

En pilotstudie kring upplevelse av
delaktighet i livssituationen tre månader
efter commotio

Ort datum: Eskilstuna 2009-02-12

Författare: Anita Sehlstedt

Handledare: Louise Olsson

Sammanfattning

Introduktion

Efter commotio har enligt olika studier 14-50% rapporterats ha kvarstående besvär som påverkar livskvalitet och känslan av delaktighet i livssituation. Syftet med denna pilotstudie är att med hjälp av ett självskattningsinstrument undersöka hur personer upplever känslan av delaktighet i sin livssituation tre månader efter att de drabbats av commotio.

Metod

Elva personer som sökt vård på akutmottagningen på Mälarsjukhuset i Eskilstuna under perioden januari 2008 till och med juni 2008 har med hjälp av ett självskattningsinstrument svarat på frågor om upplevelse av delaktighet i sin livssituation. Frågeformuläret besvarades tre månader efter traumat. De individer som svarade på ett sätt förenligt med minskad delaktighet har kallats till klinisk bedömning.

Resultat

Sex av elva patienter upplever problem med delaktighet i sin livssituation tre månader efter att ha drabbats av commotio. Det visar sig framför allt i svårigheter att hantera komplexa situationer och att klara av stress och krav.

Ingen av deltagarna upplevde att de hade problem med att sköta sin personliga vård, som att tvätta och klä sig.

Konklusion

En stor andel av patienterna rapporterade problem att känna delaktighet i sin livssituation tre månader efter commotio. Behovet av rehabilitering efter commotio är underskattat. Resultatet är oroande och bör föranleda en större kartläggning. Om förhållandena visar sig stämma bör många commotiopatienter ha nytta av stöd från ett multidisciplinärt team.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1. Introduktion	5
2. Metod	7
2.1 Design.....	7
2.2 Population.....	7
2.3 Mätinstrumentet	7
2.4 Genomförande	7
2.5 Etisk bedömning.....	8
3. Resultat.....	8
3.1 Deltagande.....	8
3.2 Ålder, kön, medicinsk bakgrund	8
3.3 Självsfattningen	8
4. Diskussion	10
5. Konklusion	12
6. Tillkännagivanden.....	13
7. Referenser.....	13
Bilaga	15

1. Introduktion

Hjärnskakning, eller commotio cerebri används som diagnos då våld mot huvudet har gett en kortvarig medvetandeförlust eller amnesi med snabb återhämtning av neurologiska funktioner enligt klinisk bedömning. Symtomen är en tonusförlust vid traumat som ofta följs av kortvarig medvetlöshet. Efter uppvaknandet kan allmänsymtom som illamående, kräkning, huvudvärk, förvirring och amnesi uppstå.

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering uppgick antalet vårdtillfällen för hjärnskakning (commotio) år 2004 till 149 per 100 000 invånare (SBU-rapport 2006). Svenska sjukhusvårdsdata visar att incidensen är som högst i åldersgrupperna 16-20 år respektive över 65 år (Borg 2008). Flertalet av dessa personer behöver inte läggas in på vårdavdelning utan utreds direkt på akutmottagningen, i första hand med skiktröntgen. Många går sedan hem utan vidare insatser, eventuellt med en kortare periods sjukskrivning. En del läggs dock in för observation. Man kan se en nedåtgående trend i incidensen av commotio för män från 200/100000 under 1998 till 140/100000 under 2006. För kvinnor gäller något lägre siffror generellt som också visar på en nedåtgående trend (Socialstyrelsen 2006).

Det finns evidens som visar att för personer som drabbats av hjärnskakning och är äldre än sex år är undersökning med datortomografi (DT) och tidig hemgång likvärdigt med övervakning på sjukhus (SBU-rapport 2006). Risken är liten att personer med hjärnskakning och normala fynd på DT utvecklar ett allvarligt följdillstånd inom några dygn.

Prognosen för de flesta hjärnskaderelaterade symtom vid commotio är god. Ett fåtal personer förefaller få kvarstående besvär (Lundin 2007). För att definieras som postcommotionellt syndrom (PCS) krävdes tre symtom i kombination med social och yrkesmässig funktionsnedsättning i Lundins studie. De deltagare som hade mest problem i det akuta skedet noterades också vara de som hade mest problem efter tre månader. Dessa besvär uppkommer som tecken på ett samspel mellan tidigare psykologisk sårbarhet, symtom från skallskadan och stressymtom i det tidiga skedet. Det påverkas också av andra psykosociala påfrestningar hos personen.

De flesta symtomen hos personer med mild till måttlig hjärnskada försvinner efter tre månader (Stålnacke et al, 2007). Oftast behöver de personerna ingen rehabilitering utan är tillbaka i arbete igen efter en kortare sjukskrivning. Det är dock visat att 14 - 50 % får bestående men i form av PCS, vilket påverkar livstillfredsställelse, aktivitet och delaktighet i samhället (Stålnacke och medarbetare). I en studie fann man att 28 % av patienterna inte hade återhämtat sig helt efter 6 månader (de Krujik et al 2002). Dessa deltagare uppvisade symtom som huvudvärk, yrsel och illamående redan på akutmottagningen. De deltagare som inte uppvisade dessa symtom i det akuta omhändertagandet hade heller inga besvär efter sex månader.

Upp emot hälften av patienterna med kvarstående besvär har angivits ha kvarstående problem vad gäller delaktigheten i samhället (Stålnacke 2007). Delaktighet som begrepp används alltmer inom rehabilitering och återfinns i klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – International Classification of Function (Socialstyrelsen 2003). Begreppet definieras som ”en persons engagemang i sin livssituation”. En persons aktivitet och deltagande är resultatet av ett pågående samspel mellan faktorer som påverkar hälsan och faktorer i omgivningen. Det finns idag få studier som visar hur känslan av delaktighet påverkas efter en commotio. Som tidigare redovisats får ett antal personer kvarstående problem på kroppsfunktionsnivå med huvudvärk, yrsel, trötthet med mera. Det är därför viktigt att få kunskap om hur dessa symtom påverkar känslan av delaktighet.

Syftet med pilotstudien är att undersöka om det finns personer som upplever en minskad delaktighet i sin livssituation tre månader efter att de drabbats av commotio.

2. Metod

2.1 Design

En prospektiv enkätstudie har genomförts där deltagarna har inkluderats konsekutivt när de sökt vård för hjärnskakning på akutmottagningen på Mälarsjukhuset i Eskilstuna (MSE).

På akutmottagningen fylldes ett traumaprotokoll i för de personer som diagnostiserats med commotio och som också godkänt att de vill delta i studien (bilaga 1). Protokollet har sedan skickats till NeuroRehab för uppföljning.

2.2 Population

Inklusionskriterier var personer 18-65 år som hade sökt vård efter en lättare hjärnskada som bedömts som commotio och som inte har föranlett inläggning på sjukhus. De sökte akutmottagningen på MSE under perioden januari 2008 till och med juni 2008.

2.3 Mätinstrumentet

Det mätinstrument som använts är ”Delaktighet i din livssituation”, som är ett självskattningsinstrument avsett för personer med förvärvad hjärnskada. Instrumentet utvecklades ursprungligen för att beskriva delaktighet i gruppen i samband med ett projekt i Hjälpmedelsinstitutets regi benämnt KogniTek. (Lexell et al. 2008). Instrumentet består av 32 frågor om delaktighet i livssituationen som skattas på en femgradig skala (inget problem – mycket stort problem). Den övergripande instruktionen som ges till alla frågorna är att frågeformuläret ska ge en bild av i vilken utsträckning man tycker att ens hälsotillstånd eller ens funktionshinder är ett problem för delaktighet i olika aspekter av ens livssituation.

De inledande 26 frågorna har utvecklats baserat på kategorierna i ICF (Socialstyrelsen 2003) i relation till personer med förvärvade hjärnskador. De fem avslutande frågorna har utvecklats baserat på resultatet av en kvalitativ studie om delaktighet vid hjärnskada (Hägström & Larsson Lund, 2008) som genomförts i norra Sverige.

Instrumentet är ännu inte publicerat eller validerat.

2.4 Genomförande

Efter tre månader kontaktades de personer som medgivit att de ville delta. Ett självskattningsinstrument skickades hem som de fyllde i och sände tillbaka i ett bifogat,

frankerat kuvert. Resultatet av självskattningen fördes över i en excelfil för analys. Den statistiska bearbetningen gjordes delvis i SPSS 16.0.

2.5 Etisk bedömning.

Då detta är en pilotstudie som inte kommer att publiceras har den inte lämnats in för etisk granskning. De personer som rapporterat att de upplever problem med delaktigheten i sin livssituation kommer att erbjudas en samtalskontakt med arbetsterapeut och/eller neuropsykolog för ställningstagande till eventuell bedömning och utredning.

3. Resultat

3.1 Deltagande

Tjugo traumaprotokoll har inkommit från akutmottagningen under projektiden. Av dessa har 13 uppfyllt inklusionskriterierna. Sex av de tjugo protokollen exkluderades då personerna var yngre (n=5) eller äldre (n=1) än de uppsatta kriterierna och ett protokoll var ofullständigt ifyllt, vilket gjorde att personen inte gick att kontakta. Av de tretton personer som uppfyllde inklusionskriterierna så har elva fyllt i självskattningsformuläret. En person har inte gått att nå för samtycke om deltagande och en svarade inte på det utskickade formuläret.

3.2 Ålder, kön, medicinsk bakgrund

Deltagarnas åldersspridning var mellan 19 och 61 år med en medelålder på 32 år och medianåldern var 28 år. Gruppen bestod av sju kvinnor och fyra män.

Sju personer uppger att de haft en medvetandeförlust på allt från några sekunder till några timmar. Sex personer uppger att de upplevt amnesi från några sekunder till några minuter kring händelsen. Nio av elva personer har fått genomgå datortomografi, som bedömdes som utan anmärkning (u a). Alkometertestning gav utslag hos två personer.

3.3 Självskattningen

Av de elva personer som utfört självskattningen har två personer skattat alla 32 påståendena. De övriga deltagarna har lämnat mellan en och nio påståenden obesvarade.

De deltagare som har besvarat frågorna med ”inget problem” eller ”litet problem” har bedömts ha så små eller obefintliga problem, att de betraktas som återställda efter traumat. I denna studie hade fem av patienterna besvarat alla påståenden med bara dessa alternativ.

Bland övriga deltagare har framförallt sex frågor skattats som att de orsakar ett måttligt, stort eller mycket stort problem för upplevelsen av delaktighet. Sex deltagare upplever problem med att påbörja och genomföra många uppgifter i följd (Figur 1).

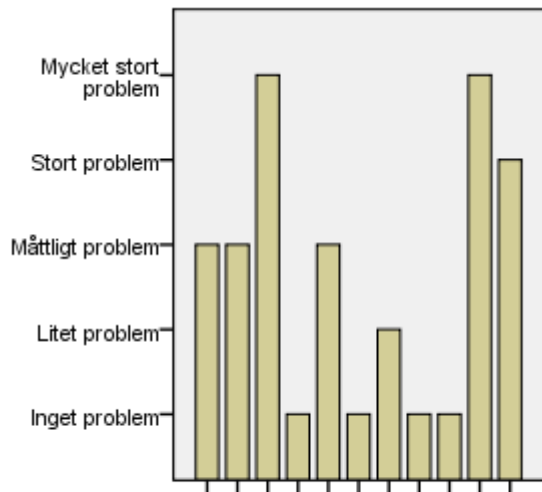


Fig 1. Upplevelse av att påbörja och genomföra många uppgifter i följd eller samtidigt tre månader efter commotio (n=11)

Även förmågan att fokusera uppmärksamhet på något specifikt och filtrera bort sådant som stör skattades som problematiskt bland en stor del av patienterna (Figur 2).

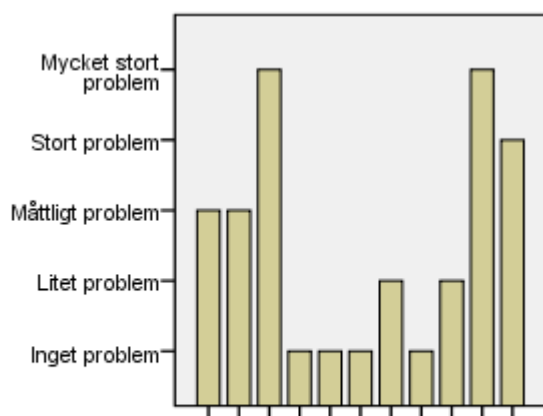


Fig 2. Självsatt grad av problem med att fokusera uppmärksamhet på något specifikt och filtrera bort sådant som stör tre månader efter commotio (n=11)

Fem personer har skattat att de har problem att genomföra en uppgift bland flera som behöver göras. Fyra personer har svarat att de har stora eller mycket stora problem att hantera stress och krav som ställs för att kunna genomföra aktiviteter.

Att finna lösningar på problem och situationer och att påbörja och genomföra många uppgifter i följd eller samtidigt är något som tre av patienterna har bedömt orsakar måttliga, stora eller mycket stora problem.

Den enda fråga som ingen av deltagarna har redovisat att de har problem med är att klara av att sköta sin personliga vård som att tvätta och klä sig.

4. Diskussion

Resultatet av pilotstudien visar att hälften av patienterna (6/11) upplever att de har problem med delaktighet i sin livssituation tre månader efter att ha drabbats av commotio. Problemen visar sig framförallt i svårigheter att hantera komplexa situationer och att klara av stress och krav, det vill säga diskreta problem som inte så lätt uppmärksammas i en vårdssituation.

Det självskattningsinstrument som använts i studien är inte tidigare provat på personer som drabbats av commotio. Vid tidigare användning av instrumentet genomfördes självskattningen via intervju. I denna pilotstudie har deltagarna fått frågeformuläret hemskickat med post och fyllt i det på egen hand. Det kan vara så att deltagarna har svarat på frågorna utifrån en bedömning av sin situation som helhet och inte bara efter situationen att man har drabbats av hjärnskakning. Hade självskattningen genomförts genom intervju hade intervjuaren kunnat klargöra syftet med frågorna på ett annat sätt. Det finns en risk att den som svarar glömmet att ställa varje påstående i relation till den övergripande inledningen om delaktighet.

Begreppet delaktighet är inte heller självklart för alla människor. Det är ett begrepp som har introducerats genom ICF och är inte allmänt känt. Det har framkommit att personer som intervjuats med självskattningsinstrumentet har frågat intervjuaren vad som menas med delaktighet för att kunna svara på frågorna (Häggström et al 2008). Hur deltagarna i denna studie har tolkat det begreppet framgår inte, men det skulle mycket väl kunna vara något som gör att de skulle ha svarat annorlunda om de fått förklarat vad delaktighet betyder. Eftersom

det inte finns någon kontrollgrupp i denna studie så kan vi inte veta hur personer som inte drabbats av commotio skulle ha svarat på självskattningsfrågorna.

Endast två personer har svarat på alla påståenden och de övriga har valt att inte svara på enstaka frågor. Orsaken till att man inte har svarat finns ingen kännedom om, men bortfallet är förhållandevis litet och påverkar inte resultatet. Det viktiga resultatet är att det finns personer som skattar att de har stora till mycket stora problem att uppleva delaktighet. De uteblivna svaren kan vara resultatet av att man inte förstått frågan, men kan också vara att den inte känns relevant för personen som svarar.

Att uppemot hälften av patienterna har besvär i någon form tre månader efter commotio är väl i överensstämmelse med tidigare studier (Stålnacke et al (2007) och de Kruijk (2002) et al). Dessa studier undersökte dock inte känslan av delaktighet, men deras resultat visade att graden av livstillfredsställelse var lägre hos de commotiodrabbade än hos kontrollgruppen.

Det glapp som kan uppstå mellan aktiviteter man önskar utföra och de man verkligen kan utföra uppstår oftast i mer komplexa aktiviteter än i den personliga skötseln (Eriksson et al 2006). Samtliga deltagare redovisar att de klarar av att sköta sin egen person, tre månader efter traumat. De svårigheter som personerna upplever tre månader efter en commotio ställer krav på andra kognitiva funktioner än de som behövs för att utföra personliga aktiviteter. Postcommotionellt syndrom (PCS) definieras på olika sätt i litteraturen. En definition säger att det ska finnas tre symtom i kombination med social och yrkesmässig funktionsnedsättning för att det ska räknas som PCS (Lundin 2007). Det aktuella självskattningsinstrumentet berör inte de vanligaste fysiska symtomen utan enbart sådant som kan förknippas med delaktighet. Några av frågorna berör just sådant som har med yrkesarbete och sociala situationer att göra. Dessa situationer är oftast mer komplexa och ska klaras av utifrån vissa krav och ibland med en viss stress.

Studien inkluderade enbart patienter 18 - 65 år. Denna grupp bedömdes som en angelägen grupp då de är i yrkesverksam ålder. Commotio är inte så frekvent i detta åldersintervall vilket kan vara en orsak till att det inte kom in fler än 13 användbara traumaprotokoll. Den största frekvensen av commotio ligger i åldrarna 16-20 år och hos personer över 65 år (Borg 2008). En större studie kring delaktighet efter commotio skulle med fördel kunna ta med även personer över 65 år.

Commotio är en ovanlig diagnos inom rehabilitering idag. Med ökad kunskap om denna diagnosgrupp kan individuell rehabilitering erbjudas vilket i sin tur möjligen kan bidra till att förkorta sjukskrivningstiden. Sannolikt finns här samhällsekonomiska vinster att göra. En person som får kunskap om varför man upplever de aktivitetsproblem man gör och om hur man ska hantera dem, har bättre förutsättningar att komma tillbaka till en fungerande vardag igen.

En större studie med fler deltagare och med ytterligare mätinstrument som belyser situationen ur aktivitets- och delaktighetsperspektiv, skulle kunna fördjupa bilden av hur situationen ser ut för dem som drabbats av commotio. Ett sådant instrument skulle vara utformat för att ge klienterna möjligheter att uttrycka sin egen uppfattning om aktivitetsförmågan och miljöns inflytande på de dagliga aktiviteterna.

5. Konklusion

Pilotstudien har visat att hälften av patienterna hade problem att känna delaktighet i sin livssituation tre månader efter commotio. Behovet av rehabilitering efter commotio har inte tidigare uppmärksammats varför en större studie är angelägen. Möjligen kan det vara så att en viss andel av commotiopatienterna är i behov av hjälp för att åter känna sig delaktiga i sin livssituation och återgå till ett aktivt liv utifrån sina individuella förutsättningar.

6. Tillkännagivanden

Författaren vill tacka neuropsykolog Marika Möller Böhm som är initiativtagare till denna studie, även om den kom att utformas något annorlunda än vad hon hade tänkt. Studien hade inte varit möjlig om inte Maria Larsson Lund vid Umeå universitet så generöst låtit mig använda självskattningsinstrumentet, tack för det. Tack också till Louise Olsson, FoU-centrum, för god handledning och uppmuntran och tack till Fredrik Granström, FoU-centrum, för statistiksUPPORT.

7. Referenser

Borg, J (2008) *Hjärnskakning kan ge långvariga besvär*. Läkartidningen 2008-06-10

de Kruijk J R, Leffers P, Menheere P P C A, Meerhoff S, Rutten J, Twijnstra A. *Prediction of post-traumatic complaints after mild traumatic brain injury: early symptoms and biochemical markers*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;73:727-732.

Eriksson G, Tham K, Borg J. *Occupational gaps in everyday life 1-4 years after acquired brain injury*. J Rehabil Med 2006, 38: 159-165.

Hägström A; Larsson Lund M. *The Complexity of Participation in Daily Life: a Qualitative Study of the Experiences of Persons With Acquired Brain Injury*. J Rehabil Med 2008; 40:89-95.

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF. Publikation från Socialstyrelsen 2003. Stockholm.

Lexell J, Lindén, A, Lövgren Engström A-L, Larsson Lund M. *Kognition och teknik (KogniTek)*. Slutrapport. Hjälpmedelsinstitutet. 2008. Stockholm

Lundin Anders. *Mild traumatic brain injury- clinical course and prognostic factors for postconcussional disorder*. Thesis for doctoral degree. Karolinska institutet. Stockholm 2007.

SBU-rapport nr 153. *Hjärnskakning – Övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? En systematisk litteraturöversikt.* Dec 2006.

Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2006. Statistik.Hälsa och sjukdomar 2006:1. Socialstyrelsen.

Stulemeijer M, van der Werf S, Borm G F, Vos P E. *Early prediction of favourable recovery 6 months after mild traumatic brain injury.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008;79:936-942.

Stålnacke B-M, Elgh E, Sojka P. *One-year follow-up of mild traumatic brain injury: cognition, disability, and life satisfaction of patients seeking consultation.* J Rehabil Med 2007; 39:405-411.

Bilaga

Traumaprotokoll – commotioprojekt 2008.

(OBS: Patienter 16-65 år)

Namn: _____ Pers.nr _____
(patientbricka)

TIDPUNKT FÖR OLYCKAN: DATUM: _____ TIDPUNKT: _____

DATUM OCH TID FÖR UNDERSÖKNINGEN: _____

AMNESITID (ca) NEJ JA Tidslängd _____

MEDVETSLÖS NEJ JA Tidslängd _____

DT SKALLE NEJ JA

ALKOMETER _____

GCS (3-15)

Ögonen

Öppnas
 spontant 4
 på tilltal 3
 vid smärtstimuli 2
Ingen reaktion 1

Bästa motoriska reaktion

På tilltal följer order 6
Vid smärtstimulering, lokaliserar 5
 drar tillbaka 4
 abnorm böjning 3
 sträcker 2
Ingen reaktion 1

Bästa verbala svar

Orienterad i tid och rum 5
Desorienterad men talar 4
O sammanhängande tal 3
Muttrar, obegripligt tal 2
Inget svar 1

TIDIGARE CNS PÅVERKAN:

Skalltrauma: NEJ JA NÄR: _____

Commotio: NEJ JA NÄR: _____

Subarachnoidalblödning: NEJ JA NÄR: _____

Stroke: NEJ JA NÄR: _____

Hjärntumör: NEJ JA NÄR: _____

Meningit/encephalit: NEJ JA NÄR: _____

Annat: NEJ JA SPECIFICERA: _____

PAT HAR FÅTT SKRIFTLIG INFORMATION OM COMMOTIO

Jag godkänner deltagande i studien¹

Jag avböjer deltagande i studien

Patientens namnteckning

¹ Vid godkännande skickas traumaprotokollet till: arbetsterapeut Anita Sehlstedt, NeuroRehab, MSE,

FoU-centrum

Centrum för klinisk forskning, Uppsala universitet

Landstinget Sörmland

Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna

Tfn: 016-10 54 00, fax: 016-10 54 30

Hemsida: www.landstinget.sormland.se/fou-centrum

Rapportmall för FoU-projekt från januari 2009

R&D Centre/Centre for Clinical Research

Sörmland County Council

Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna



LANDSTINGET
SÖRMLAND



UPPSALA
UNIVERSITET