



SAHLGRENSKA AKADEMIN

**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP OCH
FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

GRUPPBEHANDLING VID STROKEREHABILITERING

- En systematisk litteraturöversikt

Frida Gunnarsson och Sofia Johansson

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs:	ARB341 Självtändigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Susanne Gustafsson, Med. Dr, leg. arbetsterapeut, specialistarbetsterapeut
Examinator:	Christina Ekelund, Fil. dr, leg. arbetsterapeut

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbeterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Susanne Gustafsson, Med. Dr, leg. arbetsterapeut, specialistarbetsterapeut
Examinator:	Christina Ekelund, Fil. dr, leg. arbetsterapeut

Bakgrund	Människan är en social varelse och utvecklar genom interaktion med andra en identitet samt olika roller, vilka leder till välbefinnande. Detta används i gruppbehandling inom rehabilitering. Upprättandet av roller kan hindras av långvarig funktionsnedsättning, t.ex. vid stroke vilket kan medföra rollförlust, känsla av utanförskap och hindra utförandet av aktiviteter. Genom stöd av andra i samma situation underlättas bildandet av nya roller, antaganden som stöds av modellerna Peer-learning och the Model of Human Occupation. I dagsläget finns bristfälliga belägg för gruppbehandlingens effekt för personer efter stroke och en sammanställning av befintlig forskning behövs för att identifiera kunskapsgap samt erbjuda arbetsterapeuter stöd i praxis.
Syfte	Syftet med studien var att kartlägga och beskriva användandet av gruppbehandling som arbetsterapeutisk intervention för vuxna personer efter stroke.
Metod	En systematisk litteraturöversikt av artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Litteratursökningen genomfördes genom databassökning och manuell sökning, vilka resulterade i tio artiklar som kvalitetsgranskades med SBU:s granskningsmall respektive McMasters Critical Review Form. Texten bearbetades genom tematisk analys.
Resultat	Temat <i>'Mål och syfte'</i> visade att gruppbehandlingen oftast avsåg att förbättra psykosociala faktorer eller aktivitetsutförandet. <i>'Form och förutsättning'</i> visade stor variation av storlek, längd, kontext och innehåll på gruppen, samt olika förutsättningar vad gäller person, miljö, aktivitet och gruppledare. <i>'Teoretisk förankring'</i> visade bland annat att aktivitetsvetenskap, social inlärningsteori och the Model of Human Occupation användes som teoretisk förankring. <i>'Påverkan på deltagaren'</i> visade att den största nyttan angavs vara att träffa andra i samma situation.
Slutsats	Det finns ingen färdig mall för hur gruppbehandling ska genomföras i strokerehabilitering, utan detta måste anpassas beroende på deltagarnas behov. Vid kognitiva nedsättningar och hjärntrötthet är det lämpligt med mindre grupper och kortare pass, medan deltagare som kommit längre i sin rehabilitering kan dra nytta av större grupper som träffas en längre tid varje tillfälle.

Abstract

Thesis: 15 hp
Program: Occupational therapy program 180 hp
Course: ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level: First Cycle
Semester/year: ST 2018
Supervisor: Susanne Gustafsson, PhD, reg. Occupational therapist, specialist in occupational therapy
Examiner: Christina Ekelund, PhD, reg. Occupational therapist
Keyword: Occupational therapy, self-help groups, stroke, rehabilitation.

Background The human is a social being and evolves, through interaction with other people, an identity and different roles that leads to well-being. This is being used in group treatment as rehabilitation. The establishment of roles can be endangered by long-term disability, e.g. stroke, which can cause a loss of roles, a feeling of exclusion and prevent the execution of activities. Receiving support from other people in the same situation can facilitate the formation of new roles, an assumption that can be supported by the models Peer-learning and the Model of Human Occupation. Today, there are insufficient evidence of the effect of group treatment for people after stroke and a summary of existing research can identify knowledge gaps for further research and offer support in praxis for clinical occupational therapists.

Aim The aim of the study was to map and describe the use of group treatment as an occupational therapeutic intervention for adult persons after a stroke.

Method A systematic literature review of articles with both qualitative and quantitative research approach. The literature search was done through a database search and a manual search, which resulted in ten articles that were reviewed by quality with SBU:s review form and McMasters Critical Review Form. The articles were processed by thematic analysis.

Result The theme '*Aim and purpose*' showed that the group treatment intended to improve psychosocial factors or occupational performance. '*Form and condition*' showed a wide variety of size, length, context and content of the group, as well as different conditions regarding person, environment, occupation and group leader. '*Theoretical anchoring*' showed that occupational science, social learning theory and the Model of Human Occupation were used as theoretical anchoring. '*Impact on the participant*' showed that the greatest benefit was to meet other people in the same situation.

Conclusion There is no complete template for how group treatment should be performed in stroke rehabilitation, instead, this needs to be adapted depending on the needs of the participants. Smaller groups and shorter occasions are appropriate when the participants have cognitive impairments and/or fatigue, while participants who are further on in their rehabilitation can benefit from bigger groups who meet for a longer period of time on each occasion.

Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Syfte	6
Metod	7
Studiedesign	7
Litteratursökning	7
Urvalsprocess	8
Kvalitetsgranskning	8
Analys	9
Resultat	9
Målsättning och syfte med gruppbehandlingen	10
Gruppbehandlingsform och förutsättningar	10
Storlek och kontext	10
Längd	10
Innehåll	11
Förutsättningar	11
Teoretisk förankring av gruppbehandlingen	12
Gruppbehandlings påverkan på deltagaren	12
Personlig utveckling	12
Social delaktighet	13
Förbättrat aktivitetsutförande	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Implikationer för praxis	18
Referenser	19

Bilaga 1 - Inkluderade artiklar med referenser

Bilaga 2 - Kvalitetsgranskningsmall SBU

Bilaga 3 - Kvalitetsgranskningsmall McMaster

Bilaga 4 - Artikelöversikt

Bilaga 5 - Kvalitetsgranskningsresultat

Bakgrund

Människan är en social varelse som utvecklas i samspel med den sociala omgivningen och vars tankar, känslor och beteende påverkas av andra människor (1). Genom att interagera med andra skapar människan en bild av vem hon är och vad hon gör - hon skapar en identitet och en uppsättning roller (2). Att upprätthålla de många roller som människan har leder till ökat välbefinnande och mindre risk för sjukdom, som bland annat depression (3). Förmågan att upprätthålla sina roller och förmågan att vara delaktig i samhället kan hotas av långvarig funktionsnedsättning (2). Den vanligaste orsaken till långvarig funktionsnedsättning hos vuxna personer över 18 år världen över är stroke (4, 5). Idag används kunskapen om det betydelsefulla sociala samspelet inom strokerehabilitering där personer som fått en stroke får träffa andra i samma situation som en del i rehabiliteringsprocessen. Inom arbetsterapi används denna kunskap i praxis som intervention och kallas då för gruppbehandling.

Med begreppet gruppbehandling avses i föreliggande studie en rehabiliterande behandling som utförs i grupp, antingen i form av gruppterapi eller gruppaktivitet. Skillnaden mellan dessa två begrepp är att vid gruppterapi diskuteras ett gemensamt problem som uppstått i utförandet av aktiviteter (6), medan vid gruppaktivitet utförs en eller flera aktiviteter tillsammans. Fördelen med gruppbehandling är att deltagarna i gruppen tillsammans skapar en social gemenskap där de kan bekräfta, stötta och motivera varandra (7). En systematisk litteraturstudie (8) över hälsofrämjande interventioner visar att gruppbehandlingar som innehåller utförande av sociala aktiviteter kan motverka social isolering och främja psykiskt välbefinnande. Enligt en amerikansk studie (9) som undersökte terapeutiska faktorer i arbetsterapeutisk gruppbehandling har de dynamiska inslagen i gruppbehandling spelat en viktig roll inom psykiatri ända sedan 1960-talet. Deltagarna i studien berättade att det var värdefullt att se utvecklingen hos andra gruppmedlemmar och att känna delaktighet i ett sammanhang. Författarna till studien beskriver även tillitsperspektivet som värdefullt för rehabiliteringsprocessen och uttrycker att personlig tillväxt sker genom utveckling av sociala interaktioner med varandra (9). Detta kan även överföras till personer som fått en stroke då tillståndet i många fall leder till ett behov av att öva på sociala situationer.

Stroke innebär att en del av hjärnan dör till följd av syrebrist efter en blödning eller infarkt i något av hjärnans blodkärl (4). År 2016 drabbades runt 26 000 personer i Sverige av stroke och av dessa avled omkring 25 procent inom 28 dagar (10). Dagens avancerade teknik gör att betydligt fler strokedrabbade överlever, vilket även medför en ökning av antalet personer som lever med långvarig funktionsnedsättning till följd av stroke (11). Stroke kan drabba i princip vilken neurologisk funktion som helst (12) och följande nedsättningar kan vara fysiska, kognitiva, sociala eller känslomässiga (13). Personen hindras ofta från att återgå till viktiga aktiviteter då grundläggande förmågor som uppgiften kräver saknas (14).

Många personer som drabbas av stroke upplever rollförlust som ett resultat av att inte längre kunna utföra samma aktiviteter som innan insjuknandet (15). I en kvalitativ studie (15) uppgav flertalet av deltagarna att en förlust av viktiga roller gav känslan av att de stod utanför samhället. Känslan av utanförskap i kombination med känslan av att vara funktionsnedsatt ledde till att deltagarna kände sig annorlunda och avskilda från att kunna ta del av många aktiviteter. En annan studie (7) rapporterar även att många personer med stroke upplever att närstående och anhöriga är ett stort stöd, men inte förstår vad de går igenom. Detta visar på vikten av att träffa andra i samma situation. Flera studier (16, 17) framhåller att peer-

supportgrupper skapar en känsla av att inte vara ensam. Peer-support innebär att personer i liknande situationer får stöd av varandra och konceptet bygger på modellen peer-learning som utgår från att en person lär sig genom hjälp och stöd från andra i liknande situation (18). Genom gruppbehandling kan deltagarna lära sig av varandra och få stöd, vilket enligt forskning kan underlätta bildandet av nya roller (7).

För att förstå sambandet mellan roller och aktivitetsutförandet kan den arbetsterapeutiska modellen the Model of Human Occupation (MoHO) (2) appliceras. Enligt Kielhofner (2) finns en ömsesidig påverkan mellan en persons roller och aktivitetsval, vilket innebär att valet av aktiviteter påverkas av personens roller och tvärtom. Personens aktiviteter, och därmed även roller, varierar under livsspannet och vanligt förekommande roller är den som partner, förälder, yrkesverksam eller bilförare. Om aktivitetsförmågan efter stroke blir nedsatt till den grad att den som drabbats inte längre kan utföra de aktiviteter som rollen medför leder det till rollförlust och inte sällan identitetskris och nedsatt självförtroende (15). Deltagarna i en kvalitativ studie (19) uppgav att de kände sig obekväma med sitt nya jag och att de avstod från att delta i aktiviteter, antingen för att de skämdes över sig själva eller för att de inte ville vara en belastning för familj och vänner. En annan studie (20) visar att många personer med stroke upplever förändrade relationer till partner och familj och att både aktiviteter kopplade till arbete och intressen förändras på ett negativt sätt.

Enligt personlig kontakt med verksam arbetsterapeut som förslog ämnet till föreliggande studie, varierar användandet av gruppbehandling inom strokerehabiliteringen mellan olika sjukhus. Belägg för gruppbehandlingens effekt för rehabilitering av personer efter stroke ifrågasätts, vilket uttrycks som att gruppbehandling inte används i samma utsträckning överallt (personlig kommunikation, Susanna Navell 2017-11-16). Många interventioner inom strokerehabilitering saknar evidens (21), och vad gäller gruppbehandling är området beforskat i större utsträckning inom fysioterapi än arbetsterapi. Där påvisar en studie (22) bland annat att personer som varit delaktiga i gruppbehandling förbättrar sin fysiska förmåga mer effektivt än de som fått individuell träning. Trots att gruppbehandling idag används som arbetsterapeutisk intervention, finns få studier gjorda på dess inverkan på personens individuella rehabilitering ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv. En sammanställning av befintlig arbetsterapeutisk forskning behövs för att identifiera kunskapsgap inom området vilket kan ge en indikation på behov av vidare forskning. Den betydande förekomsten av personer som årligen får en stroke understryker vikten av att identifiera och sammanställa forskning om arbetsterapeutiska rehabiliterande åtgärder där gruppbehandling kan utgöra en viktig del. En sammanställning av kunskap inom området kan vara till stöd för arbetsterapeuter som arbetar med personer efter stroke, och föreliggande studie kan utgöra stöd för planering och genomförande av gruppbehandling. Den här studien avser därför att belysa kunskapsläget för arbetsterapeutisk gruppbehandling vid stroke genom att sammanställa aktuell forskning inom området.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga och beskriva användandet av gruppbehandling som arbetsterapeutisk intervention för vuxna personer efter stroke.

Metod

Studiedesign

För att svara mot syftet valdes en systematisk litteraturoversikt (systematic review) för att få en bred sammanställning av forskning inom ämnesområdet (23). Metoden innebar att systematiskt söka och kritiskt granska vetenskapliga artiklar. Denna metod valdes för att inkludera samtliga artiklar inom området, det vill säga både de med kvalitativ och kvantitativ studiedesign. En modifierad tematisk innehållsanalys (24) av inkluderade artiklar gjordes utifrån frågeställningar som presenteras under underrubriken analys.

Litteratursökning

Litteratursökningen bestod av en databassökning och en kompletterande manuell sökning som båda genomfördes den 9 januari 2018. För att få fram artiklar som svarade mot studiens syfte identifierades och användes sökorden; "support group" OR "group therapy" OR "group intervention" OR "group treatment" OR "self-help groups" OR "group rehabilitation" OR "class treatment" AND "occupational therapy" OR "activities of daily living" AND stroke OR "stroke patients". Relevanta begränsningar för respektive databas användes.

Inklusions- och exklusionskriterier användes för att få fram relevanta artiklar.

Inklusionskriterier för artiklarna var: 1) Deltagarna i studien var vuxna (18+) personer som fått en stroke, 2) Deltagarna hade deltagit i gruppbehandling, 3) Minst en arbetsterapeut hade varit deltagande i studien, som författare, forskare eller behandlare, 4) Artikelns var tillgänglig för studenter vid Göteborgs Universitet och var publicerad i fulltext på engelska eller svenska. Exklusionskriterier för artiklarna var: 1) Artikelns var en systematic review, 2) Artikelns publicerades tidigare än år 2000.

Litteratursökningen skedde i de hälso- och medicinvetenskapliga databaserna Pubmed, CINAHL och Scopus. Litteratursökningen resulterade i 116 artiklar vid sökning med sökord i databas samt tre artiklar vid manuell sökning, med ett sammanlagt resultat på 119 artiklar. I tabell 1 redovisas resultat av databassökningen.

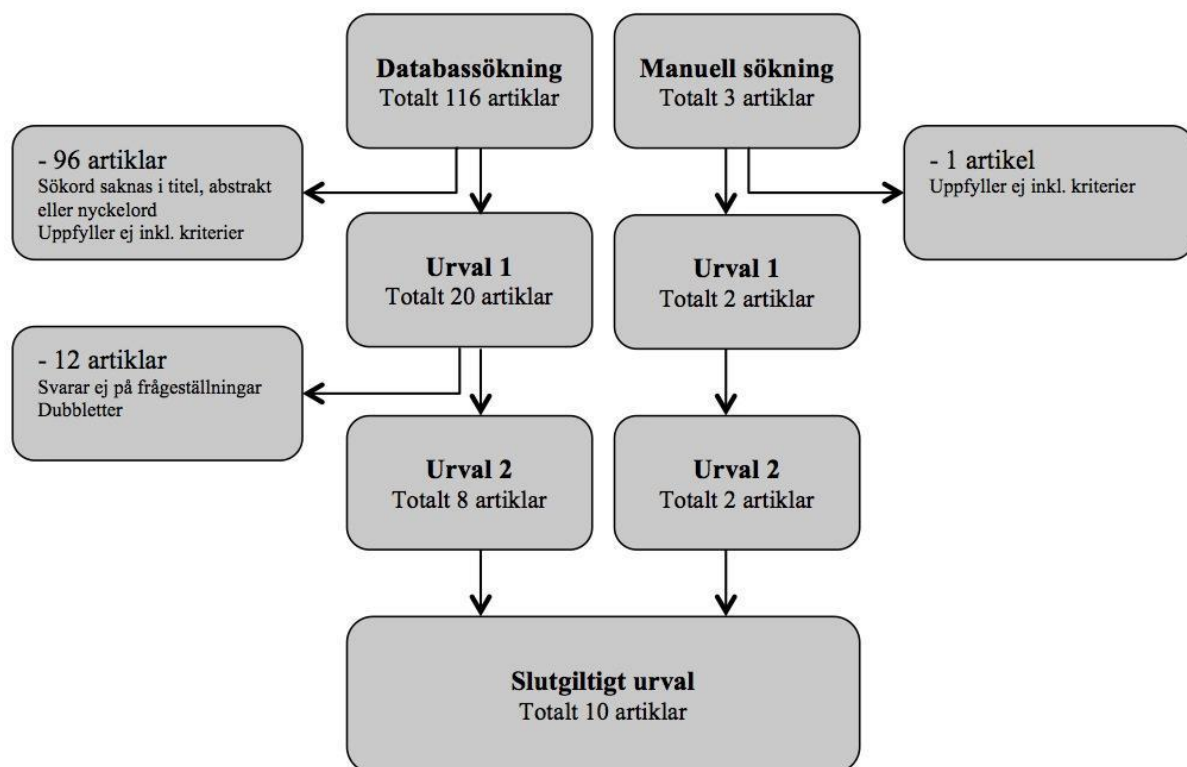
Tabell 1. Redovisning av antal sökträffar i databassökningen.

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar
PubMed	18-01-09	"support group" OR "group therapy" OR "group intervention" OR "group treatment" OR "self-help groups" OR "group rehabilitation" OR "class treatment" AND "occupational therapy" OR "activities of daily living" AND stroke OR "stroke patients"	Språk: engelska Årtal: Publicerade efter 2000.	24
CINAHL	18-01-09	"support group" OR "group therapy" OR "group intervention" OR "group treatment" OR "self-help groups" OR "group rehabilitation" OR "class treatment" AND "occupational therapy" OR "activities of daily living" AND stroke OR "stroke patients"	Peer-reviewed	13

Scopus	18-01-09	"support group" OR "group therapy" OR "group intervention" OR "group treatment" OR "self-help groups" OR "group rehabilitation" OR "class treatment" AND "occupational therapy" OR "activities of daily living" AND stroke OR "stroke patients"	Språk: engelska Årtal: Publicerade efter 2000.	79
Totalt:				116

Urvalsprocess

Urvalsprocessen bestod av två steg. Vid första urvalet sorterades 97 av de totalt 119 artiklarna bort då sökord saknades i titel, abstrakt eller nyckelord samt då artikeln inte uppfyllde inklusionskriterierna. De 22 artiklar som kvarstod efter första urvalet lästes i fulltext med studiens syfte och frågeställningar som utgångspunkt. I andra urvalet sorterades tolv artiklar bort då dessa inte svarade på studiens syfte eller frågeställningar, eller då artiklarna var dubletter. Efter andra urvalet kvarstod tio artiklar som representerade det slutgiltiga urvalet av artiklar. För urvalsprocess se figur 1.



Figur 1. Flödesschema över urval av artiklar i databassökning och manuell sökning.

Kvalitetsgranskning

De tio artiklarna som kvarstod efter urvalsprocessen genomgick en kvalitetsgranskning som bestod av flera steg där första steget innebar att författarna delade upp och läste artiklarna var för sig. Artiklarna benämns för ökad läsbarhet med en bokstav; A-J, se bilaga 1. De granskningsmallar som användes för kvalitetsgranskningen var Statens Beredning för medicinsk Utredning's (SBU) mall för granskning av artiklar med kvalitativ forskningsmetodik (25) samt McMasters Critical Review Form (26) för kvantitativa artiklar.

Med SBU's mall bedömdes de kvalitativa artiklarnas kvalitet genom en bedömning av artikelns syfte, urval, datainsamling, analys och resultat med hjälp av svarsalternativen "Ja", "Nej", "Oklart" och "Ej tillämpligt", se bilaga 2. Med McMasters mall bedömdes de kvantitativa artiklarnas kvalitet genom en bedömning av artikelns syfte, bakgrundslitteratur, urval, utfall, intervention, resultat, bortfall och slutsats med hjälp av svarsalternativen "Ja", "Nej", "Inget svar" eller "Ej beskrivet", se bilaga 3. För tydliggörande benämns svaren "Oklart", "Ej tillämpligt", "Inget svar" och "Ej beskrivet" nedan under paraplybegreppet "No Answer" ("N/A"). För att säkerställa en likvärdig bedömning mellan författarna i kvalitetsgranskningen av artiklarna, fördes en diskussion kring bedömningarna med stöd av citat från artiklarna tills konsensus uppnåddes.

I steg två gick författarna tillsammans igenom artiklarna för att gradera den sammanfattande kvaliteten utifrån svarsalternativen. Gradering skedde genom beräkning av andelen (%) "Ja", "Nej" och "N/A". För att avgöra kvaliteten som hög, medelhög eller låg skulle svaren bestå av angett antal procent "Ja" eller "N/A" där gränserna var; hög 75-100%, medelhög 50-74% och låg under 49%. "N/A" fick som mest bestå av totalt 10% och om antalet "N/A" översteg mer än 10% skattades artikeln ned en nivå, till exempel från hög till medelhög.

Analys

Artiklarnas innehåll analyserades ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv med fokus på gruppens inverkan på personens individuella rehabilitering. Analysen guidades av fyra frågeställningar; 1) Vilken målsättning och syfte har gruppbehandlingen? 2) Vad har gruppbehandlingen för form (storlek, kontext, längd, innehåll) och vilka förutsättningar anges (person, miljö, gruppleddare)? 3) Vilken teoretisk förankring av gruppbehandlingen presenteras? 4) Vilken effekt och upplevelse ger gruppbehandlingen hos deltagarna? Artiklarna bearbetades genom en tematisk innehållsanalys inspirerad av steg ett till sju i analysmetoden som beskrivs av Gildberg et al (24). Först lästes materialet igenom för att få en övergripande bild av materialet. I nästa steg skedde en systematisk läsning utifrån frågeställningarna i föreliggande studie. Därefter plockades text som svarade mot frågeställningarna ut och kvantifierades för att kunna beskriva med vilken frekvens och variation som svaren förekom. Sedan kondenserades materialet och sorterades in i teman utifrån frågeställningarna. Utifrån materialet skapades rubriker som medgav nyanser av resultatet att träda fram och slutligen utvecklades beskrivningen av temat till en sammanhängande text.

Resultat

Av tio studier var tre av kvalitativ design (A, G, I) och sju av kvantitativ design (B, C, D, E, F, H, J). De kvalitativa studierna beskrev erfarenheter och upplevelser av deltagande i gruppbehandling efter stroke, data som samlats in genom intervjuer. De kvantitativa studierna mätte effekten av gruppbehandlingen avseende olika utfallsmått, där fyra var interventionsstudier (B, D, E, F) och tre fall- eller pilotstudier (C, H, J). I interventionsstudierna jämfördes mätningar mellan två grupper, en interventionsgrupp som fick gruppbehandling och en kontrollgrupp som fick traditionell individuell- eller gruppbehandling. Interventionsstudierna var både randomiserade kontrollerade studier (RCT) (B, E, F) och kontrollerade kliniska studier (CCT) (D), med skillnaden att deltagarna i RCT-studierna randomiserades till de olika studiearmarna. I fallstudierna och pilotstudierna (C, H, J) jämfördes mätningarna av utfallsmåtten innan och efter gruppbehandlingen. Ursprungsland var USA (C, J), Australien (A, I), Norge (F, G), Israel (B, E), Sydkorea (H) samt Iran (D), och

samtliga artiklar var publicerade mellan 2009 och 2018, se bilaga 4 för detaljerad information. Sex av studierna bedömdes ha medelhög kvalitet och fyra bedömdes ha låg kvalitet. Utav de med låg kvalitet var två kvalitativa och två kvantitativa, se bilaga 5 för detaljerad beskrivning av kvalitetsgranskningen. I resultatet redovisas en sammanställande beskrivning av användandet av gruppbehandling vad gäller; mål och syfte, form och förutsättning, samt teoretisk förankring och påverkan. I de fall där kontrollgrupper förekommit har endast interventionsgruppen ingått i analysen.

Målsättning och syfte med gruppbehandlingen

I hälften av studierna (B, D, E, F, H) beskrevs inget explicit mål eller syfte med gruppbehandlingen, även om avsikten med gruppbehandlingen kunde tolkas implicit utifrån studiens syfte. Övriga fem studier (A, C, G, I, J) redovisar varierande explicita mål som övergripande handlar om förbättring av funktioner, social delaktighet och utforskande av aktivitet.

De explicita målen preciserades som; förbättring av fysiska, kognitiva och funktionella funktioner (A), främjande av rollutveckling och socialt deltagande (C), utforskande av aktivitet (I), främjande av aktivitet, välbefinnande och socialt deltagande (G) samt fallhantering (J). De övergripande implicita målen och syften var ökning av aktivitet, socialt deltagande och välbefinnande (F), förbättring av utförande, delaktighet och tillfredsställelse i aktivitetsutförandet (D) och förbättring av fysiska funktioner (E, H). Två studier angav kostnadseffektivitet som en motivering till gruppbehandlingen (B, H).

Gruppbehandlingens form och förutsättningar

Formen på gruppbehandlingen varierade stort både vad gäller storlek, kontext, längd och innehåll. I stora drag bestod gruppbehandlingen av två till 15 deltagare, utfördes i öppen- och slutenvården, pågick under åtta till 40 veckor med mellan en träff varannan vecka till fem träffar i veckan och innehöll utförandet av aktivitet eller diskussion. Gruppbehandlingen hade olika förutsättningar för person, miljö och gruppleadare. Övergripande krävde gruppbehandlingen en varierande funktionsnivå på deltagarna, en trygg miljö och en stöttande gruppleadare.

Storlek och kontext

I över hälften av gruppbehandlingarna var gruppstorleken mellan två till tio deltagare (A, B, D, G, H, J) men även en större grupp på 13 (C) respektive 15 (E) deltagare beskrevs. Två av studierna (F, I) nämnde inget deltagarantal alls. Gruppbehandlingen utfördes både i slutenvården på rehabiliteringsavdelning (C, D) och i öppenvården på seniorcenter (F, G) och dagterapicenter (A). Gruppbehandlingen beskrevs även kunna utföras i aktivitetshus (B). Deltagarna i gruppbehandlingen som utfördes på dagterapicentret såg deltagandet som ett tillfälle att upprätthålla den rehabilitering som gavs i det akuta skedet (A).

Längd och frekvens

Vanligast var ett till två grupptillfällen i veckan under en varierande tid på åtta (A, I), tolv (B, E), 36 (F) eller 40 veckor (G) eller fem veckor i följd med ett sista tillfälle tre veckor senare (J). Ett tillfälle varannan vecka under 18 veckor beskrevs också (C), liksom fem tillfällen i veckan över två veckors tid (H). Längden på varje grupptillfälle var mindre spridd och varierade mellan en timme (E), en och en halv timme (C), två timmar (B, D, F, H, I) och upp till två till tre timmar (J). I två av studierna (A, G) nämndes ingen längd på varje enskilt

grupptillfälle. En studie (A) påvisade vikten av att ha väl tilltagen tid för gruppen så att tid fanns till teori, informella samtal och för att utföra aktiviteter, medan deltagarna i en annan gruppbehandling upplevde att tillfällena borde varit kortare till följd av hjärntrötthet (J).

Innehåll

Innehållet i gruppbehandlingen kunde bestå av att utföra specifika aktiviteter som att spela tv-spel (B, E) eller ägna sig åt kreativt skapande (I). I andra gruppbehandlingar utfördes aktiviteter som matlagning (A, D), handarbete (D), eller träning i Activities of Daily Living (ADL) (H). Det vanligaste innehållet var dock att deltagarna diskuterade och reflekterade över sin egen situation, utbytte idéer kring aktivitetsutförandet samt fick undervisning i relevanta ämnen (C, F, G, J). När aktiviteten skulle utföras var det viktigt att denna lades på rätt nivå, vilket gruppledaren kunde uppfatta som utmanande trots liten gruppstorlek (A).

För att gruppbehandlingen skulle upplevas som meningsfull angav deltagarna att det var viktigt att innehållet och informationen som gavs var intresseväckande och att de hade viss kunskap i ämnet (G). Att få utbildning, teori och information angående stroke var viktigt enligt två studier (A, G) och för att informationen skulle integreras i deltagarnas vardag och inte glömmas bort krävdes repetition under längre tid (J). Aktiviteterna som utfördes behövde vara meningsfulla, uppgiftsorienterade och ge återkoppling (B). I en annan studie (I) var det viktigt för deltagarna att ges möjlighet till självständighet i aktivitetsutförandet. Genom en förändring i utförandet av aktiviteten eller med hjälp av hjälpmedel kunde aktivitetsutförande uppnås (D). Vissa aktiviteter utfördes par- eller gruppvis för att främja social delaktighet (B, F, I), men detta kunde göra aktiviteten kognitivt krävande (I). Slutligen upplevde deltagarna i en av studierna (J) svårigheter att orka med hemuppgifter från gruppbehandlingen, för att förhindra detta kunde antalet hemuppgifter minskas och spridas över hela perioden.

Förutsättningar

I hälften av studierna (A, E, G, H, I) skulle gruppdeltagarna bo i eget boende och ha förmåga att röra sig självständigt eller gå minst tio meter med eller utan hjälpmedel (B, D, E, H). Likaså skulle deltagarna vara självständiga i ADL (G) eller kunna utföra självständiga toalettbesök (A, C). För att delta i gruppbehandlingen skulle deltagarna ha god kognitiv förmåga (B, C, D, E, G, H, I, J) och avsaknad av kommunikationssvårigheter (C, G, J) eller annan neurologisk sjukdom bortsett från stroke (B, D, E). Motivationen till aktivt deltagande kunde minska om deltagarna låg på olika funktionsnivå, eftersom de då själva fick anpassa informationen de fick efter eget behov (C).

Möjlighet till transport till och från gruppbehandlingen nämndes som en viktig faktor för deltagande (C, F, J). Gruppbehandlingen genomfördes i en miljö som liknade den hemma (D) eller runt ett bord där deltagarna satt bekvämt (G, J). Tryggheten främjades i en strokespecifik grupp (I), vilket exemplifieras i följande citat från författaren till en studie om en konstgrupp:

“Att erbjuda en grupp som var strokespecifik försåg deltagarna med en säker miljö där deras erfarenheter ömsesidigt kunde förstås.” (I, sida 2352)

En stöttande, uppmuntrande och guidande gruppledare nämndes som en viktig förutsättning i åtta studier (B, C, D, E, F, G, H, I). Det beskrevs vara viktigt att gruppledaren inte byttes ut under gruppbehandlingen, för att förhindra att relationer och samtalsämnen gick förlorade (A). Gruppledarens roll var att koordinera grupptillfällena, stimulera bildandet av nya roller och meningsfulla aktiviteter (C) samt uppmuntra deltagarna till egna reflektioner (G). I två

studier (E, I) hade gruppledaren en mer passiv roll och erbjöd deltagarna hjälp vid behov. Gruppledaren uppmuntrade deltagarna att delta vid så många tillfällen som möjligt (C) och i en studie (H) beskrev deltagarna att de behövde en gruppledare som motiverade dem att utföra uppgifterna som gruppbehandlingen innebar.

Teoretisk förankring av gruppbehandlingen

Fyra studier (C, D, G, I) beskrev en uttalad teoretisk förklaringsmodell som tydliggjorde samband mellan olika grundläggande begrepp, och fyra studier (C, D, F, G) beskrev förhållningssätt som präglade vilket synsätt som använts i studien eller gruppbehandlingen. Nedan redovisas både teoretisk förankring och förhållningssätt.

Teoretisk förankring saknades i sex studier (A, B, E, F, H, J), medan fyra (C, D, G, I) tydligt beskrev studiens teoretiska förankring. Två av dessa använde aktivitetsvetenskap (D, G) som teoretisk förankring för att förklara kopplingen mellan meningsfull aktivitet, välmående och hälsa. En av dessa kombinerade aktivitetsvetenskap med neurovetenskap för att förklara det ömsesidiga sambandet mellan nervsystemet och delaktighet i meningsfulla aktiviteter (D). En annan av studierna (C) utgick från tre olika teoretiska förankringar vid utveckling och implementering av gruppbehandlingen. Dessa var MoHO, gruppdynamisk teori (Group Dynamic Theory) och social inlärningsteori. De användes för att förstå hur människan påverkas av stroke (MoHO), av gruppkontexten (gruppdynamisk teori) och av varandra (social inlärningsteori). Den fjärde studien (I) som beskrev en teoretisk förankring använde konsthälsoparadigmet med ansatsen att konst och delaktighet i konst leder till välbefinnande och hälsa.

Förhållningssätten peer support, peer exchange och peer learning användes för att deltagarna skulle interagera och lära sig av och med varandra (C, F, G), och en studie (G) refererade till Wilcock och Hockings begrepp ”Doing, being, belonging och becoming” (G). Ett holistiskt (C, D) och personcentrerat (D, F) tillvägagångssätt influerade också gruppbehandlingen.

Gruppbehandlingens påverkan på deltagaren

Studierna beskrev att deltagarna erhöll många fördelar genom gruppbehandlingen. Tre huvudområden identifierades: personlig utveckling, socialt deltagande och förbättrat aktivitetsutförande.

Personlig utveckling

Personliga fördelar till följd av gruppbehandlingen beskrevs vara ökat självförtroende samt ökad självkänsla och självmedvetenhet (A, I, J). Interaktionen med övriga deltagarna skapade möjlighet till självreflektion som gav insikt i egna förmågor (A, G, I). Det beskrevs också att gruppbehandlingen resulterade i att deltagarna fick ökat intresse för att ta eget ansvar (G), lärde sig mer om sig själva och värdesatte information och kunskap om var de kunde vända sig för hjälp (C). Tre studier (C, F, I) beskrev att deltagarna förstärkte, återupptog eller hittade en ny roll, och i en annan beskrevs att deltagarna upplevde att de hittade en ny identitet (A). Gruppbehandlingen minskade oro och depressiva symtom (F, I), och resultatet i en av dessa studier (F) beskrev hur deltagarna upplevde bättre hälsa och välbefinnande.

Slutligen nämndes förbättrad fysisk förmåga som resultat (B, E, H, I). Dessa fysiska förbättringar handlade om ökad gånghastighet och greppstyrka (B), fler och snabbare rörelseuttag (E), förbättrade motor-och processfärdigheter (H), samt förbättrad kognition och

tal (I). De studier som använt funktionsmått uttryckte att deltagarna gynnades av att befinna sig på samma fysiska nivå och att dessa då kunde tävla mot varandra och därigenom fick en utmanande och varierande träning (B). Att ha deltagit i gruppbehandling gav mer engagemang och en ökad motivation till fysisk aktivitet (B). Om deltagarna lärde sig strategier i gruppen som kunde användas hemma, ledde detta till reflektion kring erfarenheten i ett senare skede (C), men även att använda kunskapen i andra sammanhang upplevdes som viktigt för deltagarna i en av artiklarna (G).

Social delaktighet

Att delta i gruppbehandling beskrevs ha många sociala fördelar och gav deltagarna en känsla av delaktighet och tillhörighet (A, G). Det gav även en anledning att regelbundet komma hemifrån vilket skapade struktur i vardagen (F, I). Den mest omnämnda nyttan var att träffa andra personer i samma situation (A, C, F, G, I, J), och motiverades med att det gav känslan av att inte sticka ut ur mängden och att inte vara ensam, samt möjligheten att jämföra sina problem med andra (A, I). Att det var positivt att träffa andra bekräftas av en av deltagarna i följande citat:

”Så den faktiska sammankomsten var en positiv upplevelse som vi alla tyckte om. (...) Så det i sig var positivt efter att ha haft en stroke. [Det är en plats] där du har möjligheten att prata om det som du upplevt i det här sammanhanget.” (G, sida 130)

Interaktionen mellan deltagarna beskrevs vara en viktig aspekt i tre studier (A, F, I), och enligt två hade deltagarna fått inspiration och motivation från varandra (I, J). Deltagarna i tre studier (A, C, J) bekräftade att gruppbehandlingen hade gett dem nya vänner och ett nytt socialt nätverk. I en av dessa lyftes även relationen till gruppledaren som en effekt av gruppbehandlingen (A).

Förbättrat aktivitetsutförande

Gruppbehandlingen beskrevs ge fördelar när det gällde utförandet av aktiviteter. Deltagarna uppskattade och såg ett värde i möjligheten att utföra praktiska aktiviteter (A, F, I). En vårdare till en av deltagarna i ett gruppbehandlingsprogram uttryckte:

“Jag kommer bara ihåg när hon kom hem och sa att hon gillade strokegruppen bättre än logopedgruppen eftersom strokegruppen gav dem saker att göra.” (A, sida 203)

Aktiviteten att spela tv-spel i grupp undersöktes genom att jämföra resultatet med en grupp som utförde traditionell arbetsterapi (B, E). Båda studierna kom fram till att deltagarna i tv-spelsgruppen skattade sin tillfredsställelse högre än deltagarna i gruppen med traditionell arbetsterapi. En av dessa studier påvisade även en högre följsamhet och närvaro i tv-spelsgruppen (B). Att utföra aktiviteter tillsammans med de andra i gruppen gjorde att deltagarna vågade prova nya saker (A), samt lärde sig nya tekniker för att utföra aktiviteter på nya sätt (A, G). Deltagarna i en annan studie (C) lärde sig nya coping-strategier och i ytterligare andra resulterade gruppbehandlingen i ett förbättrat utförande av ADL-aktiviteter (C, D, F). I två av dessa studier (D, F) förbättrades tillfredsställelsen i utförandet av ADL-aktiviteter.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att kartlägga och beskriva användandet av gruppbehandling som arbetsterapeutisk intervention genom sammanställning av den kunskap som fanns inom ämnet. En systematisk litteraturoversikt skapar en sammanfattande bild av forskning inom området och var därför en lämplig metod att använda (23). En heltäckande systematisk litteraturstudie kan användas som beslutsunderlag i evidensbaserat arbete (23), men då föreliggande studie endast är en systematisk litteraturoversikt kan den inte anses generera evidens. En studies generaliserbarhet ökar om spridning förekommer vad gäller inkluderade studiers ursprungsland och ålder på deltagare (27), vilket föreliggande studie har. Dock kan föreliggande studie inte anses generaliserbar då studiens storlek var liten samt att kvaliteten på inkluderade studier i vissa fall var låg.

De databaser som användes valdes med motiveringen att försöka täcka ett så brett utbud av relevant litteratur som möjligt, så som biomedicinsk (PubMed), vårdvetenskaplig (CINAHL) och interdisciplinär (Scopus) litteratur. Detta val gjordes för att minska risken att relevanta studier exkluderades. Trots detta finns risk för att alla studier samt lämpliga sökord inte identifierades. Sökorden bestämdes genom att utgå från studiens syfte där begrepp för sjukdom, intervention och professionellt perspektiv identifierades. Både sökning med MeSH-termer och fritextsökning gjordes beroende på databas och antalet sökträffar var så pass litet att begränsningar i sökningen inte alltid behövdes. Antalet sökträffar var hanterbart vilket medförde en fördel i att abstrakt från samtliga studier kunde läsas ingående för att avgöra relevans utifrån urvalskriterierna. Ett inklusionskriterium för föreliggande studie var att studierna skulle finna tillgängliga för studenter vid Göteborgs Universitet, vilket kan ha exkluderat artiklar redan i första urvalet, trots att titel och abstrakt varit relevant. Detta kan ha varit en orsak till det smala urvalet av artiklar som därmed påverkat resultatet genom en bristfällig beskrivning av användandet av gruppbehandling som intervention.

Granskningsmall från McMaster (26) användes för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier då den var generell och tillät granskning av studier med olika studiedesigner. Det medförde risken att de pilot- och fallstudier som fått medelhög kvalitet i granskningen inte motsvarade denna kvalitet, vilket kan ha påverkat resultatet genom att de upplevdes ha större bevisvärde än de som fått låg kvalitet. Fördelen med att använda samma granskningsmall till alla kvantitativa studier var dock att kvaliteten på de olika studierna kunde jämföras. Dock fanns inga bestämda gränsintervaller för bedömning av kvalitet och därmed antogs vedertagna gränsintervaller från tidigare c-uppsatser, vilket möjligen påverkade resultatet av kvalitetsgranskningen.

Utbudet av studier gjorda inom området var litet, vilket medförde att även studier av låg kvalitet behövde inkluderas. Fyra av tio inkluderade studier beräknades ha låg kvalitet, bland annat på grund av bristfällig redovisning av etiska överväganden. Att etiska överväganden görs är ett krav på alla vetenskapliga studier (23). Om detta inte redovisades gick det inte att säkerställa att etiska överväganden var gjorda och därmed sänktes kvaliteten på studien. Det begränsade utbudet av studier inom området gjorde att delar av samma forskargrupper var delaktiga i två studier var, totalt fyra inkluderade studier. Dessa var de båda studierna om videospel som intervention och de båda studierna om lifestyle-group som intervention. Detta

kan ha gett ett missvisande resultat genom att de båda interventionerna beskrivs användas i orättvist stor utsträckning.

Då författarna hade en förförståelse för aktivitet och dess inverkan samt positiva erfarenheter av gruppbehandling fanns en risk att resultatet tolkades utifrån detta. För att i största möjliga mån undvika att resultatet påverkades av författarnas förförståelse hade dessa ett reflexivt förhållningssätt vid hanteringen av materialet. Reflexivitet innebär att författarna reflekterade över sin egen förförståelse samt insåg och övervägde betydelsen av denna för forskningsprocessen (28). Författarna inkluderade material som påvisade såväl positiva som negativa effekter av gruppbehandling för att inte medvetet vinkla resultatet åt ett önskvärt håll. Vad som kunde ses som en tillgång var att föreliggande studie analyserade materialet ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv, vilket innebär att resultatet är av relevans för arbetsterapeuter som arbetar med gruppbehandling. Detta innebär att studien kan skapa ett bättre kunskapsläge för arbetsterapeuter i Sverige som arbetar med strokepatienter och därmed anses nyttan överväga riskerna.

Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie visar att syftet med gruppbehandlingen oftast var att förbättra psykosociala faktorer eller aktivitetsutförandet, samt att deltagandet ställde krav på viss fysisk funktion. Som teoretisk förankring av gruppbehandlingen användes bland annat aktivitetsvetenskap, social inlärningsteori och MoHO, men i över hälften av studierna redovisades ingen teori. Gruppbehandlingen bestod många gånger av ett varierande innehåll, såsom utförande av aktivitet, undervisning och diskussion av problem och lösningar. Vad som sågs som viktigt i gruppbehandlingen var att gruppen var strokespecifik och att innehållet låg på en lämplig nivå för deltagarna och tog upp relevanta ämnen och aktiviteter. Gruppbehandlingen beskrevs medföra många fördelar och de mest betydande var ökat självförtroende, insikt i förmågor, nya roller och förbättrad fysisk förmåga. Den största nyttan angavs vara att få träffa andra i samma situation och att få ett nytt socialt nätverk. Gruppbehandlingen beskrevs i flera fall även ge ett förbättrat aktivitetsutförande genom nya tekniker och copingstrategier.

Studierna (A, C, F, G, I, J) bekräftar två redan kända fördelar med gruppbehandling; vikten av att träffa andra i samma situation (16, 17) samt att gruppbehandling kan bidra till bildande av nya eller återupptagandet av förlorade roller (7). Sex studier (A, C, F, G, I, J) beskriver en vinst i att möta jämbördiga, varav tre av dessa (C, F, G) använder begreppet peer-learning/support/exchange. Detta styrker vikten av att ha en strokespecifik grupp då en gruppbehandling med deltagare som befinner sig i olika situationer går miste om det utbyte som peer-support medför. Att vara akut sjuk kan ses som en social roll som medför privilegier, exempelvis fräntas den sjuke ofta ansvar för all dagliga förpliktelser (29). Om den akuta sjukdomen övergår till ett kroniskt tillstånd med bestående funktionsnedsättning hamnar den sjuke mitt emellan rollen som sjuk och frisk. Detta kan skapa negativa känslor hos personen kring de tidigare privilegierna, vilket skapar en svårdefinierad roll. Enligt MoHO (2) kan roller vara mer eller mindre formella och det kan vara svårt att definiera vilka förväntningar en informell roll innefattar, exempelvis rollen som kroniskt sjuk. Då deltagarna i en gruppbehandling alla har denna svårdefinierade roll, kan det antas att de blir bekräftade och tillsammans kan definiera vilka förväntningar rollen innebär. Det kan tänkas vara en anledning till att deltagarna i tre studier (C, F, I) beskrevs hitta en ny eller återuppta en gammal roll. En annan tänkbar anledning antas vara då deltagaren lyckas återta förlorade

aktiviteter. Detta kan ske eftersom gruppbehandlingen ger ökat aktivitetsutförande (A, G, C), nya tekniker och copingstrategier (A, G, C).

MoHO's (2) adaptationsprocess kan förklara hur gruppbehandlingen kan leda till att deltagare återtar en aktiv roll. Varje person har olika förutsättningar som består av dennes vilja, vanor samt fysisk- och psykisk kapacitet. Allt detta påverkar personens görande, tillämpningen av sin kapacitet och delaktighet i görandet. Görandet formar personens bild av sig själv som en aktiv människa. Ovanpå allt befinner sig personen ständigt i en fysisk, social och kulturell omgivning som påverkar självbilden. Några av gruppbehandlingarna syftade till att påverka första steget i adaptationsprocessen utifrån begreppen kapacitet och vanor, genom att förbättra kroppsfunktioner (A, E, H) och hitta nya roller (C). Andra studier syftade till att påverka andra steget genom att förbättra aktivitetsutförandet (D) och ytterligare studier syftade till att skapa en främjande social omgivning (C, G, F). Eftersom alla dessa påverkar varandra och i slutändan leder till hur personen ser sig själv som en aktiv människa kan gruppbehandling, oavsett syfte, leda till att personen stärker sin självbild och därmed kan återta sin tidigare identitet. Föreliggande studie visar att få gruppbehandlingar grundas på någon teori, trots att författarna anser att detta är en viktig aspekt att ta hänsyn till vid planerandet och genomförandet av gruppbehandlingen. Vi anser att adaptationsprocessen skulle kunna användas som teoretisk förankring för att tydliggöra gruppbehandlingens inverkan på deltagaren. Detta skulle förtydliga vikten av gruppbehandlingen och lyfta fram betydelsen av den arbetsterapeutiska kompetensen i grupprocessen. På sikt kan en ökad teoretisk förankring förstärka professionen genom att belysa för såväl patienter samt andra professioner att arbetsterapeuten har en roll i att möjliggöra personlig förändring.

Resultatet visar på att gruppdeltagare upplever det viktigt att få information, att lära sig mer och att utvecklas efter en stroke (A, G). Detta kan kopplas till begreppet hälsolitteracitet som bland annat innefattar förmågan att kunna läsa och förstå information som ges och vara delaktig som beslutstagare i hälsorelaterade frågor (30). När deltagarna i studierna fick information om stroke samt bearbeta ämnen som de själva upplevde viktiga kunde de ta kontroll över sin egen situation, och därigenom vara beslutstagare i sin egen rehabilitering. Enligt Mårtensson och Hensing (30), leder hälsolitteracitet till att personen kan samarbeta med vårdpersonal på ett helt annat sätt, till skillnad mot personer som inte förvärvat information i lika hög grad. Arbetsterapeuter som arbetar med gruppbehandling kan med fördel utbildas i att använda begreppet hälsolitteracitet, för att få ökad förståelse för dess innebörd och hur det kan implementeras i praxis. När gruppbehandling planeras kan hälsolitteracitet appliceras genom att i gruppen avsätta tid för information kring stroke och deltagarnas frågor under gruppbehandlingen. Det kan även vara viktigt att lyfta själva begreppet hälsolitteracitet och förklara vad det innebär och hur deltagarna kan uppnå detta.

Att deltagarnas förmågor ligger på en likvärdig nivå är viktigt för att innehållet ska passa alla behov (C), men att lägga gruppbehandlingen på en nivå som passar alla deltagarna kan vara utmanande (A). Dessutom är det viktigt att innehållet och informationen som ges är intresseväckande och att deltagarna har viss kunskap i ämnet (G). Det kan därför antas vara komplext att sätta samman en grupp när innehållet ska passa alla deltagare vad gäller både nivå, intresse och kunskap. Då deltagarna har olika intressen och personliga förutsättningar kan det vid en gruppintervention vara svårt att anpassa miljön och aktiviteten optimalt så att dessa faktorer motsvarar samtliga deltagarnas förmågor. Detta medför utmaningar i att arbeta personcentrerat på gruppnivå, vilket styrks av Hutchison (31) i en studie om personcentrerade

grupper. Ett ställningstagande är huruvida gruppleddaren bör vara person- eller gruppcentrerad och hur detta förvaltas på bästa sätt. Ett tänkbart sätt att arbeta personcentrerat i en grupp är att gruppleddaren överläter valet av aktivitet till deltagarna. Att stötta personen i egna beslut och upprätta strategier för att nå mål kan göras genom personcentrerad vård där personens historia synliggörs (32). Ännu en viktig aspekt i arbetet med gruppbehandling är tystnadsplikt och att respektera personens integritet. När fler personer delar personliga upplevelser och tankar, ökar risken att känslig information sprids utanför gruppen (32). För att hantera den komplexa gruppdynamiken är det viktigt med en skicklig och erfaren gruppleddare (33). Av vikt är att gruppleddaren är stöttande och uppmuntrande (B, C, D, E, F, G, H) men även ger deltagarna möjlighet att utföra aktiviteten självständigt (I). Detta styrker även vikten av och krav på gruppleddarskapet, vilket påvisar behov av vidareutbildning och handledning för arbetsterapeuter i syfte att kunna möta olika förutsättningar och viljor under en gruppbehandling.

Resultatet visar att det ofta krävs god kognitiv förmåga och avsaknad av kommunikationssvårigheter för att delta i gruppbehandling (B, C, D, E, G, H, I, J), vilket innebär att personer med stroke som har denna typ av problematik ofta utesluts. Ett flertal studier beskriver att kognitiva och kommunikativa svårigheter är en vanlig följd av stroke, både hos unga (34), och hos äldre (35). Ett ökat stödbehov hos personer efter stroke som har denna typ av problematik beskrivs i en irländsk studie (36). Där redogörs för att hälften av alla med minnessvårigheter, en tredjedel med talsvårigheter och endast en fjärdedel med fysiska nedsättningar anser sig behöva mer stöd (36). Det är förvånansvärt att personer med stroke som har kognitiva och kommunikativa nedsättningar i stor utsträckning utesluts från gruppbehandling och frågan är på vilka grunder detta sker. En förklaring kan vara att deltagare med dessa svårigheter inte får ut något av gruppen eller inte själva kan bidra, men ett motargument är då allas rätt till vård på lika villkor (37). Gruppbehandlingen kan anpassas till personer med kognitiv funktionsnedsättning genom att justera längd, storlek och innehåll till den aktuella målgruppen. Enligt en meta-analys (38) över evidensbaserad kognitiv rehabilitering kan gruppträning vara en lämplig metod att använda för att förbättra nedsättningar i kognitiv funktion. Förslagsvis kan deltagarna arbeta med strategier och utföra aktiviteter som tränar kognitiva och kommunikativa förmågor.

Föreliggande studie visar även att gruppbehandling kan ses vara kostnadseffektiv (B, H), vilket är ett centralt begrepp inom hälsoekonomi och innebär att behandlingen ger en stor effekt för liten kostnad (39). Etiska principer i de allmänna riktlinjerna för prioriteringar inom vården (40) består av tre principer för; människovärde, behovs- och solidaritet och kostnadseffektivitet. Dessa är rangordnade i ovan nämnd ordning och innebär att allas lika värde och rätt till vård går före prioritering av vårdbehov, som i sin tur går före kostnadseffektivitet. Tänkbara risker med att enbart se gruppbehandlingen ur ett kostnadseffektivt perspektiv är att detta prioriteras före människovärde eller vårdbehov, vilket kan tänkas yttra sig i för stora grupper eller att personer med problematik som innebär extra resurser exkluderas. Kostnadseffektivitet kan ses ur olika perspektiv - personens, sjukvårdens eller samhällets (39). Det kan vara svårt att hitta en behandling som gynnar alla men då föreliggande studie visar att gruppbehandling har många fördelar för den enskilde personen kan den antas gynna både personen, sjukvården och samhället ur ett hållbarhetsperspektiv. Därmed behövs inget ställningstagande mellan dessa aspekter tas och gruppbehandlingen kan antas vara en etiskt försvarbar behandling som ger fördelar både ur ett ekonomiskt- och nyttoperspektiv.

En annan tänkbar risk med att se gruppbehandling som kostnadseffektiv kan vara att hälsoekonomi ofta utgår från ett patogent synsätt (41), där fokus ligger på hur sjukdom och problem kan leda till nedsatt livskvalitet och ökade samhällskostnader. Istället kan gruppbehandling ses ur ett salutogent perspektiv där fokus är att se personens resurser. Begreppet salutogen är grunden för teorin Känsla av Sammanhang (KASAM) med delkomponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som centrala begrepp (42). Det kan därför antas att deltagarna genom gruppbehandling får information som hjälper dem förstå situationen (begriplig), stöd från andra som hjälper dem att hantera situationen (hanterbarhet) och ett tillfälle att vara delaktiga i ett sammanhang (meningsfullhet). Det salutogena förhållningssättet skulle med fördel kunna inkluderas i den arbetsterapeutiska gruppbehandlingens teoretiska förankring och därmed tydliggöra dess generella ansats.

Slutligen finns ett fortsatt behov av arbetsterapeutisk forskning för gruppbehandling inom strokehabilitering och det är önskvärt med studier av hög kvalitet för att kunna påvisa evidens för behandlingsformen.

Implikationer för praxis

Det finns ingen färdig mall för hur arbetsterapeutisk gruppbehandling ska genomföras inom strokehabilitering, utan den måste anpassas beroende på deltagarnas behov. Vid kognitiva nedsättningar och hjärntrötthet är det lämpligt med mindre grupper och kortare pass, medan deltagare som kommit längre i sin rehabilitering kan dra nytta av större grupper som träffas en längre tid varje gång. Framgångsfaktorer för gruppbehandling är:

- Att tydliggöra den teoretiska förankringen och överväga att involvera begrepp som salutogenes, personcentrering, hälsolitteracitet och hälsoekonomi.
- Att deltagarna tillåts vara självständiga, ta eget ansvar och får möjlighet att interagera med varandra.
- En välkomnande och inkluderande miljö som känns trygg och hemtrevlig.
- Ett öppet förhållningssätt hos gruppledaren som uppmuntrar till diskussioner och aktivitetsutförande.
- Ett personcentrerat förhållningssätt i sammansättning av gruppdeltagare, ämnen som diskuteras och aktiviteter som utförs.

Referenser

1. Argentzell E, Leufstadius C. Teoretiska grunder inom psykosocial arbetsterapi. I: Eklund M, Gunnarsson B, Leufstadius C, redaktörer. Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 41-71.
2. Kielhofner G. Model of Human Occupation. Teori och tillämpning. 4:e uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
3. Chrouser Ahrens C, Ryff C. Multiple Roles and Well-being: Sociodemographic and Psychological Moderators. *Sex Roles*. 2006;55(11):801-15.
4. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. *Lancet*. 2008;371:1612-23.
5. Jönsson AC. Stroke – en folksjukdom. I: Jönsson AC, redaktör. Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 25-35.
6. Eklund M. Grupper i arbetsterapi. I: Eklund M, Gunnarsson B, Leufstadius C, redaktörer. Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 87-98.
7. Ch'Ng A, French D, Mclean N. Coping with the Challenges of Recovery from Stroke: Long Term Perspectives of Stroke Support Group Members. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1136–46.
8. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Aging Soc*. 2005;25:41-67.
9. Falk-Kessler J, Momich C, Perel S. Therapeutic Factors in Occupational Therapy Groups. *Am J Occup Ther*. 1991;45:59-66.
10. Socialstyrelsen. Statistik om stroke 2016 [Internet]. Socialstyrelsen; 2017 [uppdaterad 2017-12-06; citerad 2018-03-04]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20772/2017-12-18.pdf>
11. Sackley CM, Walker MF, Burton CR, Watkins CL, Mant J, Roalfe AK, et al. An Occupational Therapy intervention for residents with stroke-related disabilities in UK Care Homes (OTCH): cluster randomised controlled trial with economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2016;20(15).
12. Pessah-Rasmussen H. Rehabilitering och eftervård. I: Gottsäter A, Lindgren A, Wester P. Stroke och cerebrovaskulär sjukdom. 2:a Uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 333-46.
13. Satink T, Cup EH, Iloft I, Prins J, de Swart BJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Patients' Views on the Impact of Stroke on Their Roles and Self: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Arch Phys Med Rehab*. 2013;94:1171-83.
14. Robison J, Wiles R, Ellis-Hill C, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disabil Rehabil*. 2009;31:1555–66.
15. Reed M, Harrington R, Duggan Á, Wood VA. Meeting stroke survivors' perceived needs: a qualitative study of a community-based exercise and education scheme. *Clin Rehabil*. 2010;24:16-25.
16. Morris R, Morris P. Participants Experiences of Hospital Based Peer Support Groups for Stroke Patients and Carers. *Disabil and Rehabil*. 2012;34(4):347-54.
17. Kessler D, Egan M, Kubina LA. Peer support for stroke survivors: a case study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jun;14:256.

18. Boud D, Cohen R, Sampson J. Peer learning and assessment. *Assess Eval High Edu.* 1999;24(4):413-26.
19. Dowswell G, Lawler J, Dowswell T, Young J, Forster A, Hearn J. Investigating recovery from stroke: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2000;9:507-15.
20. Mckevitt RC, Fudge EN, Redfern MJ, Sheldenkar A, Crichton S, Rudd A, et al. Self-Reported Long-Term Needs After Stroke. *Stroke.* 2011;42(5):1398-1403.
21. Brogårdh C, Flansbjer UB, Lexell J. Rehabilitering och friskvård. I: Jönsson AC, redaktör. *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv.* Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 266-77.
22. Renner IE C, Outermans J, Ludwig R, Brendel C, Kwakkel G, Hummelsheim H. Group therapy task training versus individual task training during inpatient stroke rehabilitation: a randomised controlled trial. *Clin Rehab.* 2016;30(7):637-48.
23. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. rev. utg. Stockholm: Natur & kultur; 2016.
24. Gildberg F, Bradley S, Tingleff E, Hounsgaard L. Empirically Testing Thematic Analysis (ETTA) - Methodological implications in textual analysis coding system. *Nordisk Sygeplejeforskning.* 2015;5(2):193-207.
25. Statens beredskap för medicinsk utvärdering. Mall för kvalitetsgranskning av artiklar med kvalitativ forskningsmetodik [Internet]. Stockholm: SBU; 2014. [Citerad 2018-01-03]. Hämtad från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_observationsstudier.pdf
26. Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, Westmorland M. Critical Review Form – Quantitative Studies [Internet]. Ontario: McMaster University; 2007. [Citerad 2018-01-05]. Hämtad från: https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/iCAHE/CATs/McMasters_Quantitative%20review.pdf
27. Kukull WA, Ganguli M. Generalizability - The trees, the forest, and the low-hanging fruit. *Neurol.* 2012;78:1886–91.
28. Malterud K, Midenstrand M. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 2009.
29. Mosey AC. Psychosocial components of occupational therapy. New York: Raven Press; 1986.
30. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen.* 2011;108(51-52):2718-20.
31. Hutchison CG. Trusting the process? Anxiety-provoking situations as challenges to the symbolization and processing of experience in person-centered groups. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies.* 2015;14(1):47-61.
32. Munthe C, Sandman L, Cutas D. Person Centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Anal.* 2012;20(3):231-49.
33. Clark E, Bennett K, Ward N, Jones F. One size does not fit all. *Disabil Rehabil.* 2018;40(5):569-76.
34. Schaapsmeerde P, Maaijwee N, van Dijk E, Rutten-Jacobs L, Arntz R, Schoonderwaldt H, et al. Long-Term Cognitive Impairment After First-Ever Ischemic Stroke in Young Adults. *Stroke.* 2013;44:1621-28.

35. Mukhopadhyay A, Sundar U, Adwani S, Pandit D. Prevalence of Stroke and Post-stroke Cognitive Impairment in the Elderly in Dharavi, Mumbai. *J Assoc Physicians India*. 2012 Oct;60:29-32.
36. Walsh ME, Galvin R, Loughnane C, Macey C, Horgan NF. Community re-integration and long-term need in the first five years after stroke: results from a national survey. *Disabil Rehabil*. 2014;37:1-5.
37. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet
38. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(4):519-30.
39. Anell A. Hälsoekonomi. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
40. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Prop. 1996/97:60). Stockholm: Socialdepartementet.
41. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering- en handbok. Hälsoekonomiska utvärderingar [Internet]. SBU; 2015 [uppdaterad 2015-11-25; citerad 2017-02-26]. Hämtad från:
http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel11.pdf
42. Antonovsky, A. Hälsoens mysterium. Stockholm: Natur och Kultur. 1991.

Bilaga 1

Artikel	
A	Schouten L, Murray C, Boshoff K. Overcoming the long-term effect of stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme. <i>Int J of Ther Rehabil.</i> 2011 Apr;18(4):198-208
B	Givon N, Seilig G, Weingarden H, Rand D. Video-games used in a group setting is feasible and effective to improve indicators of physical activity in individuals with chronic stroke: a randomized controlled trial. <i>Clin Rehab.</i> 2016;30(4):383-92
C	Muller M, Toth-Cohen S, Mulcahey MJ. Development and Evaluation of a Hospital-Based Peer Support Group for Younger Individuals with Stroke. <i>Occup Ther Health Care.</i> 2014;28(3):277-95
D	Mehdizadeh M, Hassani Mehraban A, Zahedyannasab R. The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trial, Neuro-Occupational View. <i>Basic Clin Neurosci.</i> 2017;8(1):69-76
E	Rand D, Givon N, Weingarden H, Nota A, Zeilig G. Eliciting Upper Extremity Purposeful Movements Using Video Games: A Comparison With Traditional Therapy for Stroke Rehabilitation. <i>Neurorehab Neural Repair.</i> 2014;28(8):733-39
F	Lund A, Michelet M, Sandvik L, Wyller TB, Sveen U. A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial. <i>Clinl Rehab.</i> 2011;26(6):502-12
G	Lund A, Melhus M, Sveen U. Enjoyable company in sharing stroke experiences - lifestyle groups after stroke. <i>Scand J Occup Ther.</i> 2018;25(2):127-35
H	Yoo E, Jung M, Park H, Kim J, Jeon H. Group constraint-induced movement therapy: Motor and functional outcomes in individuals with stroke. <i>Can J Occup Ther.</i> 2009;76(5):335-41
I	Beesley K, White JH, Alston MK, Sweetapple AL, Pollack M. Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme. <i>Disabil and Rehabil.</i> 2011;33(22-23):2346-55
J	Schmid A, Miller KK, Van Puymbroeck M, DeBaun-Sprague E, Shively C, Peterson E, et al. Feasibility and results of a pilot study of group occupational therapy for fall risk management after stroke. <i>Brit J Occup Ther.</i> 2015;78(10):653-60

Bilaga 2

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Kommentarer till mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

1. Syfte

Fundera över:

- vad målsättningen med studien var
- varför det är viktigt
- relevansen
- om kvalitativ metodik är lämplig för att utforska problemområdet/svara på frågeställningen.

2. Urval

Fundera över:

- om forskaren redovisat bakgrund till vald urvalsmetod
- om forskaren redovisat hur deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat varför de valda deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat hur många deltagare som valdes ut
- om forskaren redogjort för om någon inte valde att delta och i så fall varför
- om forskaren lyfter fram etiska resonemang som sträcker sig längre än informed consent och ethical approval
- om forskaren beskrivit relationen mellan forskare och informant och hur denna skulle kunna påverka datainsamlingen, exempelvis tacksamhetsskuld, beroendeförhållanden etcetera.

3. Datainsamling

Fundera över:

- om ”settingen” för datainsamlingen var berättigad
- om det framgår på vilket sätt datainsamlingen utfördes (t ex djupintervju, semistrukturerad intervju, fokusgrupp, observationer etc)
- om forskaren har motiverat vald datainsamlingsmetod
- om det explicit framgår hur vald datainsamlingsmetod utfördes (t ex vem intervjuade, hur länge, användes intervjuguide, var utfördes intervjun, hur många observationer etc)
- om metoden modifierades under studiens gång (om så är fallet, framgår det hur och varför detta skedde)
- om insamlat datamaterial är tydliga (t ex video- eller ljudinspelningar, anteckningar etc)

- om forskaren resonerar kring om man nått mättnad, det vill säga när mer datainsamling inte ger mer ny data (inte alltid tillämpligt)
- om det är tillämpligt att föra ett mättnadsresonemang, fundera på om det är rimligt, det vill säga faktiskt validerat på goda grunder.

4. Analys

Fundera över:

- om analysprocessen är beskriven i detalj
- om analysförfarandet är i linje med den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamlingen
- om analysen är tematisk, framgår det hur man kommit fram till dessa teman?
- om tabeller har använts för att tydliggöra analysprocessen
- om forskaren kritiskt har resonerat kring sin egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om analysmättnad råder (kan man hitta fler teman baserat på redovisade citat?).

5. Resultat

Fundera över:

- om resultaten/fyndet diskuteras i relation till syftet eller frågeställningen
- om ett adekvat resonemang förs kring resultaten eller om resultaten bara är citat/dataredovisning
- om resultaten redovisas på ett tydligt sätt (t ex är det lätt att se vad som är citat/data och vad som är forskarens eget inlägg)
- om resultatredovisningen återkopplas till den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamling och analys
- om tillräckligt med data redovisas för att underbygga resultaten
- i vilken utsträckning motstridiga data har beaktats och framhålls
- om forskaren kritiskt har resonerat kring dess egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om forskaren för ett resonemang kring resultatens överförbarhet eller andra användningsområden för resultaten.

Referenser

1. Bahtsevani C. In search of evidence-based practices: exploring factors influencing evidence-based practice and implementation of clinical practice guidelines. Malmö: Malmö högskola; 2008.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Studentlitteratur; 2006.

Bilaga 3

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission -

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

Instructions: Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

CITATION	Provide the full citation for this article in APA format:
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Describe the justification of the need for this study:
DESIGN <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.): Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:
SAMPLE N = Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?: Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:

<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p>	
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Outcome areas:</p>	<p>List measures used.:</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p>	

<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p>

Bilaga 4

Titel	Syfte	Land för utförande	Tidsskrift och publikationsår	Studiedesign	Antal deltagare, köns- och åldersfördelning	Studie population
Overcoming the long-term effects of stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme.	Att utvärdera ett grupprogram för strokerehabilitering på ett dagterapicenter.	Australien	International Journal of therapy and rehabilitation, 2011	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju	7 deltagare - 3 personal (K=3) <i>Ålder ej angivet.</i> - 4 deltagare (K=1, M=3) 65-85 år.	Personer som haft minst en stroke och som genomgått rehabiliteringsgrupprogram.
Video-games used in a group setting is feasible and effective to improve indicators of physical activity in individuals with chronic stroke: a randomized controlled trial.	Undersöka möjligheten att använda videospel i gruppbehandling och jämföra effekten av video-spel som gruppintervention med traditionell gruppintervention för att förbättra fysisk aktivitet hos personer med kronisk stroke.	Israel	Clinical Rehabilitation, 2016	Kvantitativ, RCT	47 deltagare - 23 i interventionsgrupp (K=12, M=11) 29-69 år. - 24 i kontrollgrupp (K=7, M=17) 42-78 år.	Personer 18-80 år, eget boende, haft stroke för mer än sex månader sen. Nedsättning i övre extremitet, bibehållen gångförmåga, ej kognitiv nedsättning
Development and Evaluation of a Hospital-Based Peer Support Group for Younger Individuals with Stroke.	Presentera resultatet från ett sjukhusbaserat program som bygger på arbetsterapeutiska principer.	USA	Occupational Therapy in Health Care, 2014	Kvantitativ, pilotstudie	13 deltagare (K=3, M=10) 18-65 år.	Yngre vuxna mellan 18-65 som fått en stroke och deltar i gruppbehandling
The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trail, Neuro-Occupational View.	Utvärdera effekt av gruppbaserad arbetsterapi för att förbättra utförandet och tillfredsställelsen i ADL för patienter med kronisk stroke.	Iran	Basal and Clinical Neuroscience, 2017	Kvantitativ, CCT	14 deltagare - 7 interventionsgrupp (M=3, K=4) 40-59 år. - 7 kontrollgrupp (M=6, K=1) 45-65 år.	Personer med kronisk stroke som behöver förbättra utförandet av sina dagliga aktiviteter.
Eliciting upper extremity purposeful movements using video games: a comparison with traditional therapy for stroke rehabilitation.	Jämföra antalet meningsfulla och icke-meningsfulla repetitioner samt acceleration av rörelser i överkropp, mellan traditionell terapi och terapi med hjälp av tv-spel.	Israel	Neuro-rehabilitation and Neural Repair, 2014	Kvantitativ, RCT	29 deltagare - 15 interventionsgrupp (K=7, M=8) 29-69 år - 14 kontrollgrupp (K=5, M=9) 42-78 år.	Personer 18-80 år som fått stroke för mindre än sex månader sen.

A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial.	Utvärdera effektiviteten av inverkan för en livsstilsgrupp på välbefinnande, yrke och socialt deltagande.	Norge	Clinical Rehabilitation, 2011	Kvantitativ, RCT	86 deltagare - 39 = interventionsgrupp (K=17, M=22) <i>Medelålder 75 år.</i> - 47= kontrollgrupp (K=27, M=20) <i>Medelålder 79 år.</i>	Personer från 65 år och uppåt som diagnostiserats stroke eller TIA.
Enjoyable company in sharing stroke experiences; - lifestyle groups after stroke.	Utforska hur deltagare medverkade i personcentrerade livsstilsgrupper efter att de fått en stroke.	Norge	Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2018	Kvalitativ, semi-strukturerad intervju	6 deltagare (K=2, M=4) <i>66-80 år.</i>	Äldre personer med kvarstående men milda till måttliga funktionsnedsättningar efter stroke som deltagit i livsstilsgrupper under minst 9 månader.
Group constraint-induced movement therapy: Motor and functional outcomes in individuals with stroke.	Bedöma effekten av CIMT (Constraint Induced Movement Therapy) i grupp på arm/handfunktion och utförandekapacitet i I-ADL hos personer som haft en stroke.	Sydkorea	Canadian Journal of Occupational Therapy, 2009	Kvantitativ, fallstudie	8 deltagare (K=2, M=6) <i>38-71 år.</i>	Personer som bor hemma och som haft en stroke för mer än sex månader sen med nedsatt arm/handfunktion.
Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme.	Utforska stokedrabbades upplevelse av deltagande i ett konsthälsoprogram och deltagandets möjliga hälsoeffekter för livskvalitet och välbefinnande.	Australien	Disability and Rehabilitation, 2011	Kvalitativ, fokusgrupp och semi-strukturerad intervju	11 deltagare - 9= fokusgrupp (K=6, M=3) - 11=intervju (K=7, M=4) <i>43-81 år.</i>	Personer i åldern 43-81 och som bor i eget boende och som har fått en stroke.
Feasibility and results of a pilot study of group occupational therapy for fall risk management after stroke.	Granska genomförbarheten och resultaten av en pilotstudie av gruppen " <i>Group Occupational Therapy for Falls</i> ", ett fallriskhanteringsprogram utformat för personer med kronisk stroke.	USA	British Journal of Occupational Therapy, 2015	Kvantitativ, pilotstudie	10 deltagare (M=10) <i>Medelålder på 64.8 ± 9,14 år.</i>	Personer över 18 år som fått en stroke för mer än 6 månader sedan och som har självrapporterat fall eller rädsla för att falla.

Bilaga 5

Kvalitativa artiklar med SBU: mall för studier med kvalitativ forskningsmetodik

Artikel	Overcoming the long-term effects on stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme	Enjoyable company in sharing stroke experiences; - lifestyle groups after stroke	Art after stroke: the qualitative experience of community dwelling stroke survivors in a group art programme
Total bedömning av studiekvalitet? (hög, medelhög, låg)	Medelhög	Låg	Låg
Syfte			
Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	Ja	Ja	Ja
Urval			
Är urvalet relevant?	Ja	Ja	Ja
Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Nej
Är kontexten tydligt beskriven?	Ja	Nej	Nej
Finns relevant etiskt resonemang?	Ja	Ja	Nej
Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	Ja	Oklart	Ja
Datainsamling			
Är datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Ja
Är datainsamlingen relevant?	Ja	Ja	Ja
Råder datamätnad?	Oklart	Oklart	Oklart
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	Ja	Nej	Nej
Analys			
Är analysen tydligt beskriven?	Ja	Ja	Ja
Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	Ja	Ja	Ja
Råder analysmättnad?	Oklart	Oklart	Oklart
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	Ja	Nej	Nej
Resultat			
Är resultatet logiskt?	Ja	Ja	Ja

Är resultatet begripligt?	Ja	Ja	Ja
Är resultatet tydligt beskrivet?	Ja	Ja	Ja
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Oklart	Ja	Nej
Genereras hypotes/teori/modell?	Ja	Ja	Ja
Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	Nej	Nej	Ja
Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	Nej	Nej	Nej

Kvantitativa artiklar med McMaster: Critical Review Form

Artikel	Video-games used in a group setting is feasible and effective to improve indicators of physical activity in individuals with chronic stroke	Development and Evaluation of a Hospital-Based Peer Support Group for Younger Individuals with Stroke.	The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors	Eliciting Upper Extremity Purposeful Movements Using Video Games: A Comparison With Traditional Therapy for Stroke Rehabilitation	A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke	Group constraint-induced movement therapy: Motor and functional outcomes in individuals with stroke	Feasibility and results of a pilot study of group occupational therapy for fall risk management after stroke
Total bedömning av studiekvalitet (hög, medelhög, låg)	Medelhög	Låg	Låg	Medelhög	Medelhög	Medelhög	Medelhög
Study purpose							
Was the purpose stated clearly?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Literature							
Was relevant background literature reviewed?	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Design							
RCT Cohort Single case design Before and after Case-control Cross-sectional Case study	RCT	Oklart	Experimentell studie	Cross-sectional	RCT	Before and after	Before and after
Sample							

Was the sample described in detail?	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Was sample size justified?	Ja	Inget svar	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Outcomes							
Were the outcome measures reliable?	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Ja	Inte specificerat	Ja	Inte specificerat
Were the outcome measures valid?	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Ja	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat
Intervention							
Intervention was described in detail?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Contamination was avoided?	Inte specificerat	Nej	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat
Cointervention was avoided?	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat	Inte specificerat
Results							
Results were reported in terms of statistical significance?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Were the analysis method(s) appropriate?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Clinical importance was reported?	Ja	Nej	Inte specificerat	Ja	Ja	Ja	Ja
Drop-outs were reported?	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Conclusions and implications							
Conclusions were appropriate given study methods and results?	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja