

Faktabakgrund

WHO definierar stroke som ”snabbt påkommande fokal störning av hjärnans funktion med symtom som varar minst 24 timmar eller leder till döden, och där orsaken inte uppenbarligen är annan än vaskulär” (1). En stroke orsakas antingen av en infarkt (85 %) eller av ett bristande blodkärl så att en blödning uppstår (15 %) (2).

Varje år drabbas cirka 30 000 svenskar av stroke och det är den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning och död (3). Symptom kan vara olika grader av motorisk och sensorisk funktionsnedsättning, dysarti, olika typer av afasi, apraxi och neglekt. Andra symtom kan vara nedsatt initiativförmåga och motivation (4).

Enligt socialstyrelsen (5) innefattar personlig vård att tvätta och torka sig själv, att ta hand om sin kropp och kroppsdelar, att sköta toalettbehov, att klä sig, att äta och dricka och att sköta sin egen hälsa. I detta arbete har vi valt att utgå från de delaktiviteterna i ADL-taxonomi som omfattar personlig vård enligt ovan.

Förlust av kognitiva och/eller fysiska funktioner kan påverka förmågan att utföra personliga aktiviteter i det dagliga livet (P-ADL). I vilken grad en person kan utföra personliga aktiviteter inverkar bl.a. på självkänslan upplevelsen av identitet (6). Att vara delaktighet i aktivitet är också viktigt för välbefinnandet (7). ICF definierar delaktighet som människors engagemang i sin livssituation (5). Välbefinnandet hos strokepatienter och deras närstående associeras också till hur väl den strokedrabbade klarar att utföra sina dagliga aktiviteter (8-10).

Enligt de nationella riktlinjerna för stroke finns det flera studier som visar att arbetsterapeutisk behandling har en positiv effekt på förmågan att utföra P-ADL (11). Resultatet av en meta-analys visar att arbetsterapi som fokuserar på specifik träning av P-ADL förmågan, kan förbättra utförandet och minska risken för försämring. Slutsatsen av meta-analysen är att fokuserad arbetsterapi bör vara tillgängliga för alla som har haft en stroke (12). Det finns i dag brist på väldefinierade och vetenskapligt utvärderade ADL-program (13-15).

Syfte

Syftet är att utforma en riktlinje för arbetsterapeuter för bedömning och träning av personliga aktiviteter i det dagliga livet (P-ADL).

Diagnostik och utredning

Kartläggning av tidigare P-ADL förmåga och aktivitetsmönster görs genom intervju av patienten, närstående och/eller den personal som träffar patienten i vardagen. Nuvarande

förmåga kartläggs genom observation i aktivitet eller intervju. Det P-ADL instrument som används i länet är, ADL- taxonomin (16).

Behandling/intervention

Enligt de nationella riktlinjerna för stroke är det viktigt att börja med ADL träning i ett tidigt skede (11). Syftet med interventionen är att utveckla aktivitetsförmågan, ibland med kompensatoriska tekniker, så att patienten utifrån det individuella målet blir så självständig som möjligt (17).

Aktivitet och delaktighet

Interventionen utgår alltid ifrån varje patients behov och önskemål om förmågan att utföra aktivitet. Träningen ska vara specifikt inriktad på den aktivitet patienten vill och behöver träna (18-20). Genom att arbeta personcentrerat så ses patienten som expert på hur de upplever sin situation och de kan oftast själva ta ansvar. Det är här viktigt med en ömsesidig respekt mellan patient och vårdpersonal (21). En nyligen publicerad kvalitativ studie visade att relationen mellan patient och arbetsterapeut är viktig, för att kunna delge varandra sina erfarenheter, aktivitets mål etc. vilket leder till självständighet i ADL (22).

För att bibehålla/öka självkänslan är det viktigt att stimulera till delaktighet och låta patienten göra så mycket som möjligt, även om inte förmågan att utföra hela aktiviteten finns. När människan har en positiv upplevelse av en aktivitet och kraven ligger inom ett nära kompetensområde där ett mål är möjligt att nå, utgör aktiviteten en drivkraft till att göra mer (23). I studier har man funnit att det bästa sättet är att träna hela aktiviteten eftersom detta leder till mer naturliga rörelser (24). I de fall detta inte är möjligt så kan det vara bra att dela in en aktivitet i mindre delar, med målet är att efter hand sätta samman delarna till en hel aktivitet (25).

Vägledning/guidning

Vägledning/guidning kan hjälpa patienten i aktivitetsutförandet. Vid såväl bedömning som i träningsituationen är det viktigt att skilja på verbal vägledning, som anses vara en mindre grad av assistans, och fysisk vägledning. Verbal vägledning innebär att lotsa patienten med frågor eller instruktioner. Fysisk vägledning är att lotsa med hjälp av gester eller t.ex. placera redskap rätt i hand eller att föra handen i ett moment (26). För motorisk inlärning är mängden av träning samt repetition viktigt för att utveckla det mest optimala utförandet (24,27).

Miljö

Det är viktigt att träningen kan överföras till verkligheten. Sjukhusmiljön är ofta tillrättalagd och den verkliga miljön kan ställa andra krav än den miljön som träningen utförs i (25).

Vi har i detta arbete valt att som en bilaga beskriva "Praktiska tips för bedömning och träning av P-ADL förmåga efter stroke".

Källförteckning

1. Fagius J, Aquilonius SM. Neurologi. Fjärde upplagan. Stockholm: Liber AB; 2006.
2. Information om stroke [Hämtad: 2016-06-30] Tillgänglig från:
<http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/stroke/>
3. Vad är Stroke? [Internet]. Stockholm: Stroke-riksförbundet [Hämtad: 2016-06-29].
Tillgänglig från:
<http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=442&go=Vad%20%E4r%20stroke>
4. Konsekvenser efter stroke. [Internet]. Stroke-riksförbundet [Hämtad: 2016-06-29]
Tillgänglig från:
<http://www.strokeforbundet.se/show.asp?si=459&sp=442&go=Startsida>
5. Socialstyrelsen. [Internet] Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. [Hämtad 2016-07-05] Tillgänglig från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf>
6. Home J, Lincoln NB, Preston J, Logan P. What does confidence mean to people who have had a stroke? A qualitative interview study. *Clinical rehabilitation* 2014, vol. 28(11) 1125-1135.
7. Kielhofner G. Model of human occupation. Lund: Studentlitteratur AB; Schofield, 2012.
8. Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:177-82.
9. Eriksson G, Tham K, Fugl-Meyer AR. Couples' happiness and its relationship to functioning in everyday life after brain injury. *Scand J Occup Ther* 2005;12:40-8.
10. Palmer S, Glass TA. Family function and stroke recovery: a review. *Rehabil Psychol* 2003;48:255-65.
11. Socialstyrelsen [Internet]. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. [Hämtad: 2016-06-29] Tillgänglig från:
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforstrokesjukvard>
12. Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, Gladman JRF, Corr S, Donkervoort M, et al. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living

- after stroke: a systematic review of randomised trials. *BMJ* 2007;335:922–5.
13. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Cup EHC, van den Ende CHM. Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke* 2003;34:676–86.
 14. Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, Gladman JRF, Corr S, Donkervoort M, et al. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: a systematic review of randomised trials. *BMJ* 2007; 335:922–5.
 15. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Cup EHC, van den Ende CHM. Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke* 2003;34:676–8
 16. Törnquist K., Sonn U. (2001). ADL-taxonomi, En bedömning av aktivitetsförmåga. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, tredje upplagan 2011.
 17. FSA [Internet] Aktivitetens betydelse i vardagen för personer med stroke. [Hämtad:2016-06-29] Tillgänglig från: <http://www.fsa.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Forskning-i-praxis/2012/TA-42012/>
 18. Law M, Baptiste S, Mills J. Canadian occupational performance measure. Toronto: CAOT publications; 1991.
 19. Ma H, Trombly CA. A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke, part II: remediation of impairments. *Am J Occup Ther* 2002; 56:260–74. Client-centred ADL intervention after stroke 389 *Scand J Occup Ther* Downloaded from informahealthcare.com by Vaesterviks Sjukhus on 02/09/15 For personal
 20. Trombly CA, Ma H. A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke, part 1: restoration of roles, tasks, and activities. *Am J Occup Ther* 2002; 56:250–9.
 21. Ekman I, red. Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Stockholm Liber; 2014.
 22. Ranner M, von Koch L, Guidetti S, Tham K. Client-centred ADL intervention after stroke: Occupational therapists' experiences. *Scandinavian journal of occupation therapy* 2016 vol 23NO. 2, 81-90
 23. Fortmeier, S. & Thanning, G. *Sett med patientens ögon*. Lund: Studentlitteratur: 1998

24. Giuffrida CG, Neistadt M. Learning perspectives. In: Blesedell Crepeau E, Cohn ES; Boyt Schell B, eds. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 253-75.
25. Hubbard IJ, Parsons MW, Task-specific training: evidence for and translation to clinical practice. *Wiley InterScience*: 2009; 175–189
26. Arnadottir G, Fisher AG. Rasch analysis of the ADL scale of the A-ONE. *Am J Occup Ther*. 2008; 62:51-60.
27. Shumway-Cook A, Wollacott MH. *Motor control, translating research into clinical practice*. Fourth ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2011:a s. 8-24