



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Män och kvinnors upplevelser av delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur

Författare: Anna Fridh,
Admir Vrbanjac

Handledare: Dennis Persson

December 2008

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2008-11-27

Män och kvinnors upplevelse av delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur

Anna Fridh, Admir Vrbanjac

Abstrakt

Studien inriktade sig på individer vars falltrauma resulterat i höftfraktur. Syftet med studien var att beskriva hur män och kvinnor upplever delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur. Urvalet bestod av tio deltagare, med jämn fördelning av könen. Studien hade en kvalitativ ansats och bearbetades med innehållsanalys. Resultatet visade att det förekom tydliga aktivitetsinskränkningar som medförde en ökad isolering och socialt tillbakadragande, vilket bidrog till att deltagarna upplevde minskad delaktighet i vardagen. Studien kan inte generera generaliserande resultat då antalet deltagare är begränsat. Författarna anser dock att resultatet kan bidra till en ökad förståelse om hur män och kvinnor upplever delaktighet efter en höftfraktur och att dessa förändringar kan upplevas olika beroende på kön.

Nyckelord: Delaktighet, aktivitet, höftfraktur, könsperspektiv, arbetsterapi.

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Förord

” En ökad förståelse har två ändamål; för det första att öka vår egen kunskap, för det andra att möjliggöra för oss att förmedla kunskap till andra.”

- John Lock 1632-1704

Vi vill tacka varandra för ett givande samarbete under denna process där behovet av gemenskap samt sammanhållning har varit utmärkande.

Anna Fridh och Admir Vrbanjac

Innehållsförteckning

1. Introduktion	6
1.1 Höftfraktur	6
1.2 Könsperspektiv	6
1.3 Aktivitet	7
1.4 Delaktighet	8
1.5 Val av perspektiv	9
2. Syfte	10
2.1 Avgränsning	10
3. Metod	10
3.1 Urval	11
3.2 Procedur	11
3.3 Etiska övervägande	12
3.4 Bearbetning av datainsamling	12
4. Resultat	13
4.1 Förändrad livssituation	13
4.2 Konsekvenser av höftfraktur	13
<i>4.2.1 Nedsatt fysisk kapacitet</i>	14
<i>4.2.2 Vanor</i>	14
4.3 Social kontakt	15
<i>4.3.1 Social isolering</i>	15
<i>4.3.2 Roller</i>	16
4.4 Aktivitetsmönster	16
<i>4.4.1 Inaktivitet</i>	17

5. Diskussion	18
5.1 Metoddiskussion	18
5.1.1 Avgränsning	18
5.1.2 Urval	18
5.1.3 Bearbetsning av datainsamling	19
5.2 Resultatdiskussion	20
5.2.1 Förändrad livssituation	20
5.2.2 Konsekvenser av höftfraktur	20
5.2.3 <i>Nedsatt fysisk kapacitet</i>	21
5.2.4 <i>Vanor</i>	21
5.2.5 Social kontakt	22
5.2.6 <i>Social isolering</i>	22
5.2.7 <i>Roller</i>	22
5.2.8 Aktivitetsmönster	23
5.2.9 <i>Inaktivitet</i>	23
6. Slutsats	24
Referenser	25
Bilagor	
Brev till ansvarig chef (bilaga 1)	
Informationsbrev till deltagare (bilaga 2)	
Intervjuguide (bilaga 3)	

1. Introduktion

1.1 Höftfraktur

Enligt Persson & Wingstrand (2005) drabbas varje år ca 15 000 av en höftfraktur och av dessa är det nästan bara uteslutande äldre personer som råkar ut för detta. Larsson & Rundgren (2003) påstår att det är dessa frakturer som ofta ger immobilisering samt funktionsnedsättning hos den äldre befolkningen. Det stora antalet höftfrakturer kan sättas i relation till osteoporos dvs, benskörhet, vilket är en process som pågår i flera år och som blir märkbar i den sena medelåldern, då det sker förändringar i benmassans mineralstruktur, vilket leder till försämrade fasthet i skelettet. Höftfrakturen uppkommer ofta genom att den drabbade ramlar, utan yttre orsak. Fall av denna typ skulle vanligtvis inte innebära skelettskada hos yngre personer. Muskelsvaghet och balanssvårigheter samt yrsel kan också sättas i relation till det stora antalet fall bland äldre. Vårdkostnaden för den enskilda höftfrakturen beräknades kosta 160 000 kr under år 2000. I detta innefattas sjukvården samt äldrevården under ett år (Larsson & Rundberg, 2003).

Socialstyrelsen (2003) uppger att den uttalade ökningen av antal höftfrakturer troligtvis kommer att fortsätta med tanke på det stigande antal äldre i befolkningen. Enligt socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer är tre fjärdedelar av de drabbade kvinnor och medelåldern är 80 år. Detta är således ett kvinnoproblem (Socialstyrelsen, 2003). Med denna typ av fraktur kan det konstateras att det tillkommer uppenbara inskränkningar i det vardagliga livet. Detta kan bero på den fysiska nedsättningen men också på oron att falla igen, vilket kan bidra till en ofrivillig isolering (Proctor et al., 2008; Socialstyrelsen, 2003).

1.2 Könsperspektiv

De fakta som Socialstyrelsen (2003) redovisar tyder på att en fjärdedel av de drabbade är män vilket med tanke på det stora antalet fall av höftfrakturer ändå är en stor grupp. Enligt Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (1997) har inte den etablerade forskningen redovisat tillräcklig kunskap om hur livsvillkoren skiljer sig mellan könen. SBU (1997) menar att denna otillräcklighet kan kompenseras genom att det utvecklas en modell där ohälsa studeras ur ett genusperspektiv vars syfte skulle vara att just belysa könsskillnader.

Moren-Hybbinette (2001) betonar att de eventuella skillnaderna i livsvillkoren mellan män och kvinnor behöver belysas ytterligare genom ett mera forskningsinriktat arbete. Målet med detta skulle vara att ge allmänheten en bättre förståelse av männens, och kvinnornas hälsoperspektiv. Det finns uppenbara brister och luckor i hälsorelaterad forskning som berör ett könsperspektiv.

Författarna kommer att beskriva båda könen perspektiv då vi med denna studie hoppas bidra till att öka förståelsen för hur både kvinnor och män upplever delaktighet i vardagliga livet efter en höftfraktur. Denna kunskap är av vikt för arbetsterapeuter men även för andra yrkeskategorier som kommer i kontakt med denna patientgrupp och ska bidra dennes rehabilitering. Arbetsterapeutens mål är just att patienten ska känna tillfredställelse i vardagliga livet (Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, 2005). Värde av arbetsterapi är att det utgår från individens egen valda aktiviteter och aktivitet bidrar till hälsa (Wilcock, 2006).

1.3 Aktivitet

Aktivitet är allt vi gör i livet och engagemanget i aktiviteten utgörs av interaktionen mellan individen och dess vardagliga aktiviteter. Dessa aktiviteter kännetecknar vår verklighet i det dagliga livet och utgörs av måsten och självvalda aktiviteter, vilket speglar vår personlighet (Fidler & Velde, 1999; Law, Baum & Dunn, 2005). Mening i livet uppstår genom aktivitet och aktivitet uppstår genom mening. Aktivitet är den drivande kraften som för oss fram i livet (Risteen-Hasselkus, 2002). Tillfredställelse i vardagen upplevs genom känsla av deltagande, där den dagliga rytmen för de flesta av oss präglas av rutiner, där vissa aktiviteter tillkommer och andra faller bort (Christiansen & Townsend, 2004).

Det är av stor vikt att äldre som drabbats av en höftfraktur i största möjliga mån återgår till sina tidigare aktiviteter för undvikande av passivitet (Fortmeier & Thanning, 2007). Det är därför viktigt att utnyttja det träningsstillfälle som sker då patienten är så aktiv som möjligt i sitt dagliga liv (Höök, 2001). Aktivitetsproblem innefattar personens oförmåga eller begränsning att klara sina vardagliga aktiviteter. Utifrån ett klientcentrerat tankesätt måste det tas i beaktande alla de förändringar i patientens livssituation som berörs av tillståndet efter en höftfraktur. Arbetsterapeut och övrig rehabiliteringspersonal bör vidta lämpliga åtgärder för att patienten ska uppnå största möjlighet att återgå till sin tidigare livssituation (Fortmeier & Thanning, 2007).

Grimby & Grimby (2001) hävdar att ett år efter en höftfraktur har ca 50 % fortfarande nedsatt funktion på grund av frakturen och är beroende av viss hjälp i sitt vardagliga liv. Således påverkar en höftfraktur förmågan att vara aktiv och delaktig under en lång tid. Enligt FSA (2005) är arbetsterapeutens roll att tillvarata patientens tidigare vanor och levnadsvillkor och bygger sina insatser på de aktiviteter som patienten själv vill kunna göra. I arbetsterapeuternas etniska kod står det: ”Målet med arbetsterapi är att främja patientens/kundens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov i förhållande till omgivningens krav” (FSA, 2005, s.9).

1.4 Delaktighet

Delaktighet är ett begrepp som medfört att mer fokus har lagts vid en persons vanliga situationer i livet, hur och vad den gör för aktiviteter (Höök, 2001). Ur en arbetsterapeutisk synvinkel kan delaktighet definieras som att man tar del i det dagliga livets aktiviteter, vilket bara kan ske i en dynamisk interaktion av personens förmågor och i den miljö personen befinner sig i (Law et al., 2005). Christiansen & Baum (2005) förklarar att delaktighet är personens medverkan i ett socialt samhälle där han/hon agerar och samverkar i sociala sammanhang. Att vara delaktig i sociala sammanhang involverar till ett engagerande deltagande i det dagliga livet. Kielhofner (2008) betonar att vara delaktig är en del av begreppet aktivitet. Christiansen & Townsend (2004) anser att engagera sig i meningsfulla aktiviteter utrustar individen med en känsla av meningsfullhet och bidrar till att utveckla mål som individen vill eftersträva och uppnå.

Aktivitet och delaktighet är begrepp som ofta används inom arbetsterapi och är enligt Kielhofner (2008) en förutsättning för hälsa. Författarna väljer därför att se delaktighet som ett begrepp som innefattas i det arbetsterapeutiska aktivitetsbegreppet.

Kielhofner (2008) säger vidare att delaktighetsinskränkningar kan alltid, precis som aktivitetsinskränkningar sättas i relation till individens förutsättningar och den miljö denna befinner sig i. Upplevelsen av förändringar i delaktighet är således också i relation till vad individen förväntar sig att klara av, men även vad omgivningen förväntar sig av individen. Kielhofner (2008) talar även om vikten av engagemang i aktivitet, att miljön är anpassad och att individen skaffar sig strategier och planer för att lösa problem som uppstått. Detta leder till att individen kan delta i aktivitet, vilket leder till hälsa. Engagemang i aktivitet handlar inte

bara om görandet i sig utan även om upplevelsen av görandet. Det är därför av stor vikt att individen har ett övergripande intresse för aktiviteten i fråga. Vilka aktiviteter man finner nöjen i kan oftast sättas i relation till vad man gjort tidigare i livet (Kielhofner, 2008).

1.5 Val av perspektiv

Baron, Kielhofner, Goldhammer & Wolenski (2000) beskriver The Model of Human Occupation (MoHO) som är en generell paraxismodell, vars syfte är att beskriva människans aktivitetsbeteende utifrån tre huvudkomponenter som är personens vilja, vanemönster samt utförande kapacitet. Genom viljan tolkar och väljer personen sina aktiviteter. Vilja beskrivs i detta sammanhang som en samling av känslor och upplevelser, positiva och negativa beroende vad som personen anser vara betydelsefullt, angeläget och meningsfullt. Individens viljesystem kan sedan delas i tre andra komponenter, som tillsynes kan verka subjektiva. Dessa är personens uppfattning av den egna förmågan och personens intressen, alltså det man föredrar att göra och slutligen personens värderingar. Det är dessa aspekter som utgör personens bild av sig själv och hur han/hon kommer att bete sig i förhållande till sin omgivning. Den andra huvudkomponenten beskrivs som ett mönster med personens vanor och rutiner samt eventuella roller som återspeglar individens position i samhället och via vilken identiteten framförs. Individens roller och vanor skapar ett upprepat beteende som ger aktivitetsbeteendet en regelbundenhet.

En roll som införts och införlivats blir en del av ens uppfattning om sig själv, roller kan under livet förändras (Kielhofner, 2008). Den slutliga komponenten är utförande kapacitet som är det basala för aktivitetsutförande och kan liknas med den individuella fysiska och mentala förmågan. Samtliga av dessa huvudkomponenter, viljan, vanemönstret och utförande kapacitet samverkar och påverkar aktivitetsutförandet och hur individen väljer att agera i sin livssituation (Kielhofner, 2004). MoHO:s teoretiska referensram utgör en viktig grund för detta arbete när det gäller att förstå aktivitet och delaktighet.

2. Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur kvinnor och män upplever delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur.

2.1 Avgränsning

Kriteriet för medverkan i undersökningsgruppen var att man inte skulle vara förvärvsarbetande. Denna avgränsning gjordes då det inte är vanligt att drabbas av höftfraktur i arbetsför ålder. Vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller problem i extremiteterna är dessa oftast förlagda till rygg- nacke och skulderområden (Höök, 2001). De som skulle medverka i studien skulle alla bo i ordinärt boende och det skulle ha gått minst 10 månader sedan frakturen uppkom.

3. Metod

Utifrån syftet att beskriva hur kvinnor och män upplever delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur valdes en kvalitativ ansats för studien. Enligt DePoy & Gitlin (1999) är det grundläggande syftet med den kvalitativa forskningsmetodiken att klargöra olika perspektiv av studiedeltagarens upplevelsevärld.

Målet är att förse sig med tillräcklig fakta för att kunna beskriva deltagarens upplevelsevärld, något kan liknas som en rik mosaik. Forskare som använder sig av den kvalitativa metodiken är själv det främsta instrumentet för insamling av data.

3.1 Urval

Urvalet bestod av 5 män och 5 kvinnor (n=10). Nedan i tabell 1 beskrivs hur deltagargruppen såg ut avseende ålder, civilstånd, vilken typ av boende de har och hjälpinsatser i vardagen om de har hjälp av hemtjänst, någon anhörig, vän eller att de helt klarar sig utan hjälp.

Tabell 1 Översikt av urvalsgruppen.

	Man	Kvinna	Totalt
Antal	5	5	10
Sammanboende	2	0	2
Ensamboende	3	5	8
Lägenhet	4	4	8
Villa	1	1	2
Hemtjänst	5	1	6
Annan hjälp	0	2	2
Ingen hjälp	0	2	2
Medelålder	88,2	86,4	87,3

3.2 Procedur

För att få deltagare till studien tog författarna kontakt med en rehabavdelning i en medelstor kommun som låg inom ett rimligt avstånd till författarnas boende. Godkännande inhämtades från verksamhetschef (se bilaga 1). Via en kommunalt anställd arbetsterapeut på rehabavdelningen togs den första kontakten. Arbetsterapeuten valde ut lämpliga deltagare utifrån studiens syfte. Kontaktpersonen lämnade sedan informationsbrevet och samtyckesblanketten (se bilaga 2) till deltagarna för samtycke till deltagande. Arbetsterapeuten förmedlade sedan deltagarnas telefonnummer till författarna som själva ringde upp för att bestämma datum och tid för intervju. Alla deltagarna ville att intervjun utfördes i deras hem. Varje besök tog ca 1 timme varav intervjun varade mellan 30-40 minuter. Intervjun baserades på en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 3). Övrig tid utgjordes av att skapa kontakt inför intervjun. Då författarna inte utfört denna sorts intervju

tidigare genomfördes de två första intervjuerna tillsammans, övriga delades upp med jämn fördelning. Intervjun spelades in på bandspelare eftersom enligt Kvale (2007) kan man då fokusera på det dynamiska samspelet mellan intervjuare och deltagare.

3.3 Etiska övervägande

Studien har genomförts efter godkännande och rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden. Samtliga deltagare i studien har informerats om att medverkanen är helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt medverkande utan att förklara varför. Deltagarna är också informerade om att deras medverkande inte kommer att påverka deras möjlighet till vård. Resultatet av studien har redovisats så att deltagarna inte kan identifieras.

3.4 Bearbetning av datainsamling

Intervjuerna analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Det insamlade materialet lyssnades av och skrevs ned ordagrant. Därefter lästes texten igenom ett flertal gånger för att skapa ett helhetsintryck. Författarna markerade sedan meningar som innehöll information som var relevant för syftet. Dessa meningar kallas enligt Graneheim & Lundman (2004) för meningsbärande enheter. Därefter kondenserades dessa meningar för att korta ner texten, dock utan att det vitala innehållet föll bort. Författarna markerade sedan dessa meningar med olika färger utifrån innehåll och budskap. Denna process gjordes av författarna var för sig för att öka tillförlitligheten. Ytterligare en tredje part med erfarenhet av kvalitativ metod som till yrket är distriktsköterska genomförde samma process som författarna separat. Utifrån dessa meningsenheter bildades koder som reflekterar sammanhanget i innehållet. Resultatet av detta blev att författarna identifierade ett flertal koder vars innehåll liknade varandra. Koderna grupperades sedan och bildade kategorier och subkategorier. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är detta ett mycket viktigt men svårt moment i analysen då meningsenheterna endast ska kunna tillhöra en kategori. Författarna valde att utgå ifrån en representativ meningsenhet som fick exemplifiera kategorin. Under denna process framkom det ett tema som utgör en röd tråd mellan koderna och kategorierna. Graneheim & Lundman (2004) förklarar att ett tema är ett latent innehåll, dvs. textens dolda mening. Detta kan skiljas från det manifesta innehållet som står för det som direkt observeras i en text och som återspeglas i koderna och kategorierna. Detta förlopp genomfördes inte rakt igenom av författarna utan fram och tillbaka. Författarna repeterade vid flera tillfällen en del moment i processen som berör främst kondenseringen från meningsenhet till kod.

4. Resultat

Inledningen av resultatet utgörs av en tabell som redovisar det framkomna genomgripande temat, samt kategorier och subkategorier. Därefter redovisas resultatet utifrån dessa och med belysande citat infogade.

Tabell 2. Översikt över kategorier, subkategorier och tema.

Kategori	Subkategori	Tema
Konsekvenser av höftfraktur	Nedsatt fysisk kapacitet Vanor	Förändrad livssituation
Social kontakt	Social isolering Roller	
Aktivitetsmönster	Inaktivitet	

4.1 Förändrad livssituation

Deltagarnas tillvaro har förändrats efter höftfrakturen, till exempel har vissa på grund av detta fått byta bostad. Aktiviteter som tidigare har varit enkla och självklara har idag blivit svåra eller omöjliga för deltagarna att utföra. Deltagarna uppger att deras levnadsvillkor och levnadsvanor har förändrats sedan frakturen. Den nya situationen har inneburit att deltagarna har fått förändra sin vardag och sitt sociala umgänge.

4.2 Konsekvenser av höftfraktur

Det framkom att deltagarna upplevde att höftfrakturen orsakat konsekvenser i deras vardag. Vilket gjort att de fått förändra mycket i sitt liv, framför allt har de fått sluta att göra många aktiviteter de gjort tidigare och som givit mening i deras liv, just på grund av konsekvenser av höftfrakturen. Detta har bidragit till att de känner meningslöshet då många upplever att dagarna bara går.

En man sa: *”Jag kan inte längre cykla eller gå ut och handla, sitter bara här. Det är ingen mening med livet längre”*

En kvinna sa: *”Tycker det har blivit långtråkigt..... är idag dagmatte till min dotters hund för att få mening i min tillvaro”.*

4.2.1 Nedsatt fysisk kapacitet

Deltagarna har efter höftfrakturen fått nedsatt fysisk kapacitet, vilket framförallt medfört att de har fått svårare med att gå längre sträckor. Deltagarna säger att de även känner sig ostaktiga, osäkra och är rädda för att falla igen och då kanske drabbas av en ny fraktur. Den fysiska oförmågan återkommer ständigt under intervjuerna. Deltagarna säger att de väljer mindre krävande aktiviteter på grund av sin försämrade fysik och detta säger flertalet av dem bidrar till att de känner sig isolerade.

En man sa: *”Jag drar mig för att gå ut då jag är rädd för att falla igen.”*

En kvinna sa: *”Jag vill göra så mycket mera men jag känner mig osäker och yr.”*

4.2.2 Vanor

Deltagarna har skaffat sig nya vanor efter ett liv som yrkesarbetande. Men deltagarna säger att efter frakturen har de fått ytterligare förändra sitt liv. De beskriver att aktiviteter i framförallt hemmet har varit något de tyckt om och som givit dem glädje och tillfredsställelse. Att kunna utföra sina dagliga personliga skötselaktiviteter var något som deltagarna upplevde som viktigt och detta gav en känsla av oberoende. Dock klarade inte alla deltagarna detta själva, vissa fick ha hjälp av hemtjänst eller någon anhörig, andra använde sig av hjälpmedel eller hittade på finurliga lösningar för att kunna göra som de alltid gjort i så stor utsträckning som möjligt, deltagarna uttryckte att det var viktigt för dem att känna sig oberoende och bara få hjälp med det som absolut behövdes. Detta för att bibehålla sina vanor i så stor utsträckning som möjligt.

En man sa: *”Jag klarar inte att ta av mig alla kläderna, brukar låta de vara på när jag ska sova. Då behöver jag inte känna mig beroende av hemtjänstens hjälp och kan titta på TV så länge jag vill”*

En kvinna sa: *” Jag använder strumppådragare, men kan inte knyta den ena skon – Jag löser detta genom att inte använda skor med snörning. Jag har alltid velat klara mig själv.....känner mig nöjd då.”*

4.3 Social kontakt

Deltagarna förklarar att deras vardag före höftfrakturen utgjordes av aktiviteter anpassade för pensionärer som utflykter, körverksamhet och andra grupprelaterade verksamheter, vilket utgjorde en regelbundenhet för sociala sammankomster hos deltagarna. Det var också dessa människor som utgjorde deltagarnas umgängeskrets.

En kvinna sa: *”Före frakturen var jag ledare för en yogagrupp.....”*

En man sa: *”förut gick jag hem till gamla vänner, vi pratade om gamla bekanta och gemensamma minnen.”*

4.3.1 Social isolering

Deltagarna säger att de känner sig ensamma, utom en kvinna där barn och barnbarn kom hem till henne varje dag. Deltagarna har före frakturen haft en social krets som de känt gemenskap med och som de också kunnat utbyta tankar och funderingar med. Många av deltagarna talar om att de är oförmögna till att ta emot gäster i hemmet eftersom det krävde allt för mycket. De valde då bort en social krets vilket de uppgav bidrog till att de kände sig isolerade. De sammanboende deltagarna upplevde att de hade sin partner som sällskap om dagarna, vilket gjorde att de trivdes med sin tillvaro.

En man sa: *”Jag är nöjd med den hjälp jag får och jag har min fru som sällskap om dagarna vilket gör att livet känns meningsfullt”*

En kvinna sa: *”Jag har inte längre lust till socialt umgänge. Jag vill bjuda hem folk men orkar inte längre eftersom det tar för mycket på krafterna att laga och servera mat”*

4.3.2 Roller

En del av deltagarna uttryckte att de efter frakturen inte kunde ha samma förhållande till sina barn och barnbarn som tidigare. Höftfrakturen hade medfört att de inte längre orkade följa med på kalas och till ställningar, vilket har gjort att de kände att deras roll som morföräldrar hade förändrats och att de inte var en lika stor del i barn och barnbarnens liv som förr.

En man sa: *”Jag umgås med mina barnbarn genom att titta på fotografierna på kylskåpet. Förr var jag aktiv inom släktrationen, det var roligt.”*

En kvinna sa: *”Jag stannar hellre hemma.....orkar inte vara med. Jag känner att jag är till last för dem.”*

Deltagarna uppgav att de haft olika roller i hemmet och trots att många av deltagarna hade hjälp av hemtjänst för att klara sitt hems skötsel var det kvinnorna som upplevde rollförlust när de inte längre kunde detta. Medan männen uttalade att de inte upplevde det som lika viktigt att ta hand om hemmet, de lämnade gärna över den uppgiften till hemtjänsten. Ett undan tag framkom då en av de manliga deltagarna helt skötte hemmet eftersom frun var rörelsehindrad, vilket han gjort även före frakturen men det framkom att före fruns insjuknande hade det varit hon som skött hemmet.

En man sa: *” Min fru har alltid skött hemmet så, det är inget jag vill eller saknar att göra”.*

En kvinna sa: *”Jag har fått sänka mina krav angående hemmets skötsel..... men det är bara för att jag måste, egentligen vill jag ha det som förut. Men jag är stolt över mina växter som jag sköter själv.”*

4.4 Aktivitetsmönster

Många av deltagarna har tidigare varit aktiva inom olika föreningar vilket medfört att dagarna var fyllda med olika aktiviteter som till exempel matlagningsgrupper eller medverkan i pensionärs kör. En del av deltagarna hade varje dag gått till dagcentralen för att äta middag, men klarade efter frakturen inte längre av det. Även dagliga promenader till affären, banken eller apoteket ingick förut i deltagarnas vardagliga liv.

En man sa: *"Jag körde till vår sommarstuga varje helg - att inte kunna köra bil längre är något jag saknar."*

En kvinna sa: *"innan kunde jag hälsa på min son, som bor i USA sedan tio år tillbaka."*

4.4.1 Inaktivitet

Deltagarna uppger att eftersom de inte längre kan göra de aktiviteter de gjort tidigare, känner de sig inaktiva och upplever att livet är innehållslöst. Hemtjänsten sköter en del av de uppgifter deltagarna själv har gjort förut vilket även detta innebar att deltagarna sade sig känna att dagarna var långa och tråkiga.

En man sa: *"förut var mina dagar inrutade, jag gick till affären..... nu bara går tiden och jag känner ingen mening med livet längre."*

En kvinna sa: *"Jag skulle kunna tvätta själv men tvättstugan ligger för långt bort.....förut tvättade jag till både mig och min dotter."*

Deltagarna har fått förändra sitt aktivitetsmönster efter höftfrakturen. De har fått avstå från många av sina tidigare aktiviteter. Flertalet har efter frakturen fått omprioritera sina tidigare intressen och får ägna sig åt stillsammare aktiviteter som till exempel lösa korsord eller titta på TV.

En man sa: *Som tur är har jag alltid tyckt om att läsa och lösa korsord och det kan jag fortfarande göra.....jag får då lite hjärnstimulans och det har jag alltid funnit nöje i.."*

En kvinna sa: *Jag tittar på TV nästan hela dagarna, det känns som jag är med i serierna, jag följer ju dem varje dag."*

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Tanken med studien var att beskriva hur män och kvinnor upplever delaktighet efter en höftfraktur. Författarna ville belysa deltagarnas upplevelser av delaktighet och hur livet ter sig för dessa. Att beskriva just delaktighet och upplevelsen av detta var en relativt stor utmaning. Begreppet delaktighet kan upplevas olika beroende på vår personliga karaktär och hur livet har varit fram till frakturen. Med tanke på att detta begrepp kan uppfattas olika är det därför viktigt att belysa enskilda uppfattningar och att redovisa hur deltagarna uppfattar sitt liv nu och hur de gjorde detta innan frakturen. Även genomförandet av en så omfattande studie var en ny erfarenhet för författarna och trots att författarna genomfört kvalitativ intervjueteknik förut, uppstod det svårigheter med att få fram deltagarnas upplevelse av delaktighet. Detta begränsade resultatet under intervjutillfällena.

5.1.1 Avgränsning

Med tanken på att höftfraktur drabbar i första hand äldre personer och att just denna typ av fraktur enligt Larsson & Rundgren (2003) är den främsta orsaken till immobilisering och funktionsnedsättning hos dessa, utgjordes undersökningsgruppen av personer som inte befann sig i arbetsför ålder. Författarna valde att inkludera ett tio månaders mellanrum mellan frakturens inträffande och den inplanerade intervjun. Detta på grund av att deltagarna skulle ha fått en möjlighet att anpassa sig och sitt hem till de eventuella förändringar som en sådan omfattande fraktur kan ha medfört. Man kan tänka sig att äldre personer har redan på grund av sin ålder en begränsad fysisk kapacitet och att en höftfraktur medför ytterligare kompensationer och funktionella nedsättningar. Trots att denna avgränsning var nödvändig på grund av den dominerande patientgruppen (dvs. äldre människor) som drabbas av höftfraktur kan den ha begränsat resultatet av intervjuerna eftersom upplevelsen av delaktighet kan påverkas av andra kroppsliga symtom som medföljer en hög ålder.

5.1.2 Urvalsgrupp

Socialstyrelsen (2003) betonar att höftfrakturer är främst ett kvinnorsproblem och att vi under de närmaste åren kommer se ett stigande antal fall hos den äldre befolkningen. Trots detta utgör en fjärde del av de drabbade män. Men även om detta är ett faktum förekommer det inte större etablerad medicins forskning om hur livsvillkoren skiljer sig mellan könen som drabbas

av en sådan fraktur. Att författarna väljer att inkludera ett jämt fördelat antal mellan könen är just för att belysa hur båda könen upplever delaktighet. Detta i sig har varit en större ansträngning, just med tanke på faktum att män utgör en så pass liten del av denna grupp. Rent åldersmässigt befinner sig urvalsgruppen i en relativt hög ålder (se tabell 1).

Författarna anser dock att valet av en jämn fördelning kan ha försvagat tillförlitligheten på resultatet, då antalet bara är fem deltagare som representerar varje kön. För att kunna generalisera resultatet borde urvalet ha utgjorts av ett större antal deltagare. På så vis skulle det ha kunnat redovisas en mera givande upplevelse av delaktighet och ett merapräglat könsperspektiv.

5.1.3 Bearbetning av datainsamling

Bearbetningen har gjorts utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) som menar att det alltid blir någon tolkning men med olika abstraktionsnivåer. Därför tyckte författarna metoden passade väl för att analysera det insamlade intervjumaterialet, då urvalet samt materialet var något begränsat. Trots att Graneheim & Lundman (2004) inte förespråkar att en oberoende part genomför analysstegen separat valde författarna att inkludera en tredje person. Detta gjordes för att författarna ville få bekräftelse på sin egen analys, men även för att öka tillförlitligheten på studien. Denna tredje oberoende person utgjordes av en distriktssköterska dock med erfarenhet av kvalitativa studier, men det kan inte uteslutas att denna person inte är väl insatt i de arbetsterapeutiska begreppen och inte definierar delaktighet utifrån författarnas begreppsbestämning. Författarna uppfattade att vissa meningsenheter kunde tillhöra mer än en kategori, därför valdes en representant meningsenhet ut som fick illustrera kategorin, men detta var inget enkelt moment utan författarna fick gå fram och tillbaka i detta steg för att slutligen komma fram till kategorierna. Författarna har under hela analysens gång fått gå tillbaka till intervjuerna för att försäkra sig om att resultatet återger deltagarnas upplevelse, då författarna har tyckt att det har varit svårt att förmedla alla deltagarnas upplevelse i vardagliga livet eftersom detta är ett brett perspektiv.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet har redovisats utifrån kategorier och subkategorier, men författarna har inte kunnat redovisa dessa renodlat då individers upplevelse av delaktighet i det vardagliga livet utgörs av många komponenter som måste samverka och fungera för att individen ska känna delaktighet. Alltså anser författarna att det inte går att frångå det faktum att alla dessa komponenter hos individen och i dess miljö påverkar varandra och därmed också påverkar deltagarnas upplevelse av delaktighet.

5.2.1 Förändrad livssituation

Det är tydligt att en höftfraktur förändrar individens livssituation, personliga värderingar förändras och själva rolluppfattningen om sig själv förändras. Mycket av detta beror på individens utförande kapacitet, något som utgörs av både fysisk och mentalförmåga. På så vis kan det sägas att hela individens tillvaro är beroende av en god utförande kapacitet för att kunna vara delaktig i sin vardag. Många äldre som deltog i denna studie uppgav uppgifter som tyder på att deras deltagande i sociala sammanhang är beroende av någorlunda bra rörelse förmåga, det vill säga en god utförande kapacitet. Efter höftfrakturen har deltagarnas fysiska kapacitet försämrats och på grund av detta kan de inte vara lika aktiva som tidigare vilket medfört att de känner minskad delaktighet i det vardagliga livet. Författarna tror att detta har bidragit till att både männen och kvinnornas livssituation har förändrats.

5.2.2 Konsekvenser av höftfraktur

Vardagen har för deltagarna efter frakturen präglats av kompensationer av olika slag och deltagarna förklarar tydligt att större delen av vardagen är otillfredsställande och innehållslös, med vissa undantag. Deltagare förklarar att hemtjänsten sköter de uppgifter som de tidigare kunde klara av. Mycket av det som hemtjänsten sköter var tidigare en stor del av de kvinnliga deltagarnas vardagliga sysslor. Som Kielhofner (2004) betonar så återspeglar vanor och rutiner individens identitet. För att bibehålla sin roll i samhället samt även gentemot sin omgivning är det viktigt att individen kan uttrycka sina upplevelser, ha konstanta vanor och rutiner samt intressen som utövas via en social krets. Går inte detta på grund av individens utförande kapacitet blir konsekvensen isolering.

5.2.3 Nedsatt fysik kapacitet

Det framkommer tydligt att deltagarna upplever att deras fysiska kapacitet har försämrats sedan höftfrakturen, detta trots att det hade gått mer än 10 månader sedan frakturen uppkom hos samtliga. Enligt Grimby & Grimby (2001) har efter ett år fortfarande 50 % nedsatt funktion på grund av frakturen och har behov av viss hjälp i sitt vardagliga liv. Då deltagarna har uppnått en ansevärd ålder kan man inte helt utesluta att den försämrade fysiska kapaciteten också kan bero på åldersmässiga krämpor. Det framkom inga skillnader på hur de manliga och kvinnliga deltagarna upplevde sin fysiska kapacitet efter frakturen, alla sade sig ha nedsatt förmåga. Den nedsatta fysiska kapaciteten samt en känsla av yrsel hade fått dem att känna sig rädda för att falla igen vilket bidrog till att de inte längre ville gå ut eller utföra vissa aktiviteter som de gjort tidigare. Författarna tror att denna form av osäkerhet orsakad av nedsatt utförande kapacitet bidrar ytterligare till frånvaro av delaktighet, eftersom författarna tror att aktivt deltagande är beroende av en bra utförande kapacitet oavsett kön.

5.2.4 Vanor

Våra vanor skapar en regelbundenhet, vilket ger vår tillvaro en struktur, deltagarna har efter yrkeslivet hittar nya vanor som inneburit att de fått en förändrad position i samhället, nämligen den som pensionär med alla nya vanor som detta innebär. När sedan deltagarna drabbades av sin höftfraktur var de tvungna att ytterligare förändra en del av sina vanor. Detta var inte ett frivilligt val från deras sida utan berodde på de nya omständigheterna. För deltagarna var det viktigt att även efter höftfrakturen bibehålla sina vanor i så stor utsträckning som möjligt eftersom de troligen upplevde en trygghet i sitt vanemönster. Deltagarna försökte lösa problemen när det uppstod för att kunna fortsätta göra som de alltid gjort på ett så självständigt sätt som möjligt och därigenom fortsätta vara den person som de tidigare varit. Enligt Kielhofner (2008) återspeglar dessa vanor och rutiner individens position i samhället och via vilken identiteten framförs. Både männen och kvinnorna ville bibehålla sina vanor och vara självständiga i så stor utsträckning som möjligt. Men här kunde man förstå att kvinnor och män inte alltid använder sig av samma sätt att lösa problem i vardagen. Männen löste till exempel problem med att klä av sig genom att helt enkelt sova med kläderna på, vilket då bidrog till att de kunde bibehålla sina vanor nämligen titta på TV så sent på kvällen som de ville. De slapp då vara beroende av hjälp från hemtjänst. Kvinnorna ville helt inte heller ha någon hjälp från hemtjänsten men skulle aldrig tänka sig att sova med kläderna på. De har istället valt en annan lösning, nämligen hjälpmedel eller finurlighet dvs att de

själva hittar lösningar på problemet. Detta styrker Moren (2001) påståande att eventuella skillnader mellan kvinnor och män behöver uppmärksammas för att öka förståelsen.

5.2.5 Social kontakt

Genom olika aktiviteter skapades möjligheter för deltagarna att komma ut och träffa andra pensionärer. Höftfrakturen har inneburit att de inte längre kan utföra dessa aktiviteter, detta bidrog till att deras sociala kontakter har minskat. Fortmeier & Thanning (2007) talar om vikten av att återgå till sin tidigare livssituation. Deltagarna i studien har inte kunnat återgå till sin tidigare livssituation. Författarna tror att detta har inneburit att de deltagande upplever att de inte längre kan vara delaktiga i aktiviteter där de tidigare fått sitt behov av sociala kontakter tillfredställt.

5.2.6 Social isolering

Den minskade sociala kontakten för deltagarna har inneburit att de känner sig socialt isolerade, tillbringar all sin tid innanför hemmets fyra väggar och kommer sällan ut. Deltagarna med något undantag har heller inte mycket besök, vilket märktes då författarnas besök mottogs med stor glädje och upprymdhet. Men det framkom skillnad på upplevelsen av social isolering hos dem som var sammanboende eller där barn och barnbarn kom hem varje dag. Författarna tror att känslan av att det fanns en person till i hemmet eller att det kom besök varje dag gjorde att de sammanboende kände att livet var mer meningsfullt. Att kunna prata med någon och få respons på sina tankar och funderingar gjorde att deltagarna kände mer delaktiga i vardagen än dem som levde ensamma, detta oberoende av kön. Deltagarnas upplevelse av isolering efter sin höftfraktur kan sättas i samband med det Proctor et al., (2008); Socialstyrelsen (2003) säger, att drabbas av en höftfraktur kan bidra till isolering för individen.

5.2.7 Roller

Kielhofner (2008) talar om att en roll som införts och införlivats bli en del av ens uppfattning om sig själv. Deltagarna var alla äldre och hade genom ett långt liv haft olika roller i livet, där vissa roller har blivit starkt bundna till deltagarens identitetsuppfattning om sig själv. Här kunde det tydligt ses att de kvinnliga deltagarna upplevde att rollen som den som tog hand om hemmet var en del av deras identitet, att ha ett fint hem var viktigt för kvinnorna, vilket gjorde att de inte gärna lämnade över dessa uppgifter till någon annan, utan hellre drog ner på kraven

för att då kunna fortsätta ha denna roll. Detta var inte en roll männen haft, och det var troligtvis också därför de gärna lämnade över dessa uppgifter till hemtjänsten. Författarna tror att detta kanske kan bli annorlunda när nästa generation växer fram, eftersom arbetsfördelningen i hemmet är mer jämt fördelad nu än förr. Både männen och kvinnorna upplevde att deras roll gentemot barn och barnbarn hade förändrats, trots att den var viktig för dem, därför tror författarna att detta har inneburit en roll förlust för både männen och kvinnorna.

5.2.8 Aktivitetsmönster

Som Risteen-Hasselkus (2002) säger är aktivitet den drivande kraften som för oss fram i livet. Deltagarna har före frakturen haft ett inrutat aktivitetsmönster som gjort att de upplevde delaktighet i sitt vardagliga liv. Men har inte kunnat fortsätta med dessa aktiviteter vilket gjort att de inte längre upplever delaktighet i samma utsträckning som tidigare. Kielhofner (2008) säger att delaktighet och aktivitetsinskränkningar alltid kan sättas i relation till individens förutsättningar men också vad individen förväntar sig att klara av. Deltagarna hade fått avstå från tidigare aktiviteter eller ägna sig åt stillsammare aktiviteter men även om detta inte var ett frivilligt val, verkade vissa deltagarna försonat sig med den nya situationen. Författarna tror att om vi förändrar vårt aktivitetsmönster behöver det inte nödvändigtvis betyda nedsatt delaktighet i vardagen. Vikten är att vi är nöjda med vårt aktivitetsmönster och därigenom känner delaktighet i vårt vardagliga liv även på ålderdomen.

5.2.9 Inaktivitet

Som Kielhofner (2004) betonar så återspeglar vanor och rutiner en stor del av individens identitet. För att bibehålla sin roll i samhället samt även gentemot sin omgivning är det viktigt att man som individ kan uttrycka sina upplevelser, att ha konstanta rutiner samt intressen som utövas via en social krets. När man inte kan utöva detta på grund av sin funktionsnedsättning förblir man isolerad och tillvaron präglas av inaktivitet. Med detta kan man påstå att deltagarnas utförande kapacitet präglar hela deras tillvaro, eftersom den fysiska förmågan är av stor betydelse för att man skall kunna vara delaktig i en social krets och att man ska kunna bibehålla ett mönster med rutiner och vanor. Med tanke på att Kielhofner (2008) betonar att delaktighetsinskränkningar beror på individens förutsättningar och de resurser den kringliggande miljön erbjuder, så kan man förstå varför inaktivitet präglar den vardagliga bilden hos deltagarna, just för att den kringliggande miljön inte erbjuder möjligheter till aktivitetsutförande. Författarna tror att om man, oavsett kön, tvingas avstå från sina aktiviteter

medför detta en stor personlig förlust, eftersom de aktiviteter vi utför återspeglar vår personliga karaktär. Denna inaktivitet medför att dagen känns innehållslös och utan någon uttalad rytm. Att finna en rytm i vardagen skapar en känsla av tillfredsställelse med tillvaron, som Christiansen & Townsend (2004) beskriver det. Denna form av innehållslös vardag beror på att aktivitetsmönstret är nu efter frakturen av en mera stillsammare karaktär. Denna utökade inaktivitet berör båda könen. Författarna tror att delaktighetsinskränkning är en självklar följd av en innehållslös vardag, just för att dagen upplevs inaktiv och saknar mål, som Christiansen & Townsend (2004) beskriver det. För att individen ska känna sig delaktig krävs det förutom en kapabel utförande kapacitet även en vilja till att skapa mål i tillvaron och att eftersträva fullföljandet av dessa mål.

6. Slutsats

Studiens resultat visar på att för den som drabbas av en höftfraktur medför detta förändringar i delaktighet i deras vardagliga liv men också att dessa förändringar kan upplevas olika beroende på kön. Resultatet visar också att de deltagare som hade en viss social kontakt upplevde något mindre minskad delaktighet i det vardagliga livet

Då morgondagens äldre troligen har andra värderingar är fortsatt forskning inom detta område viktigt. Det går inte att slå ihop alla människor till en homogen grupp, det är därför av vikt att belysa från olika perspektiv vilket ett är könspektivet. Då antalet äldre förväntas öka och att det därigenom också sker en ökning av antalet höftfrakturer är fortsatt forskning inom detta område viktigt. Men det får inte glömmas bort att även åskådliggöra de förändringar som sker i patientens vardagliga liv efter tillståndet.

Arbetsterapeuter och andra yrkesutövare som arbetar med denna klientgrupp bör möjliggöra för individen att få fortsätta vara den person som den tidigare varit, eftersom personen inte förändras bara för att den fysiska förmågan sviktar.

Referenser

Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V., & Wolenski, J. (2000). *OSA-Occupational Self Assessment*. Sverige: FSA.

Christiansen, C.H., & Baum, C, M. (2005). *Occupational Therapy Performance, Participation, and Well-being*. USA:SLACK Incorporated.

Christiansen, C.H, & Townsend, E.A. (2004). *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living*. New Jersey: Pearson Education.

DePoy, E., & Gitlin, L. (1999). *Forskning – en introduction*. Lund: Studentlitteratur.

Fidler, G. & Velde (1999). *Activities Reality and Symbol*. USA: SLACK Incorporated.

Fortmeier, S., & Thanning, G. (2007). *Sett med patientens ögon*. Malmö: Holmbergs i Malmö AB.

FSA. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Grimby, A & Grimby, G. (2001). *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Höök, O. (2001). *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: LIBER AB.

Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy, 3 rd edition*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation 4rd edition*. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kvale, S. (2007). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Danmark. Narayana Press.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska Sjukdomar, 2:a uppl.* Danmark: Narayana Press.
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2005). *Measuring Occupational Performance Supporting Best Practice In Occupational Therapy*. USA: SLACK Incorporated.
- Morén-Hybbinette, I. (2001). *Rehabilitering inom allmänmedicin. En vägledning för allmänläkaren*. Lund: Studentlitteratur.
- Persson, B., & Wingstrand, H. (2005). *Ortopedisk grundbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Proctor, R., Wade, R., Woodward, Y., Pendleton, N., Baldwin, R., Tarrier, N., Horan, M & Burns, A. (2008). The impact of psychological factors in recovery following surgery for hip fracture. *Disabil Rehabil.* 30(9):716-22.
- Risteen-Hasselkus, B. (2002). *The meaning of Everyday Occupation*. USA: SLACK Incorporated.
- Socialstyrelsen. (2003). *Socialstyrelsens råd och riktlinjer för behandling av höftfrakturer*. Stockholm: Socialstyrelsen. WWW dokument. URL.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/86E217A8-F3A8-4140-B7AE-B7E8A1BCF0A8/1167/20031022.pdf>
- SBU. (1997). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention, SBU-rapport nr 132*. Stockholm: SB Offset AB.
- Wilcock, A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. USA: SLACK Incorporated.

**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Till ansvarig chef

Män och kvinnors upplevelser av delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur

Vi är två studenter på arbetsterapeututbildningen, Lunds Universitet, som under hösten ska skriva vårt examensarbete, 15 hp.

Syftet med studien är att beskriva hur och i vilken utsträckning (?) män och kvinnor upplever delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur. Höftfrakturer drabbar många äldre och kan ge förändringar i deras aktivitetsutförande vilket då kan påverka delaktigheten. Det är därför angeläget att studera hur höftfrakturer påverkar upplevelsen av delaktighet i vardagliga livet.

Vi kommer att göra en semistrukturerad intervju med deltagarna som kommer att spelas in på band. Materialet kommer sedan att bearbetas med en kvalitativ analys. Vårt urval kommer att vara lika antal kvinnor och män ca 14 till antalet. Vi avser att endast ta med dem som bor i ordinärt boende samt inte är förvärvsarbetande.

Förfrågning om deltagande i vår studie görs via er arbetsterapeut i kommunen. Deltagarna får ett brev som beskriver vad vi ska undersöka och hur det går till, där finns också en samtyckesblankett som de får skriva under. Deltagandet är helt frivilligt och de kan när som helst avbryta utan att ange orsak. Vi kommer att använda oss av nummer vid bearbetningen av datainsamlingen. Resultatet kommer att redovisas så att ingen kan identifieras. Inga namn kommer att förekomma i vårt insamlade material som förvaras inlåst. Arbetsterapeuten kommer att välja ut de deltagare som denne finner lämpliga enligt vårt urval. Denne tar också den första kontakten och efter att deltagarna godkänt att medverka kommer vi studenter att ta kontakt med dem för bokning av tid för intervju.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss Anna, Admir eller till vår handledare Dennis Persson.

Med vänlig hälsning

Anna Fridh
Björklunden
270 35 Blentarp
0708-930608

Admir Vrbanjac
Rökullagatan 4A
254 58 Helsingborg
070-4829726

Dennis
Handledare
Lektor
046-2221943

Persson

anna.fridh.405@student.lu.se

admir.vrbanjac.269@student
.lu.se

dennis.persson@med.lu.se

Bilagor

- 1.
2. **Projektplan**

Samtyckesblankett

Män och kvinnors upplevelser av delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur

Er anhängan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Namn

Underskrift



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Män och kvinnors upplevelser av delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur

Vi är två studenter på arbetsterapeututbildningen, Lunds Universitet, som under hösten ska skriva vårt examensarbete, 15 hp. Vi har fått Ditt namn från arbetsterapeuten i din kommun.

Syftet med studien är att beskriva hur och i vilken utsträckning (?) kvinnor och män upplever delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur. Höftfrakturer drabbar många äldre och kan ge förändringar i aktivitetsutförande vilket då kan påverka delaktigheten. Det är därför angeläget att studera hur höftfrakturer påverkar upplevelsen av delaktighet i vardagliga livet.

Intervjun beräknas ta cirka 30-45 minuter och genomförs av Anna eller Admir. Du kan själv välja plats t ex i ditt hem eller på rehabenheten i Sjöbo.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts kommer materialet att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din behandling/kontakt med arbetsterapeuten i din kommun. . Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom en vecka

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss

Med vänlig hälsning

Anna Fridh
Björklunden
270 35 Blentarp
0708-930608
anna.fridh.405student.lu.se

Admir Vrbajac
Rökullagatan 4A
254 58 Helsingborg
0704829726
admir.vrbajac.269@student.lu.se

Dennis Persson
Handledare
Lektor
046-222194
dennis.persson.@med.lu

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien: Män och kvinnors upplevelser av delaktighet i det vardagliga livet efter en höftfraktur

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Intervjuguide

- När är du född?

- När hände höftfrakturen, år, månad?

- Hur är din boendesituation, bor du ensam eller tillsammans med någon?
Hur var det före frakturen?
- Klarar du att ta hand om hemmet?
Hur var det före frakturen?
- Klarar du att ta hand om dig själv?
Hur var det före frakturen?
- Är du fysiskt kapabel att göra det du vill göra?
Hur var det före frakturen?
- Kan du göra saker du uppskattar och tycker om?
Hur var det före frakturen?
- Kan du ha det sociala umgänge du vill ha?
Hur var det före frakturen?
- Upplever du tillfredställelse i din vardag?
Hur var det före frakturen?
- Finns det någon aktivitet du gjort tidigare som du inte gör i dag pga frakturen?