

# **Aktivitet och psykosocial funktion efter multidisciplinär rehabilitering – uppföljning vid utskrivning, efter åtta veckor och efter ett år**

Författare:  
Elisabeth Persson  
Rönnbärigränden 5  
224 56 Lund

Projektarbete vid kurs i ergonomi, rehabilitering, kvalitetssäkring och projektmetodik för sjukgymnaster och arbetsterapeuter, Arbetslivsinstitutet/ Karolinska institutet 2004/2005

Handledare:  
docent Kristina Schöldt Ekholm



KAROLINSKA INSTITUTET  
Avdelningen för Rehabiliteringsmedicin  
Institutionen för Folkhälsovetenskap

## **Förord**

Föreliggande arbete har utförts som projektarbete vid Arbetslivsinstitutets och Karolinska institutets utbildning av sjukgymnaster och arbetsterapeuter 2004/2005. Ämnesansvariga kursledare var professor Kristian Borg och professor Ewa Wigaeus Tornqvist. Arbetet har utförts vid Rehabcentrum Lund-Orup, sektionen för smärta och fysikalisk medicin.

Handledare har varit docent Kristina Schüldt Ekholm, avdelning för Rehabmedicin, Karolinska Institutet.

Undertecknad står ensam som ansvarig för innehållet i rapporten. Detta innebär att Arbetslivsinstitutet och Karolinska Institutet inte ansvarar för innehållet i rapporten.

Rehabcentrum Lund-Orup, sektionen för smärta och fysikalisk medicin

Elisabeth Persson  
Leg Arbetsterapeut

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	<b>Sida</b>
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>SYFTE</b>	2
<b>METOD OCH MATERIAL</b>	2
<u>Design</u>	2
<u>Intervention/rehabiliteringsprogrammets utformning</u>	2
<u>Använda utvärderingsinstrument</u>	3
Mätning av självvalda betydelsefulla aktiviteter	3
Mätning av psykosocial funktion	3
<u>Procedur</u>	4
Undersökningsgrupp	5
Bortfall	6
Statistisk analys	6
Etik	6
<b>RESULTAT</b>	7
<u>Skattning av aktivitetsutförande samt kliniska och demografiska variabler</u>	7
<u>Skattning av psykosocial funktion</u>	9
<b>DISKUSSION</b>	12
<u>Diskussion av metod</u>	12
<u>Diskussion av resultat</u>	12
<b>SLUTSATS</b>	14
<b>REFERENSER</b>	15

## *Sammanfattning*

*Långvarig smärta medför ofta konsekvenser både för den enskilda individen, för dess omgivning och samhället. Multidisciplinära rehabiliteringsprogram har visat på goda resultat för denna patientgrupp jämfört med monoterapi. Syftet med denna undersökning var att -utvärdera upplevt aktivitetsutförande, - förändringar av psykosociala funktioner omedelbart efter interventionen, åtta veckor efteråt samt efter ett år och att undersöka om dessa mått påverkades av demografiska och kliniska variabler. I studien deltog 287 patienter med långvarig smärta (56 män och 229 kvinnor), genomsnittsåldern var 40 år, 168 patienter (67%) var helt sjukskrivna, 49 (19,7%) var sjukskrivna på deltid och 38 (13%) var ej sjukskrivna före deltagandet i ett multidisciplinärt rehabiliteringsprogram som pågick under åren 2001-2002. Patienternas diagnoser fördelade sig på sena besvär efter halsryggsdistorsion (25%), fibromyalgi eller myalgi (33%), ryggsmärtor (18%) och övriga smärttillstånd (19%). Mätning av aktivitetsutförande gjordes med instrumentet Canadian Occupational Performance Measure, COPM, och de psykosociala funktionerna med Multidimensional Pain Inventory, MPI. Resultatet visade på positiva förändringar i upplevt utförande och tillfredsställelse av aktivitetsutförande vid utskrivningen, 8 veckor efter och ett år efter rehabiliteringen. Utifrån de demografiska variablerna fanns endast skillnad mellan de olika sjukskrivningsgrupperna vid förändringar på COPM. De som ej var sjukskrivna ökade mest i COPM efter 1 år. Patienterna skattade mindre smärtintensitet, mindre livsstörning, ökad kontroll samt mindre känslomässig störning ett år efter rehabiliteringsprogrammet. Hur patienterna skattade på fem av delskalorna på MPI vid ett års uppföljningen hade betydelse för om det fanns förändringar i COPM utförande skala ett år efter rehabiliteringen.*

*Konklusion: Det är ett viktigt utvärderingsmått med klientcentrerade metoder, så som COPM, vid uppföljning av effekter av smärtrehabilitering.*

## BAKGRUND

The International Association for the Study of Pain (IASP), definierar smärta som; en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse associerad till aktuell eller hotande vävnadsskada, eller beskrivs i termer av sådan skada [1]. Smärta kan beskrivas på olika sätt genom t.ex. smärtduration; akut, kronisk eller långvarig och IASP har föreslagit att man benämner den kronisk efter ca 3 månaders smärtduration [2]. Termen kronisk ger dock intrycket av att smärtan är obotbar och inte går över vilket inte alltid är fallet, därför rekommenderar man att man benämner den kroniska smärta för långvarig i stället [3]. Långvarig smärta påverkar individen och samhället både genom mänskligt lidande p.g.a smärtans konsekvenser och genom ekonomiska kostnader både för individen som drabbas, dess omgivning och för samhället.

Eftersom långvarig smärta är ett vanligt problem och därmed kostsamt både för individerna som drabbas och för samhället [4, 5] är det av största vikt att utvärderingar av behandlingar görs. Av nyblivna förtidspensioner beror cirka 40 % och av långtidssjukskrivna (>60 dagar) beror cirka 35 % av sjukskrivningarna på problem relaterade till rörelseorganen [6, 7]. I Socialstyrelsens [3] utredning av smärtbehandling säger man att internationella erfarenheter entydigt talar för att ett multidisciplinärt arbetssätt har stora fördelar jämfört med monoterapi. Behandlingen och rehabiliteringen bör ofta inriktas både mot smärttillståndet i sig (smärtekärnan) och mot dess konsekvenser. En stor del av rehabiliteringen vid långvarig smärta går ut på att patienten ska återfå kontrollen över sitt liv. Det vill säga att få kunskap om hur att hantera smärtan och hjälp att återfå en balanserad aktivitetsnivå, som överensstämmer med personernas fysiska, psykiska och sociala kapacitet i förhållande till omgivningens och egna krav [3]. Utvärderingar av smärthanteringsprogram och multidisciplinära kognitivt inriktade program har gjorts och man har visat att dessa alternativ ger effekter på olika sätt [4, 8, 9].

Man har sett att prevalens för självupplevda hinder att utföra aktiviteter i vardagen, hos personer med långvarig smärta, är stor. Arbetsterapeutiska interventioner för personer med långvarig smärta kan kategoriseras i olika områden; utbildning och stresshantering, beteendeterapeutiska interventioner, gruppaktiviteter, sätta realistiska mål för aktivitetens utförande och bedöma orsaker till svårigheter att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Andra viktiga interventioner med arbetsterapeutisk metod är att träna aktivitetens tolerans det vill säga träna patienterna att hitta en fungerande aktivitetsbalans så kallad "pacingträning", samt att göra yttre anpassningar vid behov [10, 11]. En modell som beskriver hur man kan se på utförande av aktivitet finns i "the Canadian Model of Human Occupation" [12]. Människan ses här som försedd med fysiska, känslomässiga och kognitiva komponenter med en kärna av *spirituality* som påverkar aktivitetsutförandet. Omgivningen omfattar fysiska, sociala, kulturella och institutionella element och aktiviteter delas in i personliga dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. För genomförande av aktivitet och analyser som arbetsterapeuten tillsammans med patienten gör av problem i aktivitetsutförandet, måste hänsyn tas till individens förmågor, miljöns utformning samt hur aktiviteterna i sig utförs enligt denna modell. Det är viktigt att visa på effekten av arbetsterapeutiska interventioner i smärthanteringsprogram och att utveckla kriterier för när arbetsterapi bör tillhandahållas [10].

De komponenter som beskrivs i den Internationella Klassifikationen av Funktionstillstånd [13] angående funktionshinder är; kroppens funktioner och struktur, aktivitet och delaktighet. Aktivitet definieras som en persons utförande av en uppgift eller handling och aktivitetsbegränsningar är svårigheter som en person kan ha vid utförandet av aktiviteter enligt ICF. Arbetsterapeuters kunskapsområde handlar om att bedöma och göra interventioner för att bibehålla/förbättra patienters aktivitetsförmåga. En mängd olika instrument och

observationsmetoder är utvecklade av arbetsterapeuter för att göra bedömningar avseende personens förmåga att utföra aktiviteter. Ett sådant instrument är Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

En utvärdering av förändringar i patientens upplevda aktivitetsförmåga (n=188), i samband med ett smärthanteringsprogram, och hur dessa förändringar relaterar till andra faktorer har tidigare publicerats [14]. Slutsatsen av den studien var att förändringar i aktivitetsutförande, psykologiskt välbefinnande samt psykosocial funktion är av relevans för utvärdering av smärthanteringsprogram. När man undersökt förändringar av livskvalité efter smärthanteringsprogram (n=38) har man kunnat visa en positiv utveckling avseende livskvalitet över tid, samt att kvinnor skattade sin livskvalité högre än männen [15]. Man har också visat att den mest påfallande effekten efter ett liknande behandlingsprogram var ökad upplevd energi och ökad hälsorelaterad livskvalité. Ett år efter denna rehabiliteringen hade 74% (25 av 34) återgått till arbete. Gruppen följdes 2-4 år efter interventionen och det var en signifikant skillnad i arbetsåtergång i behandlingsgruppen jämfört med en referensgrupp [16]. Det är av vikt att se hur olika förändringar relaterar till varandra dels för att få effektiva utvärderingsinstrument men också för att designa smärthanteringsprogram efter de behov som finns och efter de faktorer som visar sig ha betydelse för patienterna. Några sådana viktiga faktorer är aktivitetsförmåga, fysisk förmåga och psykosocial funktion. Eftersom aktivitet klassas som en viktig komponent för hälsa av ICF bör man undersöka om interventioner påverkar patienters upplevda aktivitetsutförande och tillfredsställelse med detta även lite mer långsiktigt. Det är också av vikt att relatera ovanstående faktorer till andra variabler som anses betydelsefulla vid utvärdering av rehabilitering som t.ex. kön, ålder, diagnos, etnisk bakgrund, civil stand samt arbetsförmåga och upplevd smärta. Psykosociala faktorer och förändringar av dessa har också relevans i sammanhanget.

## **SYFTE**

Syftet med detta arbete var att undersöka om patienternas upplevda aktivitetsförmåga förändrades efter rehabiliteringen, 8 veckor efter intervention samt efter 1 år och även att se hur eventuella förändringar på aktivitetsutförandet relaterades till psykosocial funktion. Dessutom studerades hur aktivitetsförmågan relaterades till de demografiska och kliniska faktorerna.

## **METOD OCH MATERIAL**

### **Design**

Föreliggande studie har en pretest-posttest-design och bygger på ett retrospektivt datamaterial som inhämtades vid fyra olika mättillfällen, med start 2001-2002. Urvalet gjordes konsekutivt.

### **Intervention/rehabiliteringsprogrammets utformning**

Interventionen gjordes vid en Rehabiliteringsmedicinsk klinik där man bl.a. arbetar med kognitivt inriktad behandling av personer med långvarig benign smärta, i grupp i ett smärthanteringsprogram. Syftet med smärthanteringsprogrammet var bl.a. att patienterna skulle hitta gynnsammare sätt att hantera smärta och smärtans negativa konsekvenser, att kunna vara aktiva i vardagliga aktiviteter inom personlig vård, boende, arbete och fritid samt att öka förståelse för hur tankar och känslor påverkar förmågan att hantera långvarig smärta utifrån den livssituation man befinner sig i. Smärthanteringsprogrammet pågick under 5 veckor med samtidigt intag av patienterna som deltog i träning 5-7 timmar/dag under 5 veckor. Träningen/behandlingen gjordes av två team med arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog och sjukgymnast i varje team och 9 patienter/team. Träningen skedde individuellt i grupp med kunskapsförmedling och teoriavsnitt omfattande bl.a.; förklaringsmodeller varför

smärtan blir långvarig, hur smärta kan påverkas (grindteorin), sensitiseringsbegreppet, kunskap om kroppen och muskelsystemet, ergonomi, samband mellan smärta och aktivitetsutförande, försäkringssystemets utformning och individens skyldigheter och rättigheter, stress och behandlingsmetoder mot smärta bl.a. medicinens verkningsmekanismer. Det ingick även samtalsgrupp med fokus på den kognitiva modellen (tanke-känsla-handling), kunskapsförmedling om bl.a. samband mellan smärta-stress, kommunikationsmodeller, sömnhygien samt diskussioner utifrån deltagarnas behov utifrån konkreta exempel i vardagen. Övriga moment var anhörigträff, avspänningsträning, basal kroppskännedomsträning, konditionsträning, ergonomisk praktisk tillämpning och s.k. pacingträning. Pacingträning går ut på att moderera aktivitetsutförandet genom korta viloperioder, att bryta ner en aktivitet i mindre delar, att utföra aktiviteter sakta och stabilt, att distrahera smärta genom att träna att fokusera på den aktivitet man utför i stället för på smärtan [17]. Arbetsplatsbesök gjordes vid behov och möte med försäkringskassätjänsteman, arbetsgivare, anhörig eller andra berörda parter gjordes vid utskrivningen.

8 veckor efter avslutad rehabilitering kom patienterna in på en uppföljning då vissa utvärderingsfaktorer skattades. Dokumentation gjordes såväl under programmet som vid uppföljning. Systematisk insamling av data angående demografiska variabler (kön, ålder, etnisk bakgrund, civilstånd, utbildningsnivå och sjukskrivningsgrad), samt variabler som diagnos, upplevd förändring av aktivitetsutförande, tillfredsställelse med utförandet och upplevd psykosocial funktion gjordes.

### **Använda utvärderingsinstrument**

De instrument som användes för utvärdering i denna undersökning var: upplevt utförande och tillfredsställelse med utförandet av betydelsefulla aktiviteter, som mättes med Canadian Occupational Performance Measure (COPM) samt upplevd psykosocial funktion, som mättes med Multidimensional Pain Inventory (MPI).

### **Mätning av självvalda betydelsefulla aktiviteter**

Den svenska versionen av COPM [18] användes för att skatta självupplevd aktivitetsförmåga och tillfredsställelse med aktivitetsförmågan. COPM har validerats som ett utvärderingsinstrument och visats vara känsligt för förändringar över tid [19]. Instrumentet används som en semistrukturerad intervju och ger upp till fem betydelsefulla aktiviteter som patienten identifierar. Betydelsen av aktiviteterna, för patienten, liksom självupplevt utförande och tillfredsställelse med utförandet av aktiviteten, skattas på en skala från 1-10, där 10 är det mest positiva. Patienten väljer sen upp till fem aktiviteter som han/hon vill förbättra. Aktiviteterna klassificeras under subgrupperna personlig vård, produktivitet och fritid. Efter intervention görs sedan en uppföljning där patienten åter skattar hur han/hon upplever sig klara att utföra aktiviteterna och hur nöjd han/hon är med utförandet. Vid uppföljningarna användes en enkät (bilaga 1) som patienten fyllt i. Det har visats att COPM ger relevant information till en bedömnings- och interventionsprocess [20]. Instrumentet har acceptabel test-retest reliabilitet [21]. Undersökning med enkät i stället för intervju (n=21) vid uppföljning av upplevd aktivitetsutförande har visats vara tillförlitligt [22].

### **Mätning av upplevd psykosocial funktion**

Psykosocial funktion mättes med Multidimensional Pain Inventory (MPI) [23]. MPI består av 52 påståenden, med en sjugradig skala (0-6). Instrumentet täcker psykosociala aspekter om smärtupplevelse; smärtintensitet, livs störning, upplevd kontroll, känslomässig störning samt socialt stöd (5 delskalor), frekvens av beteenden från närstående som "svar" på smärta, (3 delskalor), samt utförande av dagliga förutbestämda aktiviteter (4 delskalor) som kan

sammanställas till en allmän aktivitetsnivåskala [24, 25]. Skalstrukturen för MPI var ursprungligen utvärderad genom faktoranalys teknik [23]. MPI har funnits vara användbart för att predicera förändringar efter intervention avseende psykosocial funktion, känslomässig påfrestning och rapporterad smärta [26]. Reliabilitet och stabilitet av MPI har befunnits vara tillfredsställande [23]. Test av reliabilitet och faktorstrukturen avgör om svarsmönstret kan klassificeras under särskilda unika subgrupper, tre distinkta profilgrupper har identifierats; (*dysfunctional*) dysfunktionell, (*interpersonally distressed*) interpersonella störningar, och (*adaptive copers*) adaptiv coper [24, 27, 28]. Dessa profilgrupper identifierades också i denna studie. Personer som skattar högre på smärtintensitet och att smärtan i hög grad påverkar deras liv hamnar i gruppen dysfunktionell. De som skiljer sig mot de övriga i skalorna avseende lägre frekvens av beteenden från närstående som ”svar” på smärtan dvs. de skattar att de inte får stöd från sin omgivning, hamnar i gruppen interpersonellt störda. De som skattar lägre på smärtintensitet, upplevd livsstörning, känslomässig störning och högre på aktivitetsnivå och kontroll jämfört med övriga hamnar i gruppen adaptiv coper. Tre skalor för hybrid, svårtydda eller oanalyserbara profiler fås också, men dessa analyserades inte i denna undersökning. Den svenska översättningen av MPI, som är användes i denna studie, gjordes av Bergström m.fl. [29].

### **Procedur**

Data från ovanstående mätinstrument samt insamlade data om demografiska och kliniska faktorer samlades efter tillstånd från varje patient oidentifierat i en databas. Vid uppföljningarna skickades frågeformulär hem till patienterna som svarade och skickade tillbaka dessa. Detta innebär att utvärderingsfaktorer kunde skattas i förhållande till avslutad rehabilitering, vissa parametrar 8 veckor efter (upplevd aktivitetsförmåga) och samtliga parametrar 1 år efter rehabiliteringsperioden.

I tabell I beskrivs flödet av hur instrument och frågeformulär distribuerades till patienterna. Formulär 1, formulär 5, formulär COPM 8 v och 1 år skickades hem till patienterna som fyllde i dessa hemma och skickade tillbaka till kliniken. Formulär 3 och formulär 4 distribuerades på kliniken av kurator eller psykolog i samband med inskrivning och utskrivning från programmet. Arbetsterapeuten administrerade COPM vid inskrivning respektive vid utskrivning genom en semistrukturerad intervju. Ovanstående personal var samtliga teammedlemmar i rehabiliteringsprogrammet, varav en också var involverad i denna undersökning. För beskrivning av de olika instrumenten v.g. se separat beskrivning av mätmetoder.

Tabell I. *Beskrivning av vilka instrument som användes och hur de distribuerades vid de olika mättillfällena.*

Instrument	Före smärtrehab	Efter smärtrehab	8 veckor efter smärtrehab	1 år efter smärtrehab
Demografiska variabler	Formulär 1	-	-	-
COPM	Intervju	Intervju	COPM 8 v. skickas hem	COPM 1 år skickas hem
MPI	Formulär 3 distribueras på klinik	Formulär 4 distribueras på klinik	-	Formulär 5 skickas hem



## Undersökningsgrupp

144 patienter genomgår rehabiliteringsprogrammet per år. I den aktuella undersökningen användes material med konsekutivt urval insamlat från år 2001-2002, dvs 288 patienter totalt. Det externa bortfallet uppgick till 1 patient (n=287). Detta bortfall berodde på att data inte fyllts i databasen. Demografiska faktorer som kön, ålder, etnicitet, sjukskrivningsgrad, utbildningsgrad, civilstånd samt diagnos finns beskrivet i Tabell II.

Medelåldern var 40 år (SD 9,0) med en variation mellan 19 och 59 år. För patienterna som inte var sjukskrivna vid inskrivningen, saknades uppgift av hur många av dessa som var i arbete och hur många som hade annan försörjning i form av förtidspension, sjukbidrag, socialbidrag eller studiestöd/lån. Diagnoserna kategoriserades enligt ICD10 klassifikationssystem enligt följande; Sena besvär efter halsryggsdistorsion (S 13.4, grupp 1), myalgi och fibromyalgi (M 79.0 och M 79.1, grupp 2), patienter med ryggsmärtor (M 54 och M 53, grupp 3), övriga diagnoser grupp 4. Under rubriken övriga diagnoser finns 9 patienter med diagnoser med sjukdomar i nervsystemet dvs. G diagnoser (G 44 huvudvärkssyndrom, G 54 sjukdomar i nervrötter och plexus, G 56 mononeuropathier i övre extrimiteter samt G 57 mononeuropathier i nedre extrimiteter). 6 patienter med psykiska sjukdomar och beteendestörningar dvs. F diagnoser (F 45.4 kroniskt somatoformt smärtsyndrom, F 32. 9 depression samt F 07.2 post kontusion), enstaka patienter hade olika diagnoskoder inom sjukdomar i muskoskeletala systemet och bindväven dvs. M diagnoser (M 17 knäartros, M 25 ledsjukdom, M 35 inflammatorisk systemsjukdom, M 41 skolios, M 50 sjukdomar i halskotpelarens mellankotskivor, M 51.3 andra sjukdomar i mellankotskivor) och ospecifika smärtor i buk och bäcken dvs. R diagnoser (R 10,2 samt R 10. 4). Diagnoser som enskilt förekom hos mer än 10 patienter analyserades i grupperna 1-3 alla övriga diagnoser tillhör grupp 4. De diagnoser som ingick under gruppen övriga är de som beskrivits ovan.

Tabell II. *Karaktäristiska data om deltagarna.*

	Deltagare Totalt	Män	Kvinnor
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Kön</b> (n= 285)		56 (20%)	229 (80%)
<b>Ålder</b> (n = 287)			
< 30 år	42 (14%)	7 (12%)	34 (15%)
30-40	111 (39%)	23 (41%)	88 (38%)
41-50	91 (32%)	19 (34%)	70 (31%)
> 50	43 (15%)	7 (12%)	36 (16%)
<b>Smärtdiagnos 1</b> (n=277)			
Besvär eft. halsryggsdist.	73 (25%)	16 (29%)	57 (25%)
Fibromyalgi och myalgi	96 (33%)	8 (14%)	88 (38%)
Ryggsmärtor	53 (18%)	17 (30%)	34 (15%)
Övriga	55 (19%)	15 (28%)	40 (17%)
<b>Bidragsform</b> (n=255))			
Ej sjukskrivna	38 (13%)	7 (12%)	31 (14%)
Sjukskriven 25%	12 (4,7%)	1 (2%)	11 (5%)
Sjukskriven 50%	30 (12%)	6 (11%)	24 (10%)
Sjukskriven 75%	7 (3%)	2 (4%)	4 (2%)
Sjukskriven 100 %	168 (67%)	37 (66%)	129 (56%)
<b>Etnicitet</b> (n= 270)			
Född i skandinavien	232 (81%)	48 (86%)	184 (80%)
Född utanför skandinavien	38 (13%)	6 (11%)	31 (14%)
<b>Civilstånd</b> (n= 264)			
Gift/sammanboende	182 (63%)	38 (68%)	142 (62%)
Ensamstående	82 (29%)	16 (29%)	66 (29%)
<b>Utbildningsnivå</b> (n=195)			
Grundskola eller mindre	28 (10%)	7 (12%)	20 (9%)
2 eller 3 års gymnasie	76 (27%)	17 (30%)	76 (33%)
Högskola	91 (32%)	17 (30%)	91 (40%)

### **Bortfall**

Internt bortfall i de olika instrumenten (redovisas i resultat delen under respektive mätinstrument). Detta bortfall berodde på att deltagarna inte hade fyllt i mätinstrumenten fullständigt, att formulär inte blivit införda av personal, att patienterna avbröt rehabiliteringen eller inte svarade på enkäterna vid uppföljningen. Internt bortfall i de demografiska och kliniska data finns beskrivet i tabell II.

### **Statistisk analys**

Deskriptiv beskrivning gjordes med medianvärde som genomsnittsmått för ordinal- och nominalskalor samt medelvärde och standardavvikelse som spridningsmått för variabler med kontinuerliga- och diskreta variabler [30].

Wilcoxon´s Signed Rank test användes för att undersöka skillnader på COPM och MPI mellan de olika tidpunkterna. Spearman´s rank korrelation användes för att undersöka associationer mellan COPM utförande och tillfredsställelseskalor. Kvantitativa variabler i COPM, demografiska och kliniska variabler samt MPI bearbetades med Mann Withney U test, och Kruskal Wallis test för gruppjämförelser.

Data bearbetades med Statistical Package for the Social Sciences [31].

### **Etik**

Allt material togs från en databas, avidentifierat. Ingen individ kan identifieras och patienterna har gett sitt skriftliga tillstånd och godkännande att data samlas avidentifierat i databasen.

## RESULTAT

### Skattning av aktivitetsutförande samt kliniska och demografiska variabler

Data från 287 patienter har bearbetats. Internt bortfall var 10 i svaren på COPM, dvs 277 av patienterna svarade på COPM intervjun. Medianpoängen i upplevt aktivitetsutförande och tillfredsställelse med utförandet utifrån COPM visas i tabell III. De maximalt fem aktiviteterna beskrivs (I-V), där I är den första och V den sista av de av patienterna valda aktiviteterna. Medianpoängen vid inskrivning, utskrivning, åtta veckors uppföljning samt ett års uppföljning har beskrivits.

Tabell III Median poäng i självupplevt aktivitetsutförande och tillfredsställelse med utförandet, i de som mest fem (I-V) rapporterade aktiviteterna, antal svar inom parentes (n).

Aktivitet	Utförande				Tillfredsställelse			
	In	Ut	8 v	1 år	In	ut	8 v	1 år
I	3 (277)	4 (265)	4 (269)	5 (205)	1 (277)	3 (265)	4 (269)	4 (204)
II	3 (277)	4 (265)	4 (264)	4 (203)	1 (277)	3 (265)	4 (264)	4 (203)
III	3 (273)	4 (262)	4 (267)	4 (201)	1 (273)	3 (262)	4 (267)	4 (200)
IV	3 (250)	4 (241)	4 (242)	5 (185)	2 (250)	3 (241)	4 (242)	5 (183)
V	3 (183)	4 (177)	4 (175)	4 (135)	1 (182)	3 (177)	3 (175)	3 (134)

Av de 287 patienterna angav 277 minst 2 viktiga aktiviteter som de hade svårt att utföra vid inskrivningen. Total nämndes 1260 aktiviteter som patienterna hade problem att utföra vid inskrivningen. Av dessa kunde 1210 (96%) aktiviteter följas upp vid utskrivningen, 1217 (97%) vid 8 veckors uppföljning och 929 (74%) vid 1 års uppföljningen. Skillnaderna mellan utförandepoängen vid inskrivningen jämfört med vid utskrivning samt vid båda uppföljnings tillfällena var signifikanta i positiv riktning med  $p < 0.001$  för alla aktiviteter utom för jämförelsen av den femte aktivitetens utförandepoäng vid utskrivning jämfört med inskrivningen ( $p = 0.007$ ). Skillnader av poängen i tillfredsställelse med utförandet vid utskrivningen, 8 veckorsuppföljningen och vid ett års uppföljningen jämfört med vid inskrivningen var samtliga signifikanta ( $p < 0.001$ ) i positiv riktning.

Det fanns statistiskt signifikanta korrelationer mellan COPM utförande och COPM tillfredsställelse med utförandet vid inskrivningen i samtliga av de fem problemaktiviteter som patienterna valde (aktivitet I:  $r = 0.61$ ,  $p < 0.001$ , aktivitet II  $r = 0.69$ ,  $p < 0.001$ , aktivitet III  $r = 0.63$ ,  $p < 0.001$ , aktivitet IV  $r = 0.77$   $p < 0.001$ , aktivitet V  $r = 0.88$   $p < 0.001$ ). Det var också statistiskt signifikanta korrelationer mellan COPM utförande och COPM tillfredsställelse med utförandet vid utskrivningen (aktivitet I;  $r = 0.80$   $p < 0.001$ , aktivitet II  $r = 0.76$   $p < 0.001$ , aktivitet III  $r = 0.81$   $p < 0.001$ , aktivitet IV  $r = 0.87$   $p < 0.001$ , aktivitet V  $r = 0.93$   $p < 0.001$ ).

Förändringarna i COPM mellan inskrivningen och vid ett års uppföljning relaterades därefter till de olika kliniska eller demografiska variablerna. De som ökat 1 poäng eller mer räknas till gruppen som ökat och de som minskat eller ökat mindre än 1 poäng räknas till dem som minskat. Resultaten av detta visas i tabell IV.

**Tabell IV Förändringarna i COPM relaterade till demografiska och kliniska variabler ( beskrivs i antal patienter av variabelns antal individer).**

Upplevt aktivitets utförande	Diagnos (n=190)			Etnicitet (n=189)			Civilstånd ((n=180)			Kön (n=197)		Åld. (n=204)		Sjukskrivnings (sskr) grad (vid inskrivningen) (n=174)		
	Besvär e. halsryggs-distortion	Myalgi och Fibrom.	Rygg	Övriga	Född i Skand.	Född i Skand.	Ej född i Skand.	Gifta	Ensamstående	män	Kvin.	Median	Ej sskr	25% sskr	50% sskr	75% sskr
Ökat upplevt utförande i COPM	29	43	19	23	101	13	79	30	19	99	39	20	4	15	2	63
Minskat upplevt utförande i COPM	20	27	16	13	64	11	50	21	18	61	40	6	5	2	4	53
Ökat upplevd tillfredsställelse med utförandet i COPM	34	45	20	27	111	14	91	30	21	109	40	21	4	15	4	71
Minskat upplevd tillfredsställelse med utförandet i COPM	15	23	14	10	51	11	38	19	16	49	39	4	4	2	2	45

Vad gäller utbildningsnivå (n= 155) hade 11 av de med endast grundskola (n=20) förbättrat upplevt utförande efter ett år och 9 hade oförändrat eller försämrat upplevt utförande i de valda aktiviteterna. Av de med gymnasieutbildning (n= 57) hade 37 förbättrat och 21 upplevde oförändrat eller sämre utförande i valda aktiviteter. Av de med högskoleutbildning (n= 77) hade 47 förbättrats och 30 hade oförändrat eller försämrat upplevt utförande efter ett år. Elva av dem med endast grundskola hade förbättrat upplevt tillfredsställelse med utförande efter ett år och 9 hade oförändrat eller försämrat i de valda aktiviteterna. Av de med gymnasieutbildning hade 42 förbättrats och 15 upplevde oförändrat eller sämre tillfredsställelse med utförande i valda aktiviteter. Av de med högskoleutbildning hade 52 förbättrats och 25 hade oförändrat eller försämrat tillfredsställelse med upplevt utförande efter ett år.

Vid gruppjämförelse fanns inga signifikanta skillnader mellan de som försämrats eller ökat mindre än 1 poäng och de som ökat mer än 1 poäng i upplevt utförande av aktiviteterna eller tillfredsställelse med utförandet mellan inskrivning och 1 års uppföljning avseende åldersgrupp, kön, civilstånd, etnicitet, utbildningsnivå, eller sjukskrivningsgrad när alla grupperna jämfördes. Tendens till signifikans fanns för sjukskrivningsgrad (p=0,078 för utförande och p=0,073 för tillfredsställelse). När de som försämrades jämfördes med dem som förbättrades (de som låg oförändrat togs bort) utifrån COPM visade det sig att sjukskrivningsgrad hade betydelse för resultatet. Signifikanta skillnader (p=0.034) för resultatet i skillnad i utförandepoäng vid ett årsuppföljningen jämfört med vid inskrivningen samt indikation men ej signifikant (p=0,057) för skillnad i tillfredsställelse vid ett års uppföljning jämfört med vid inskrivningen. Av de som ej var sjukskrivna hade 2 minskat utförande i COPM och 20 ökat, av de som var sjukskrivna 25-75% hade 7 minskat och 21 ökat och av de som var sjukskrivna på 100% hade 32 minskat och 63 ökat. I förändringar av tillfredsställelse utifrån COPM hade 1 av de icke sjukskrivna minskat och 21 ökat, av de som var sjukskrivna 25-75% hade 6 minskat och 23 ökat och av de som var sjukskrivna 100% hade 25 minskat och 71 ökat i tillfredsställelse i COPM. Resten hade oförändrade poäng i COPM. Medelpoängen i COPM för de olika sjukskrivningsgrupperna visas i tabell V.

Tabell V. *Medelpoäng i utförande och tillfredsställelse i de olika sjukskrivningsgrupperna.*

COPM	Ej sskr*	25% sskr	50% sskr	75% sskr	100% sskr
Utförande poäng vid inskrivning	3,1 (SD 0,77)	3,4 (SD 0,83)	3,3 (SD 1,00)	3,7 (SD 1,58)	3,2 (SD 0,99)
Utförandepoäng vid ett års uppföljning	5,3 (SD 1,50)	4,1 (SD 2,20)	5,0 (SD 1,60)	3,5 (SD 0,73)	4,4 (SD 1,61)
Tillfredsställelsepöäng vid inskrivning	2,2 (SD 0,89)	2,3 (SD 1,27)	2,3 (SD 0,83)	3,0 (SD 2,00)	2,3 (SD 1,12)
Tillfredsställelsepöäng vid ett års uppföljning	4,9 (SD 1,68)	3,7 (SD 2,43)	4,7 (SD 1,65)	3,4 (SD 1,14)	4,0 (SD 1,93)

\* sskr = sjukskrivning

### **Skattning av psykosocial funktion**

Profilerna på MPI vid inskrivningen var fördelade så att 38 patienter hade profil som dysfunktionella (1), 54 som med interpersonella störningar (2) och 31 som adaptiv copers (3) och övriga profiler analyserades inte. Vid 1 års uppföljning hade 33 profilen dysfunktionell, 46 interpersonella störningar och 30 adaptiv copers.

Det fanns signifikanta skillnader ( $p < 0.001$ ) mellan MPI profiler och medelpoäng på utförande- och tillfredsställelsepöängen i COPM vid 1 års uppföljning. De som skattades som dysfunktionella hade medelpoäng i utförande COPM på 3,4 och tillfredsställelse på 2,8, de som skattades som interpersonellt störda hade en medelpoäng på 4,7 i utförande och 4,2 i tillfredsställelse och de som skattades som adaptiv coper hade en medelpoäng på 5,2 i utförande och 5,5 i tillfredsställelse vid ett årsuppföljningen.

De variabler i MPI som jämfördes mellan inskrivningen och 1 års uppföljning var smärtintensitet, livsstörning, livs kontroll, känslomässig störning, socialt stöd, samt den generella aktivitetskalan se tabell VI.

Tabell VI. Medianvärden för de sex delskalorna på MPI, vid inskrivning respektive vid 1 års uppföljning.

Tidpunkt	Smärtintensitet	Livsstörning,	Kontroll	Känslomässig störning	Socialt stöd	Generell akt.skala
	-*	-*	+*	-*	+*	+*
n	171	172	171	173	171	172
Inskrivning	3,67	4,00	1,75	3,00	2,50	1,99
1 års uppföljning	3,00	3,40	2,00	2,33	2,67	2,00
	$p = 0.020$	$p < 0.001$	$p = 0.013$	$p = 0.004$	$p = 0.992$	$p = 0.583$

\* + respektive – tecken anger båda positiv riktning på värdet.

Förändringarnas riktning kan räknas som positiva om de minskar i smärtintensitet, livsstörning samt känslomässig störning och troligen positivt om de ökar i kontroll, socialt stöd och general aktivitetskala. Alla delskalor i MPI utom socialt stöd och generell aktivitetsnivå hade signifikant förbättrats (se p värde i tabell VI), och förändringarna var i positiv riktning även hos de som ej var signifikant förändrade.

Förändringar i COPM vid ett års uppföljning hade inget signifikant samband med hur patienterna skattat grad av smärtintensitet ( $p=0.074$ ), livsstörning ( $p=0.284$ ), kontroll ( $P=0.122$ ), känslomässig störning ( $p=0.237$ ), socialt stöd ( $p=0.192$ ) och generell aktivitetskala ( $p=0,067$ ) vid inskrivningen. Däremot hade förändringar i COPM samband med hur patienterna skattade på MPI's delskalor vid 1 års uppföljningen. Medelpoängen i COPM utförande hade samband med de olika delskalorna på MPI på följande sätt; smärtintensitet ( $p=0.004$ ), livsstörning ( $p=0.006$ ), känsla av kontroll ( $p= 0.040$ ), känslomässig störning ( $p=0.008$ ), socialt stöd ( $p=0.055$ ) och generell aktivitetsnivå ( $p=0.021$ ). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan medelpoängen i tillfredsställelse i COPM vid 1 års uppföljningen i förhållande till hur patienterna skattade på MPI's delskalor då. Medelpoängen i COPM, utifrån om patienterna hade minskat respektive ökat i MPI's delskalor, visas i tabell VII.

Tabell VII. *Medelpoäng i COPM vid 1 års uppföljningen i förhållande till skattning i MPI och skillnad mellan de som ökat respektive minskat i MPI skalorna.*

MPI	COPM	
	Utförande poäng	Tillfredsställelse poäng
Minskad smärtupplevelse	4,9	4,7
Ökad smärtupplevelse	4,0	3,4
Minskad livsstörning	5,3	5,2
Ökad livsstörning	4,0	3,4
Ökad känsla av kontroll	5,1	4,8
Minskad känsla av kontroll	4,3	3,8
Minska känslomässig störning	4,9	4,7
Ökad känslomässig störning	4,3	3,9
Ökad upplevelse av socialt stöd	4,7	4,2
Minskad upplevelse av socialt stöd	4,6	4,2
Ökad generell aktivitetsnivå	4,9	4,7
Minskad generell aktivitetsnivå	4,4	3,9

## **DISKUSSION**

### **Diskussion av metod**

Det är inte möjligt att dra slutsatsen att förbättringarna var pga. programmet eftersom vi inte haft någon kontrollgrupp. Däremot var det en trolig slutsats att dra, eftersom patienterna haft sitt smärttillstånd i många år och det var inte sannolikt att signifikanta förbättringar skulle ske spontant just under eller efter fem veckors intervention. Undersökningsgruppen var också relativt stor, 287 individer, vilket ökar tillförlitligheten.

### **Diskussion av resultat**

Resultaten indikerar förbättringar avseende aktivitetsutförande och tillfredsställelse med utförandet direkt, efter åtta veckor samt ett år efter programmet. Det finns tendenser som visar på att förbättringarna är störst ett år efter programmet. Det verkar som om förändringarna är större i tillfredsställelse än i utförandet. Det kan tyda på att en omvärdering av hur man ser på sin förmåga att utföra aktiviteter har skett. Carpenter m.fl. har [32] har också tittat på utvärdering av COPM i samband med smärthanteringsprogram som visade förbättringar. I en tidigare undersökning av COPM [14] visades att personer som hade sjukbidrag hade högre förändringar på COPM än de som inte hade sjukbidrag. I denna undersökning har det tyvärr inte varit möjligt att se vilka patienter som hade sjukbidrag, men resultat stämmer med denna undersökning på det sätt att sjukskrivningsgrad hade betydelse för resultatet i förändringar i COPM. Det fanns inte några andra skillnader utifrån de demografiska eller kliniska variablerna vilket tyder på att rehabiliteringsprogrammet var lika lämpligt för alla patienter avseende förändringar i COPM.

Samtliga instrument i undersökningen är självskattningsinstrument och mäter patienternas subjektiva upplevelse av att klara av aktivitetsutförande samt psykosocial funktion. Det hade varit intressant att göra en jämförelse med objektiva tester mot den subjektiva förmågan. I en undersökning där man undersökte fysisk funktion mätt med instrumentet Disability Rating Index, DRI [33] visade det sig att korrelationen mellan patienternas självrapporterade DRI och observatörers mätning av aktuellt utförande inte var särskilt korrelerade (0.48). Patienterna både underskattade och överskattade sin förmåga i jämförelse med observatörerna och vice versa.

Medelpoängen vid ett års uppföljning var 4,6 i utförande och 4,2 i tillfredsställelse med utförandet jämfört med 3,2 i utförande och 2,3 i tillfredsställelse med utförandet vid inskrivningen. I andra studier var medelpoängen 5.2-5.5 i utförande och 5.3-6.5 i tillfredsställelse [32]. Ett hundra arton av 205 (58%) patienter hade ökat mer än 1 poäng i utförande och 125 av 204 (61%) hade ökat mer än 1 poäng i tillfredsställelse vid ett årsuppföljningen. Det är inte adekvat att ha ett normvärde för COPM förändringar eftersom COPM inte är ett norm refererat mätinstrument. Några patienter kan sätta ett lägre värde vid uppföljningen än vid första mätningen eftersom rehabiliteringsprocessen kan göra dem uppmärksamma på problem som de förut negligerat och därför skattat för lågt. Law m.fl. [20] argumenterar att det kan finnas gånger då målet med behandlingen kan vara att minska poängen i COPM eftersom en ökad insikt om sina problem för patientens del kan göra att de skattar lägre vid uppföljningen än vid starten.

Behandlingen i arbetsterapin fokuserar mycket på s.k. ”pacing träning”. Pacing träning är lämpligt pga. att många patienter med långvarig smärta hanterar aktivitetsutförandet delvis med lägre aktivitet men också med ”för mycket” aktivitet. Detta är väl beskrivet i litteraturen [34]. Man kan beskriva det som ett aktivitetsmönster som alternerar med perioder med extensiv aktivitet efterföljt av längre perioder av vila. Man kan då tänka sig att vissa patienter



ändrar synsättet på hur de utför aktiviteten och skattar annorlunda pga. att de utför aktiviteter på ett annat sätt.

Resultaten från MPI visar på att patienterna ett år efter rehabiliteringen skattade mindre smärta, mindre upplevelse av störningar i livet, ökad kontroll samt mindre känslomässig störning. Deras upplevelse av socialt stöd samt förändringar av aktivitetsutförande enligt en generell aktivitets skala hade dock inte förändrats. Man kan tänka sig, att eftersom aktiviteterna i MPI's generella aktivitets skala är givna, kanske patienterna inte upplevde dessa aktiviteter som viktiga att förändra. I COPM däremot har vi sett förbättringar avseende aktivitetsutförande och då har patienterna själva valt vilka aktiviteter som de velat förbättra. Resultatet vid ett års uppföljning visade att de som minskat smärtintensitet, minskat livs störning, ökat upplevd kontroll, minskat känslomässig störning och ökat i den generella aktivitets skalan hade högre medelpoäng i utförande än dem som ej gjort positiva förändringar utifrån dessa MPI skalor. De som upplevde högre grad av socialt stöd hade dock ingen större skillnad i utförandepoäng jämfört med dem som minskat upplevelse av socialt stöd. Detta indikerar att förändringar i upplevt utförande i viktiga aktivitetsmål påverkar eller påverkas av upplevd smärta, livsstörning, upplevelse av kontroll och känslomässig störning på något sätt. Hur sambanden ser ut hade varit intressant att undersöka. Är det så att om patienter förändrar sitt sätt att utföra aktiviteter ökar detta deras känsla av kontroll, minskar det deras smärtupplevelse, livsstörning och upplevelse av känslomässig störning? Det är troligen delvis sant men det kan finnas andra orsaker som också påverkar eller påverkas av upplevd aktivitetsförmåga. Det fanns inga signifikant samband mellan skattningarna i MPI's delskalor och upplevd tillfredsställelse i utförandet på COPM. Detta kan tyda på att andra faktorer påverkar upplevt tillfredsställelse än upplevt utförande med aktivitetsmålen.

Utifrån delskalorna i MPI hade de som minskade livsstörning (5,3 i utförande och 5,2 i tillfredsställelse på COPM) och de som ökade känsla av kontroll (5,1 i utförande och 4,8 i tillfredsställelse på COPM) högst medelpoäng i COPM vid 1 års uppföljningen. Detta skulle kunna tyda på att dessa två faktorer har störst betydelse utifrån hur patienter upplever sin aktivitetsförmåga i viktiga aktiviteter.

Att sätta rehabiliteringsmål på det sätt som man gör genom COPM, kombinerat med feedback till patienterna kan troligen öka deras möjlighet att nå sina mål eftersom COPM och ett klientcentrerat arbetssätt ger en hög grad av inflytande på rehabiliteringsfokus för patienterna avseende förändringar av aktivitetsutförandet. Patienter som är aktivt delaktiga i utvärderingsprocessen tar också troligtvis mer ansvar för sin egen rehabiliteringsprocess. I en studie av Grahn [35] betonas betydelsen av att patienterna sätter rimliga, klara och tydliga mål för rehabiliteringen och att de får stöd och upplever delaktighet i den. Patientens delaktighet i rehabiliteringsprocessen ökar när man använt sig av COPM, där terapeuten använder en klientcentrerad metod och mål identifieras inom en bred arena inom aktivitet och delaktighet, enligt WHO-ICF [13] strukturer [36]. Patientens delaktigheten i målsättningen med rehabiliteringen underlättas och tydliggörs med COPM som utvärderingsinstrument.

Det verkar som om sjukskrivningsgrad har relevans för förändringar i upplevt aktivitetsutförande. I gruppen som ej var sjukskrivna var skillnaderna störst mellan de som ökat respektive minskat COPM jämfört med de övriga sjukskrivningsgrupperna. I denna undersökning vet vi tyvärr inte hur gruppen "ej sjukskriven" ser ut, eftersom det ej klart framgick ur materialet från databasen. Några var i arbete, men några hade också förtidspension, sjukbidrag, socialbidrag eller hade försörjning på annat sätt t.ex. genom studiemedel än genom "vanlig" sjukskrivning. Hur dessa samband ser ut borde undersökas

vidare. Av intresse är också att jämföra subjektiva skattningar som har gjorts i denna studie med objektiva mätningar.

### **Slutsats**

Efter smärtrehabiliteringsprogrammet hade patienterna förbättrade värden mätt med utvärderingsinstrumenten COPM som kvarstod vid 1-års uppföljningen, men jämförelsegrupp har ej använts. Förbättringar avseende smärtintensitet, livsstörning, kontroll och känslomässig störning sågs. Hur patienterna skattade dessa upplevelser vid ett-års uppföljningen kan ha samband med om de förbättrat sitt upplevda utförande av aktivitetsmålen.

## REFERENSER

1. Mersky H. International Association for the study of pain. Pain terms: and with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979;6:249-252.
2. Mersky H. Pain specialists and pain term. *Pain*. 1996;64:205.
3. Socialstyrelsen (SOS). Behandling av långvarig smärta. SOS. 1994:4.
4. McCracken L, Turk D. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Spine*. 2002;27(22):2564-2573.
5. Turk D. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European Journal of Pain*. 2002;6:353-355.
6. RFV, Riksförsäkringsverket redovisar 2001.5.
7. RFV Riksförsäkringsverket redovisar 2002.3.
8. Turk D. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatment for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2002;18:355-365.
9. Johansson C, Dahl J, Jannert M, Melin L, Andersson G. Effects of a cognitive-behavioral pain-management program. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36:915-930.
10. Müllersdorf M. Needs assessment in occupational therapy. Studies of persons with long-term/recurrent pain. Avhandling vid Uppsala universitet nr 1065. Uppsala: Tryck& Medier, 2001.
11. Unruh A, Harman K. General principles of practice. Ur; Strong J, Unruh A, Wright A, Baxter D (Red.). *Pain; a textbook for Therapists*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2002.
12. Townsend E (red.). *Enabling occupation an occupational therapy perspective*. Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists; 1997.
13. ICF. Klassifikationer av funktionstillstånd och funktionshinder. <http://www.who.int/icidh/index.htm>. (20041230).
14. Persson E, Rivano-Fischer M, Eklund M. Evaluation of changes in occupational performance among patients in a pain management program. *Journal Rehabilitation Medicine*. 2004;36(2): 85-91.
15. Nilsson C, Strandberg A-C. Upplevd livstillfredsställelse hos personer med långvarig smärta. Kandidatuppsats. Lund: Avdelningen för Arbetsterapi, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet. 2004.
16. Nordstom-Bjorverud G, Moritz U. Interdisciplinary rehabilitation of hospital employees with musculoskeletal disorders. *Scand J Rehabil Med*. 1998;30(1):31-7.

17. Birkholtz M, Aylwin L, Harman RM. Activity pacing in chronic pain management: one aim, but which method? Part One: Introduction and literature review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2004;67:447-452.
18. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). Canadian Occupational Performance Measure. Svensk översättning 1997. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 1998.
19. Wressle E, Samuelsson K, Henriksson C. Responsiveness of the Swedish version of the Canadian Occupational Performance Measure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1999; 6: 84-89.
20. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl A, Polatajko H, Pollock, N. Canadian Occupational Performance Measure. Andra upplagan. Canada: Canadian Association of Occupational Therapists; 1994.
21. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock, N. Canadian Occupational Performance Measure. Tredje upplagan. Canada: Canadian Association of Occupational Therapists; 1998.
22. Larsson A. Uppföljning av COPM med enkät jämfört med intervju, för patienter med långvarig smärta.. Kandidatuppsats,. Lund: Avdelningen för Arbetsterapi, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet; 2003.
23. Kerns R, Turk D, Rudy T. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*. 1985;23:345-356.
24. Rudy T. Multiaxial Assessment of Pain Multidimensional Pain Inventory. User's Manual. USA: Department of Anaesthesiology and Psychiatry and Pain Evaluation and Treatment. Institute University of Pittsburgh School of Medicine; 1989.
25. Turk D, Rudy T. The robustness of an empirically derived taxonomy of pain patients. *Pain*. 1990;43:27-36.
26. Stroud M, Thorn B, Jensen M, Boothby J. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*. 2000; 84: 347-352.
27. Turk D, Rudy T. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56: 233-238.
28. Jamison R, Rudy T, Penzien D, Mosley Jr. T. Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. *Pain*. 1994;57:277-292.
29. Bergström G, Jensen I, Bodin L, Linton S, Nygren A, Carlsson S. Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory – Swedish Language Version. *Pain*. 1998; 7: 101-110.
30. Eljertsson G. Grundläggande statistik – med tillämningar inom sjukvården. Lund: Studentlitteratur; 1992.

31. Norusis MJ. SPSS base 11.5. SPSS Inc.; 2002.
32. Carpenter L, Baker G, Tyldesley B. The use of the Canadian occupational performance measure outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2001;68:16-22.
33. Salen BA, Spanfort EV, Nygren AL, Nordemar R. The Disability Rating Index: an instrument for the assessment of disability in clinical settings. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1994;47(12):1423-35.
34. Philips CH. The role of activity pacing. Ur: CH Philips, red. *The psychological management of chronic pain*. New York: Springer, 126-34. 1988.
35. Grahn B. Multidisciplinär rehabilitering. Till vad nytta? *Svensk Rehabilitering*. 2004;4:20-25.
36. Wressle E. Client participation in the rehabilitation process. Akademsik avhandling (No.722). Linköping: Division of Occupational Therapy, Department of Locomotion and neuroscience, Faculty of Health Sciences, Linköpings Universitet; 2002.

## BILAGA 1.

### Uppföljning COPM

Smärtrehab  
000112/EP

Arbetsterapin

8 veckor/ 1 år  
sid1(2)

Namn:

Personnummer:

Grupp:

Datum:

Hej !

Du hade i början av rehabperioden hos oss problem att utföra nedanstående aktiviteter. För vår uppföljning kommer vi nu att be dig skatta hur du idag klarar av att utföra dessa aktiviteter samt hur tillfredsställd du är med det sätt som du idag klarar av utföra aktiviteten på.

Nederst ser du en skala från 1 - 10. Sätt en siffra under utförande, hur du tycker att du klarar av att utföra aktiviteten idag.

#### Aktiviteter

#### Utförande

1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....

### UTFÖRANDE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kan inte									
utföra den alls			Kan utföra den						
			extremt bra						

**OBS!** Vänd ej papperet förrän du svarat på frågorna.

Smärtrehab  
Arbetsterapin  
sid 2(2)

Nederst ser du en skala från 1 - 10. Sätt en siffra under tillfredsställelse, hur nöjd du är med det sätt som du klarar av att utföra aktiviteten på idag.

Skriv den siffra som du tycker passar bäst under tillfredsställelse.

<b>Aktiviteter</b>	<b>Tillfredsställelse</b>
1	.....
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....

### TILLFREDSSTÄLLELSE

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Inte nöjd alls  
extremt nöjd