi ger en signifikant förbättring av personens upplevelse av aktivitetsutförande i meningsfulla aktiviteter som patienten prioriterat med stöd av Canadian Occupational Performance Measure (COPM) samt en positiv effekt av tillfredsställelse av utförandet av dagliga aktiviteter och på delaktighet i instrumentella aktiviteter. Signifikansen kvarstod även vid utvärdering efter sex månader men minskade över tid. COPM är ett instrument som används för att identifiera och bedöma personens aktivitetsmål (Sveriges Arbetsterapeuter, 2016).

Vanemönster beskrivs som regelbundenhet, rutiner och roller. Vanor uppstår genom att aktiviteten utförs vid upprepade tillfällen. Rutiner och vanor gör vardagen och vår omvärld förutsägbar och trygg. Arbetsterapeuten ger information och stöd till personer med Parkinsons sjukdom i motoriska färdigheter och processfärdigheter. Detta för att individen ska kunna upprätthålla invanda roller och roller i enlighet med egna önskemål, alternativt uppleva hälsa via nya roller och vanor (Kielhofner, 2012). Sturkenboom et al., (2014) skriver att personer med Parkinsons sjukdom kan ha svårigheter att sköta dagliga aktiviteter och att vara delaktiga i sociala sammanhang vartefter sjukdomen progredierar. Författarna beskriver att arbetsterapeutens åtgärder riktar sig mot att stödja delaktighet i det dagliga livet, möjliggöra eller behålla meningsfulla roller samt att optimera aktiviteter inom personlig vård, fritid, hushåll och arbete. Även Radder, Sturkenboom, van Nimwegen, Keus, Bloem och de Vries (2017) tar upp att målsättningen för arbetsterapeutiska insatser är att möjliggöra för personer med Parkinson att kunna vara engagerad i meningsfulla roller och aktiviteter. Samma författare skriver också att arbetsterapeuten kan hjälpa personer med Parkinson att optimera dagsstruktur och rutiner vilket kunde vara en av strategierna för att hantera fatigue.

Utförandekapacitet innefattar hur en individ kan använda sina förmågor i aktivitet. Individens utförandekapacitet är beroende av fysiska och kognitiva förmågor, där

man även beaktar miljöfaktorer. I MOHO beskrivs miljön som de fysiska och sociala delarna, i ett sammanhang, vilka påverkar vilken aktivitet som utförs och på vilket sätt aktiviteten utförs. Den fysiska miljön består av omgivningen och föremål medan den sociala miljön innefattar grupper av människor där individen ingår som en del. Som arbetsterapeut arbetar man nära personens närstående inom åtgärder kopplade till aktivitet och delaktighet (Kielhofner, 2012).

Radder et al., (2017) skriver att en del av de arbetsterapeutiska åtgärderna för personer med Parkinson är att stödja personen till självständigt utförande inom personlig vård, hem- och familjeliv, att kunna röra sig, att utföra ett arbete (betalt eller obetalt) och fritid. Även att stödja vårdgivare vid problem kopplade till patientens dagliga aktiviteter. Behandlingsstrategierna kan bestå utav utbildning eller vara coachande. Det kan handla sig om att lära ut kompensatoriska strategier inom olika aktiviteter (strategier för hur man kan röra sig, kognitiva strategier och inom planering). Det kan även handla om hur man optimerar en dagsstruktur och rutiner eller hur man kan anpassa den fysiska miljön som personen befinner sig i. Miljön kan vara hindrande eller störande för personer med Parkinson vilket kan påverka förmågan att utföra en aktivitet. Samma författare skriver att arbetsterapeuten kan erbjuda råd att ändra i den fysiska miljön. Vanliga råd för en person med Parkinson kan vara att ta bort trösklar, flytta om möbler eller arbetsytor, förbättra ljusförhållanden, optimera höjd av möbler och att använda stödhandtag.

Syfte

Syfte med studien var att beskriva självskattad hälsa och vardagliga aktiviteter hos personer med Parkinson före- och efter multidisciplinär rehabilitering.

Material och metod

Undersökningsgrupp

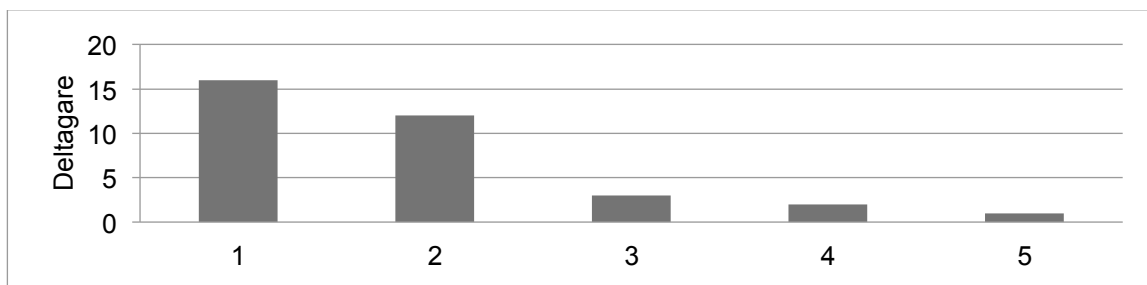
En kvantitativ studie (Kristensson, 2014) har gjorts för att besvara syftet. Inklusionskriterierna för deltagarna i studien, har varit likvärdiga med kriterierna för deltagande i Parkinsonsgrupp.

Inklusionskriterier:

- Personen skall ha Parkinsons sjukdom, misstänkt Parkinson, Parkinsonism eller Parkinsonliknande symtom.
- Personen skall vara inskriven vid en av länets Parkinsonmottagningar.
- Personen skall ha behov av arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska åtgärder och kunna tillgodogöra sig dessa, både individuellt och i grupp.
- Personen skall även ha kognitiva förutsättningar för att kunna delta i gruppen där riktvärden för Mini Mental Test (MMT) är cirka 23 (Folstein,, Folstein,, & McHugh, 1975) eller Montreal Cognitive Assessment (MOCA) är cirka 20 poäng (Dalrymple-Alford et al., 2010).

Klinikens inskrivna Parkinsonpatienter har årligen erbjudits träning i Parkinsongrupp à 10 gånger, under en femveckorsperiod. Grupper har satts samman utifrån deltagarnas aktivitets- och funktionsnivå. Deltagarna har medverkat i varierande antal träningsomgångar, se figur 1. Sammantaget har 41 män och 21 kvinnor deltagit i studien. Medelåldern, beräknat på deltagarnas ålder i samband med deras första deltagande i Parkinson dagrehabilitering, låg på 77 år för män och 75 år för kvinnor. Den yngste deltagaren var 65 år första gången enkäten fylldes i, den äldste 86 år.

Ansvarig Parkinsonsjuksköterska skickade ut SF-12 enkäterna till inbjudna deltagare i Parkinsongruppen inför träningsperioden, för att deltagarna i lugn och ro skulle kunna fylla i enkäten, samt vid behov få stöd av anhöriga. Enkäterna samlades in i samband med första tillfället i Parkinsongruppen. Deltagarna besvarade på nytt SF-12 efter avslutad träningsperiod.



Figur 1. Antal femveckors Parkinson gruppstillfällen som varje person har deltagit i.

Datainsamling

Enkätmaterialen har samlats in under åren 2013-2016, där merparten av materialet kommer från år 2014 och år 2015. Sammanlagt fanns 62 stycken enkäter, ifyllda av de 34 deltagarna, före och efter deltagande i Parkinsongrupp. Ett visst bortfall finns i studien då alla enkäter inte var fullständigt ifyllda. De obesvarade frågorna har funnits inom samtliga hälsoområden. Inget specifikt hälsoområde har utmärkt sig vara mindre ifyllt, oavsett före eller efter deltagande i Parkinson dagrehabilitering.

Hälsoenkäten SF-12 (bilaga 1) har använts, vilket är en kortversion av Short Form 36 Health Survey (SF-36). SF-36 innehåller 36 frågor inom funktions- och välbefinnande (Sullivan, Karlsson, Taft & Ware, 2002). Då ifyllandet av SF-12 var kopplat till hur personen såg på sin hälsa, och fungerade i sitt dagliga liv, just då eller under de senaste fyra veckorna, har ingen hänsyn tagits till om någon varit inskriven i gruppen vid flera tillfällen.

Databearbetning

Analysen av enkätmaterialen SF-12, gjordes med hjälp av Wilcoxon signed-rank och Chi-två-test i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics, SPSS (Wahlgren, 2012). Deltagarnas skattning av upplevd hälsa och vardagliga aktiviteter före- och efter genomgången multidisciplinär Parkinsongrupp analyserades med Wilcoxon signed-rank test, en icke parametrisk analys, som används för jämförelse av grupp vid två

tillfällen. Testet valdes då skalnivån på variablerna ligger inom ordinalskalan, inom fråga 1-3 och 8-12 (bilaga 1), det vill säga avståndet mellan svarsalternativen, hur mycket det skiljer mellan svarsalternativen är oklart inom respektive fråga. Fråga 4-6 (bilaga 1) har analyserats med Chi-två test, ett test vid jämförelse av 2 dikotoma variabler. Oavsett antalet celler i korstabellerna som framkommit vid analysen, har resultatet tagits med i redovisningen, men förutsättningar för att chi-två-test ska vara tillförlitligt är att korstabellen visar noll cell dvs. noll celler har förväntad frekvens mindre än 5 (Wahlgren, 2012).

SF-12:s icke-numeriska variabler översattes inom varje frågeområde till numeriska värden. Samtliga numeriska svarsvariabler, oavsett frågeområde, utgick från att lägsta siffran motsvarande det mest positiva av svarsalternativen, för personen. Detta innebar att fråga nummer två, tre, fyra, fem, sex, sju, elva och tolv gavs omvänd gradering, i samband med analysen, jämfört med i enkäten (tabell 1).

Tabell 1. Frågorna i SF-12

Fråga	Svarsalternativ
1. hälsa i allmänhet	utmärkt=1/mycket god=2/god=3/någorlunda=4/dålig=5
2. hälsans påverkan i aktivitet	ja, mycket begränsad=3/ ja, lite begränsad=2/ nej, inte alls begränsad=1
3. gå i trappa	
4. utträttat mindre i dagliga aktiviteter än önskat på grund av kroppsligt tillstånd	
5. hindrad att utföra vissa aktiviteter på grund av kroppsligt tillstånd	ja =2/nej=1
6. utträttat mindre aktiviteter än önskat, på grund av känslomässiga problem	
7. utfört aktiviteter mindre noggrant, på grund av känslomässiga problem	
8. smärtans påverkan i aktivitet	Inte alls=1/lite=2/måttligt=3/mycket=4/väldigt mycket=5
9. känt lugn och harmoni	
10. upplevelse av energi	
11. känt sig dyster och ledsen	hela tiden=6/största delen av tiden=5/en del av tiden=4/en del av tiden=3/lite av tiden=2/inget av tiden=1
12. möjlighet att umgås	

Etiska överväganden

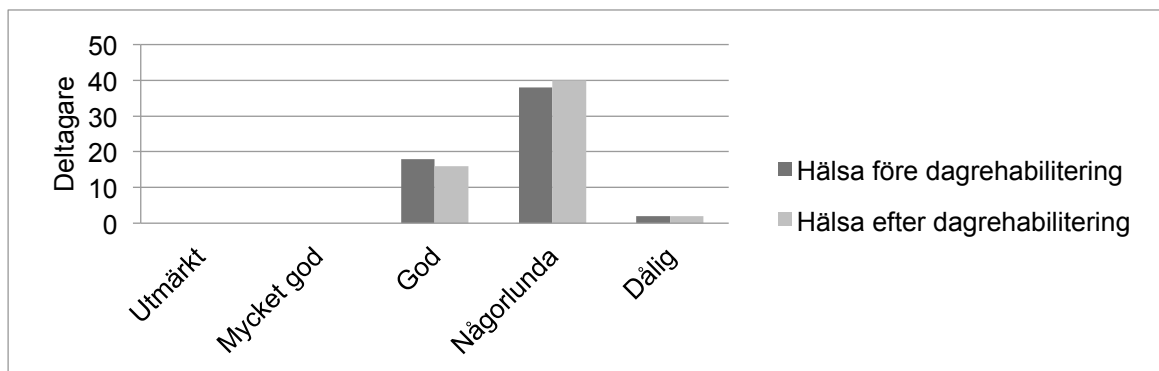
Hälsöghögskolans etiska egengranskning är genomförd och godkänd av handledare. Medgivande, till användandet av SF-12 som utvärderingsinstrument i Parkinsongrupp, har lämnats av klinikens verksamhetschef. Godkännande att använda klinikens insamlade enkäter i examensarbetet har inhämtats från berörd verksamhetschef som också fått ett missiv (Bilaga 2) med information om examensarbetet och dess syfte att utvärdera insamlade enkäter på gruppnivå.

Information som framkommer i studiens resultat kan vara som stöd i kliniken framtida utveckling av verksamheten. Enligt Socialstyrelsens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska insatser från hälso- och sjukvården utvärderas regelbundet (Socialstyrelsen, 2012).

Studien har gjorts på det enkätmaterial som kliniken samlat in mellan åren 2013 till 2016. Enkäterna har förvarats och märkts upp på kliniken på ett sådant sätt att den enskilde deltagaren inte går att identifiera. Deltagarna har inte informerats om deltagande i studien, då materialet var avidentifierat. Materialet märktes endast med år och månad samt initialer och kön på uppgiftslämnaren. Enkätmaterial har under bearbetningsfasen förvarats i låst utrymme. Uppgifter gällande deltagare och berörd klinik, har behandlats konfidentiellt. Kliniken kommer att få del av resultatet.

Resultat

Resultatet bygger på deltagarnas svar via SF-12. Som framgår av figur 2 skattade flertalet av deltagarna sin hälsa som någorlunda, inför och efter dagrehabiliteringsperiod. Ingen deltagare skattade sin hälsa som mycket god eller utmärkt. De flesta av deltagarna, kände sig begränsade i måttligt ansträngande aktiviteter (tabell 2) både före och efter dagrehabilitering.



Figur 2. Upplevd hälsa före och efter deltagande i Parkinson dagrehabilitering (N=58).

Vid Chi 2 test av de dikotoma variablerna i SF 12 sågs en signifikant skillnad mellan deltagarnas skattning före och efter dagrehabilitering. En positivare skattning gjordes efter dagrehabiliteringen gällande utförande av aktivitet och noggrannhet, relaterat till känslomässiga problem såsom t.ex. nedstämdhet eller ängslan, fråga 6 och 7. Även i fråga 4 och 5 (bilaga 1) kunde en signifikant skillnad ses. Deltagarna angav mindre problem i utförandet av arbetsuppgifter eller aktiviteter, relaterat till sitt kroppsliga tillstånd, efter genomförd dagrehabilitering (Tabell 2).

Analysen av fråga 4 och 5 påvisade 1 cell, dvs 1 cell har förväntad frekvens mindre än 5, vilket kan innebära ett icke tillförlitligt resultat (Wahlgren, 2012).

Tabell 2. Resultat från SF 12 före och efter Parkinson dagrehabilitering

	Före/efter (n)	Mått och fördelning före/efter	Min/Max	Jämförelse före/efter ^{3,4} P-värde
Man	41/41			
Kvinna	21/21			
Hälsa (%)				
God		30.6/29.0	3-5	
Någorlunda		62.9/64.5	3-5	
Dålig		3,2/3.2	3-5	
Begränsade (%)	(62)/(62)	98.4/93.5		
Icke begränsade (%)	(62)/(62)	1.6/6.5		
SF-12:				
Hälsa (1-5) ¹	(60)/(60)	4 (3-4)/4 (3-4) ²	3-5/3-5	0,564 ³
Måttligt ansträngande aktiviteter (1-3) ¹	(61)/(62)	2 (2-3)/2 (2-3) ²	1-3/1-3	0,096 ³
Gå uppför flera trappor (1-3) ¹	(58)/(62)	2 (2-3)/2 (2-3) ²	1-3/1-3	0,225 ³
Hur mycket har värk eller smärta stört ditt normala arbete (1-5) ¹	(61)/(62)	3 (3-4)/3 (2.75-4) ²	1-5/1-5	0,422 ³
Har du känt dig lugn och harmonisk (1-6) ¹	(59)/(62)	3 (2-4)/3 (2-4) ²	1-5/1-6	0,095 ³
Har du varit full av energi (1-6) ¹	(60)/(60)	4 (3-5)/4 (3-5) ²	1-6/2-6	1,000 ³
Har du känt dig dystert och ledsen (6-1) ¹	(60)/(60)	2 (2-3)/2 (2-3) ²	1-5/1-4	0,747 ³
Har ditt kroppsliga tillstånd eller känslomässiga problem, stört dina möjligheter att umgås (1-5) ¹	(59)/(62)	2 (1-3)/2 (1-3) ²	1-4/1-4	0,865 ³
Uträttat mindre än du skulle önskat, kroppsligt tillstånd (nej)	(62)/(61)	16.4%/21.8%	1-2/1-2	0.000 ^{4,5}
Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller aktiviteter (nej)	(58)/(59)	16.4%/21.8%	1-2/1-2	0.000 ^{4,5}
Uträttat mindre än du skulle önskat, känslomässigt (nej)	(60)/(61)	16.4%/21.8%	1-2/1-2	0.000 ^{4,6}
Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt (nej)	(58)/(59)	41.1%/51.8%	1-2/1-2	0.000 ^{4,6}

¹Lägsta siffran motsvarar de mest positiva svarsalternativen

²Median och kvartilavstånd (q1-q3) för variabler med fler än två svarsalternativ

³Jämförelse över tid (före/efter) med Mann-Whitney; p-värde redovisas

⁴Jämförelse över tid (före/efter) med Pearson χ^2 ; χ^2 (p-värde) redovisas

⁵1 cell (25%) har förväntad frekvens mindre än 5, och p-värdet är därmed inte tillförligt.

⁶0 cell (0%) har förväntad frekvens mindre än 5.

Diskussion

Metoddiskussion

Studien har grundats på de Hälsoenkäter, SF-12, som fyllts i av deltagare i samband med Parkinson dagrehabilitering på aktuell klinik. För att få ett så stort material som möjligt har samtliga enkäter tagits med i analysen trots att enstaka frågor inte var besvarade. Där av varierar antalet deltagare som besvarat frågorna inom varje hälsoområde, mellan 58-62 stycken. Författarna har inte haft någon kontakt med deltagarna i Parkinson dagrehabiliteringsgruppen. I detta fall har enkäten fyllts i hemma, vilket kan underlätta för berörda, att få tid på sig och att kunna sitta vid i lugn och ro. Anhöriga kan ha varit en resurs vid ifyllandet men behovet av stöd kan inte fastställas. Parkinsons sjukdom blir allt vanligare med stigande ålder (de Lau & Breteler, 2006) och är en progredierande sjukdom där kognitiva förmågor är en av många faktorer som påverkas (Weintraub, Comella & Horn, 2008). Om kognitiva nedsättningar har funnits bland deltagarna vet vi inte och därmed inte om svaren i enkäten har påverkats på grund av detta. Enkätmaterialen var insamlade under en 3-årsperiod under vilken en försämring av symtom kan ha skett, med tanke på att deltagarna har en progressiv sjukdom (Weintraub, Comella & Horn, 2008). Detta kan ha påverkat resultatet, dvs. aktivitet och upplevelse av hälsa, tillsammans med den högre medelåldern.

En svensk version av SF-36 har testats för validitet och reliabilitet, vilket påvisats i studier (Sullivan, Karlsson, Taft & Ware; 1995, 2002). Enligt Hagell och Westergren (2011) har dock SF 36 inte funnits vara valid vid neurologiska sjukdomar såsom Parkinsons sjukdom. De konstaterar vidare att SF-12 kan vara användbart som mått på generell hälsa vid Parkinsons sjukdom. Eftersom det inte är helt klart vad SF-12s olika värden representerar i förhållande till aktuell målgrupp kan dess användning i samband med utvärdering av specifika utfall ifrågasättas. Samma författare anser därför att SF-12 är ett bedömningsinstrument snarare än ett mätinstrument vid Parkinsons sjukdom.

Under examensarbetets gång uppkom fundering kring varför aktuell klinik använt SF-12 som utvärderingsinstrument då det upplevdes något grovt. Frågeställning fanns om någon förändring skulle kunna ses eftersom det endast var fem veckor mellan de båda skattningarna, innan och efter träningsperiod. I nio av frågorna skulle svaret relateras tillbaka till de senaste fyra veckorna vilket innebar att de endast hunnit delta vid ett träningstillfälle. Det kan också ifrågasättas om två träningstillfällen per vecka under 5 veckor är tillräckligt intensiv träning för att kunna påverka deltagarnas skattning av hälsa och utförande av vardagliga aktiviteter. Nyare studier visar vikten av att Parkinsonpatienten behöver en intensiv rehabilitering, (Radder et al., 2017; Ferrazzoli et al., 2018). Sturkenboom et al., (2014) använder i sin studie bedömningsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure(COPM) (Sveriges Arbetsterapeuter, 2016), ett resultatmått av dagliga aktiviteter. Det visar vid studiens 3- och 6 månaders uppföljning signifikant förbättring i det självupplevda utförandet och tillfredställelsen av utförandet i prioriterade aktiviteter. EQ5D (Rabin & de Charro, 2001) tas upp av författarna för skattning av livskvalité, ett standardiserat instrument för att mäta och beskriva hälsa och hälsorelaterad livskvalitetet.

Resultatdiskussion

Syfte med studien var att beskriva självskattad hälsa och vardagliga aktiviteter hos personer med Parkinson före och efter multidisciplinär rehabilitering. Resultatet som framkommit i analysen kan inte kopplas till dagrehabiliteringens upplägg och innehåll. Träningen utfördes i grupp och inte alltid specifikt utifrån den enskildes behov utan träningen var mer av generell karaktär. Inom hälsoområdet ”uträttat mindre än du skulle önskat, känslomässigt”, kunde en positiv skillnad ses på gruppnivå. Vi vet inte om det är en specifik insats från en eller flera av teammedlemmarna eller om det är gruppen i sig som är en framgångsfaktor till att studien visar positivt resultat inom det känslomässiga hälsoområdet.

Resultatet sammanfaller med de tankar som har funnits under arbetets gång, dvs. att delta i gruppsammanhang kan ge en positiv känslomässig effekt, att befinna sig i ett socialt sammanhang och bli sedd för den man är. Mötet med personer med samma diagnos och ett team med god kunskap om sjukdomen kan skapa trygghet och möjlighet att kunna träna efter egen fysisk och psykisk förmåga. Det multidisciplinära teamets insatser är viktigt för att kunna leva ett så oberoende liv som möjligt (Giladi, Manor, Hilel & Gurevich, 2014). Domäner som även kan förklaras med stöd av Kielhofners (MOHO) viljesystem, vanesystem och utförandesystem (Kielhofner, 2012).

Det positiva med att delta i en grupp kan beskrivas med begreppen ”doing”, ”being”, ”belonging” och ”becoming” som används av Wilcock och Hocking (2015). Patienten deltar utifrån eget intresse (being) i samtal och aktiviteter på dagrehabiliteringen (doing). Hen kanske är en person som är isolerad och har svårt att komma ut i sociala sammanhang, här kan gruppen ses som ett verktyg. Gruppen kan ge möjlighet att uppleva tillhörighet med personer som är i en liknande situation. Genom att känna grupp tillhörighet och uppleva gemenskap (belonging) och som resultatet visar, kan patienten känna en positiv känsla (becoming). Vi tycker oss kunna se att det finns positiva aspekter med gruppverksamhet utifrån det sociala perspektivet samt att delta i grupp också kan stärka självbilden som Kielhofner (2012) beskriver (viljesystemet) som tron på sin egen förmåga och hur effektivt den förmågan kan användas för att nå uppsatta mål. Självbilden ger en känsla av kompetens och effektivitet och på så vis bidra till ökad motivation till träning.

De nationella riktlinjerna för Parkinson lyfter tillgången till ett multidisciplinärt team där åtgärder ska planeras och genomföras med den enskilda personens behov (Socialstyrelsen, 2016). Gruppbehandling tas inte upp i riktlinjerna men de enskilda åtgärderna skulle kunna ges individuellt i grupp och på så vis tillvarata det positiva med gruppen som arbetsform.

Under tidsperioden som enkäterna samlades in fanns inga nationella riktlinjer framtagna, som påvisade vilka rehabiliteringsinsatser som Parkinson patienter borde erbjudas. Idag erbjuds i större utsträckning specifik träning i enlighet med riktlinjerna. Vi vet inte om resultatet skulle blivit annorlunda med de nya riktlinjerna som stöd för åtgärder. Fortsatt forskning behövs för att påvisa vilket arbetssätt som är bäst, då det idag finns olika sätt att organisera teamarbetet på och förekomsten av multidisciplinära team skiljer sig på regional nivå (Socialstyrelsen, 2016). Nyare studier visar vikten av att Parkinsonpatienten behöver en intensiv rehabilitering (Radder et al., 2017; Ferrazzoli et al., 2018) med en individuell behandlingsplan

integrerat i ett multiprofessionellt team (Ferrazzoli et al., 2018). I den intensiva rehabiliteringen ges personer med Parkinson möjlighet att träna (förbättra eller behålla förmåga) utförandet i meningsfulla aktiviteter valda av personen själv, som beskrivs av Kielhofner (2012) i utförandesystemet. Ferrazzoli (2018) tar upp att insatser av det multidisciplinära teamet kan förbättra livskvaliteten för Parkinsonpatienter på både kort och lång sikt, kvarstående effekt kunde ses vid 3-månaders uppföljning.

SF 12 som bedömningsinstrument ger inte information om deltagarnas subjektiva upplevelse av att delta i Parkinson dagrehabiliteringsgrupp. Det hade varit intressant att utifrån ett kvalitativt angreppssätt till exempel en fokusgrupp, fått deltagarnas egna ord på upplevelsen av hur Parkinson dagrehabilitering påverkat deras hälsa och vardagliga aktiviteter. Det kvantitativa angreppssättet gav inte något tydligt svar mot uppställt syfte utan gav en grov information på gruppnivå.

Betydelse för arbetsterapi

Enkätstudien grundar sig på SF-12, ett bedömningsinstrument som ger en generell information om individens upplevda hälsa. Arbetsterapeutens roll i dagrehabiliteringsteamet kan inte specificeras vare sig mot den enskilde personen eller på gruppnivå. Inga specifika arbetsterapeutiska instrument har använts, för att fånga upp personens särskilda behov och för en personcentrerad målsättning. Nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2016) trycker på ett personcentrerat arbetssätt. Genom att använda mer specifika arbetsterapeutiska bedömningsinstrument exempelvis Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Sveriges arbetsterapeuter, 2016) skulle personens behov kunna tas tillvara på ett mer strukturerat sätt och tydliggöras i individuell rehabiliteringsplan.

I Holland har arbetsterapeutiska riktlinjer tagits fram för att förbättra omhändertagandet av Parkinson patienter, målet är bättre delaktighet i dagliga aktiviteter och därmed minskat behov av stöd vilket i sin tur leder till ökad livskvalitet (Sturkenboom, 2014). Finns det behov av svenska arbetsterapeutiska riktlinjer för att förbättra omhändertagandet av personer med Parkinson? Kommer vi in i rätt tid? Sturkenboom (2014) hänvisar till att arbetsterapeutens preventiva åtgärder inte används fullt ut. Forskning som gjorts i Storbritannien visade att den genomsnittliga tiden för första kontakten med arbetsterapeuten var 6 år. Fler studier behövs för att förstå de faktorer som ger framgångsrika åtgärder och hur implementering ska ske samt för att förstå effekten av arbetsterapeutens insatser för personer med Parkinson och vilka personer som är mest hjälpta av arbetsterapi (Sturkenboom, 2014).

Slutsatser

Studiens syfte, var att beskriva självskattad hälsa och vardagliga aktiviteter hos personer med Parkinson före och efter multidisciplinär rehabilitering. Deltagarna skattade inte sin hälsa annorlunda efter Parkinson dagrehabilitering, jämfört med hur de skattade inför rehabiliteringsperiod. Inom de vardagliga aktiviteterna upplevde deltagarna sig mindre begränsade på grund av känslomässiga problem efter

deltagande i Parkinson dagrehabilitering. Därutöver kunde ingen statistisk skillnad påvisas, det vill säga att deltagandet i Parkinson dagrehabilitering skulle leda till ökad självskattad hälsa eller att de vardagliga aktiviteterna blev mindre begränsade.

Utifrån studiens utfall på gruppnivå kanske SF-12 inte är rätt utvärderingsinstrument för verksamheten. SF-12 ger endast ett grovt mått på upplevd hälsa. Hur dagrehabiliteringsgruppens upplägg och specifika insatser påverkat resultatet kan inte påvisas, inte heller om tidsperspektivet mellan ifyllandet av enkäterna spelat någon roll för resultatet. Det kvantitativa angreppssättet gav inte något tydligt svar mot uppställt syfte utan endast en grov information på gruppnivå.

Referenser

Dalrymple-Alford, J., MacAskill, M., Nakas, C., Livingston, L., Graham, C., Crucian, G., ..., Anderson, T. (2010). The MoCA. Well-suited screen for cognitive disease. <https://doi.org/10.1212/WNL.obo13e3181fc29c9>

de Lau, L., & Breteler, M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet neurol*, 5(6), 525-535. doi: 10.1016/s1474-4422(06)70471-9

Eker, C. (2007). Parkinsons sjukdom: värt att veta: för dig med parkinson, för närstående, och för vårdare. Piteå: Svenska parkinsonstiftelsen.

Ferrazzoli, D., Ortelli, P., Zivi, I., Cian, V., Urso, E., Ghilardi, M., . . . Frazzitta, G. (2018). Efficacy of intensive multidisciplinary rehabilitation in Parkinson's disease: A randomised controlled study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 9 January 2018.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975) Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12:189-198.

Gage, H., Ting, S., Williams, P., Bryan, K., Kaye, J., Castleton, B., . . . Wade, D. (2011). A comparison of specialist rehabilitation and care assistant support with specialist rehabilitation alone and usual care for people with Parkinson's living in the community: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12, 250. doi: 10.1186/1745-6215-12-250

Giladi, N., Manor, Y., Hilel, A., & Gurevich, T. (2014). Interdisciplinary Teamwork for the Treatment of People with Parkinson's Disease and Their Families. *Curr Neurol Neurosci Rep* (2014) 14:493. Doi 10,1007/s11910-014-0493-1

Hagell, P., & Westergren, A. (2011). Measurement properties of the SF-12 Health Survey in Parkinson's disease. *Journal Of Parkinson Disease*, 1(2), 185-196.

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation : teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur

Mamikonyan, E., Moberg, P., Siderowf, A., Duda, J., Have, T., Hurtig, H., . . . Weintraub, D. (2009). Mild cognitive impairment is common in Parkinson's disease patients with normal Mini-Mental State Examination (MMSE) scores. *Parkinsonism Relat Disord*, 15(3), 226-231. doi: 10.1016/j.parkreldis.2008.05.006

Martinez-Martin, P., Rodriguez-Blazquez, C., Kurtis, M., & Chaudhuri, K. (2011). The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*, 26(3), 399-406. doi: 10.1002/mds.23462

Monique, L., Giroux, M. & Sierra Farris, P. (2008). Treating Parkinson's disease: the impact of different care models on quality of life. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, Jan-March, 2008, Vol.24(1), p.83(7) [Peer Reviewed Journal]

Monticone, M., Ambrosini, E., Laurini, A., Rocca, B., & Foti, C. (2015). In patient multidisciplinary rehabilitation for Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Movement Disorders*, 30(8), 1050-1058.

Rabin, R. & de Charro, F. (2001). EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *The Finnish Medical Society Duodecim, Ann Med* 2001; 33: 337-343

Radder, D., Sturkenboom, I., Van Nimwegen, M., Keus, S., Bloem, B., & De Vries, N. (2017). Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease. *International Journal of Neuroscience*, 127(10), 930-943.

Socialstyrelsen (2012). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 7 februari 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/ledningssystem>

Socialstyrelsen (2016). *Nationella riktlinjer för multipel skleros (MS) och parkinson*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 7 februari 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjersochparkinsonssjukdom>

Stocchi, F., Martínez-Martin, P. & Reichmann, H. (2014). Quality of life in Parkinson's Disease – Patient, Clinical and Research Perspectives. *European Neurological Review*, 9(1), 12-17. DOI: 10.17925/ENR.2014.09.01.12.

Sturkenboom, I., Graff, M., Hendriks, J., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B., & Nijhuis-van der Sanden, M. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomised controlled trial. *Lancet Neurology*, 13, 557-566.

Sveriges Arbetsterapeuter. (2016). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Hämtad 18 juni, 2018, från <https://www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/Forbundets-forlag/Canadian-Occupational-Performance-Measure-COPM---manual--2016/>

Sveriges Arbetsterapeuter. (2016). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter. Hämtad 18 juni, 2018, från <https://www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/Forbundets-forlag/Etisk-kod-for-arbetsterapeuter-FSA-2012/>

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

Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware Jr, J. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey—I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social science & medicine*, 41(10),

1349-1358.

Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Weintraub, D., Comella, C., & Horn, S. (2008). Parkinson's disease--Part 1: Pathophysiology, symptoms, burden, diagnosis, and assessment. *Am J ManagCare*, *14*(2 Suppl), S40-48.

Wilcock, A. & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health*. (3. ed.) Thorofare, N.J.: Slack.

Bilagor

Bilaga 1

1

	Utmärkt	Mycket god	God	Någorunda	Dålig	
1. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är Du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter <u>nu</u> ? Om så är fallet, hur mycket?						
		Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad		
2. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogspromenader eller trädgårdsarbete		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Gå uppför flera trappor		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av Ditt kroppsliga hälsotillstånd?						
		Ja	Nej			
4. Uträttat mindre än Du skulle önskat		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
5. Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av känslomässiga problem (som t ex nedstämdhet eller ångslan)?						
		Ja	Nej			
6. Uträttat mindre än Du skulle önskat		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
7. Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
8. Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , hur mycket har <u>värken eller smärtan</u> störst Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det <u>under de senaste fyra veckorna</u> . Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du känt Dig.						
Hur stor del av tiden under <u>de senaste fyra veckorna</u> ...	Hela tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
9. ...har Du känt dig lugn och harmonisk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ...har Du varit full av energi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ...har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Under de <u>senaste fyra veckorna</u> , hur stor del av tiden har <u>Ditt kroppsliga hälsotillstånd</u> eller <u>Dina känslomässiga problem</u> störst Dina möjligheter att umgås (t ex hälsa på släkt, vänner, etc)?	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Missiv

Utvärdera självskattad hälsa och aktivitetsförmåga efter multidisciplinär rehabilitering för personer med Parkinsons sjukdom

Enligt Socialstyrelsens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ska insatser från hälso-och sjukvården utvärderas regelbundet. Det är av stor betydelse att kunna använda hälsoenkäterna SF12 i gruppssammanhang för framtida utveckling av verksamheten. Det aktuella examensarbetet har som syfte att utvärdera självskattad hälsa och aktivitetsförmåga av multidisciplinär rehabilitering för personer med Parkinsons sjukdom.

För att kunna utföra en statistisk analys av de insamlade hälsoenkäterna från SF12 kommer materialet att bearbetas med hjälp av dataanalysprogrammet *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Analysen kommer att göras på gruppnivå med möjlighet att se på utfall vad som skiljer mätningen före- respektive efter deltagande i den multidisciplinära rehabiliteringen för Parkinsonpatienter. Utfallet av analysen kommer att jämföras och diskuteras utifrån det innehåll som finns i den multidisciplinära rehabiliteringen.

Jag läser sjätte terminen på Arbetsterapeutprogrammet vid Hälsohögskolan i Jönköping och ska under denna termin skriva ett examensarbete. Jag söker därför klinikens medgivande om att få ta del av det redan insamlade material som finns från personer som fyllt i hälsoenkät SF12, i samband med deltagande vid klinikens multidisciplinära rehabilitering, för personer med Parkinsons sjukdom.

Alla uppgifter som framkommer genom examensarbetet om kliniken, kommer att behandlas konfidentiellt.

Kliniken kommer efter avslutat examensarbete att erbjudas ta del av resultatet.

För ytterligare upplysningar om det aktuella examensarbetet står jag gärna till förfogande.

Med vänliga hälsningar

Christina Josefsson Gisler

Områdeschef/leg. Arbetsterapeut
Mobil: 076-723 48 09
E-post: christina.josefsson.gisler@rjl.se

Handledare: Sofi Fristedt
Tfn: 036-10 12 69
E-post: sofi.fristedt@ju.se