



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

Användning av ortoser för övre extremiteter i arbetslivet

Författare: Fredrik Linné

Inga-Lill Nevalainen

Handledare: Eva Ramel

Maj 2007

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

2007-05-01

Användning av ortoser för övre extremiteter i arbetslivet

Fredrik Linné & Inga-Lill Nevalainen

Abstrakt

Det ordinerar/rekommenderas många ortoser till övre extremiteterna för personer i arbetslivet. Syftet med studien är att undersöka personers användning av ordinerade/rekommenderade ortoser för tumbas-artros, carpaltunnelsyndrom och epikondylit samt vilka för- respektive nack-delar ortosen anses ha. Respondenterna i undersökningen fanns inte i vår geografiska närhet så gjordes en enkätundersökning. Tjugofyra personer av 53 besvarade en enkät och sammanställningen visade att majoriteten var nöjda med sina ortoser. Tjugotvå följde sina ordinationer/rekommendationer och de två övriga angav att ortosen var för varm eller rädd att tappa styrka. Två uppgav också att de använde ortosen mer än ordinerat/rekommenderat vid till exempelvis trädgårdsarbete eller vid tunga lyft i hemmet. Sex personer upplevde emellertid att deras ortos var ett hinder i arbetet på olika sätt. Svårigheter med enkäten samt ett stort bortfall diskuteras

Nyckelord: Ortos, arbetsterapi, händer, arbete

Kandidatuppsats

Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

Förord

Vi vill rikta ett speciellt tack till vår tålmodiga handledare Eva Ramel:

– Tack Eva för ditt stöd och din uppmuntran samt för dina givande synpunkter. Vi vill även tacka Arne Johannisson som hjälpt oss med den statistiska delen av arbetet

Vi tackar även våra eminenta mellanhänder som skött kontakten och utskick till respondenterna. Tack även till alla som har tagit sig tid och svarat på våra enkäter och därmed bidragit till att studien gått att genomföra.

Till sist vill vi rikta ett tack till de personer som kom med uppslaget till uppsatsen

Fredrik Linné

Inga-Lill Nevalainen

Lund 2007-05-01

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
1. INLEDNING	6
1.1 Ortos	6
1.2 Artros	7
<i>1.2.1 Tumbasartros</i>	<i>7</i>
1.3 Carpaltunnelsyndrom	8
1.4 Epikondylit	9
1.5 Arbetsterapi	9
1.6 Ordination av ortos	10
1.7 Arbete och dess betydelse och ortosens betydelse för smärta	10
2. SYFTE	11
3. METOD	11
3.1 Urvalsförfarande	11
3.2 Instrument för insamling av information	11
<i>3.2.1 Beskrivning av undersökningsgruppen</i>	<i>12</i>
3.3 Procedur	12
3.4 Bearbetning av insamlad information	13
4. RESULTAT	13
4.1 Besvär	13
4.2 Ordination	13
4.3 Utprovning/Uppföljning	14
5. DISKUSSION	16
5.1 Resultatdiskussion	16
5.2 Metoddiskussion	18
5.3 Slutsats	19

6. REFERENSER	20
7. BILAGOR	23
7.1 Bilaga 1: Enkät	
7.2 Bilaga 2: Informationsbrev till respondent	

1. Inledning

Ur en mänsklig och ekonomisk synvinkel är det nödvändigt att undvika långtidssjukskrivningar. Samhället har fått ett ökat intresse till att anpassa arbetsmiljön och öka insatserna vid rehabilitering för individen för att minska långtidssjukskrivning. Det är främst genom insatser från försäkringskassan men även från företagshälsovården. Sjukfrånvaron är högst på arbetsplatser med monotona och slitsamma arbetsuppgifter inom såväl industrin som den offentliga sektorn. Arbetsförmågan ur fysisk, psykisk, och social synvinkel kan både förbättras och försämrats. Detta som en konsekvens av att personer blir sjukskriva. En annan följd av sjukskrivning kan vara ökad risk för att personen blir helt eller delvis arbetslös. Att sjukskriva personer är både kostsamt för samhället och för personen (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU 2003).

Händer har en central roll i människors sociala liv och används bland annat vid kroppsspråk och kommunikation. Om man förlorar delar eller hela handen kan följden bli att det blir en helt ny livssituation och då inte minst i arbetslivet (Lundborg, 1999). Smärta inskränker ofta handfunktionen, men ett sätt för en person att kunna arbeta trots vissa handsmärtor eller andra handfunktionsnedsättningar skulle kunna vara att använda ortos (Carlsson, Rosén & Cederlund, 1989).

1.1 Ortos

Ordet ortos kommer ifrån grekiskans ”orthos” som betyder rak. Benämningen ortos har använts sen mitten på 1970-talet (Carlsson, Rosén & Cederlund, 1989) och kallades tidigare för stödskena eller bandage. Det är en teknisk anordning som används utanpå en funktionsnedsatt kroppsdel och ortosen ersätter inte en kroppsdel eller funktion som en protes gör. Det vill säga att armen eller benet finns kvar men att funktionen inte är fullgod. Förlamning, ledsmärta, felställning och överrörlighet i leder är de stora orsakerna till varför ortoser används. Behandlingsortoser används tillfälligt för direkt sjukvårdande behandling, till exempel efter fraktur eller för att fördröja en fortsatt försämring. Behandlingsortoser kan vara antingen statiska eller dynamiska (Carlsson, Rosén & Cederlund, 1989). En statisk ortos håller kroppsdelens fast och stilla medan en dynamisk ortos använder sig av befintlig muskelkraft eller överför muskelkraft från en kroppsdel till annan för att därigenom underlätta en rörelse (Dillner, 1982). Ortoser som används i arbete stabiliserar och skyddar leder som utsätts eller riskerar att utsättas för skadlig belastning och är oftast dynamisk. Allmänt för

ortoser är att de ska vara smärtlindrande, korrigerande, immobiliserande och förebygga smärta samt inte förvärra skadan. Ortosen avser även att ersätta en förlorad funktion eller stötta bristande förmåga (Carlsson, Rosén & Cederlund, 1989). De vanligaste orsakerna till varför ortoser ordinerar är: artros exempelvis tumbasartros, carpaltunnelsyndrom (CTS), epikondylit och förslitningsskador.

1.2 Artros

Engström-Laurent, Leden, Nived och Sturfelt, G. (1994), beskriver artros som en degenerativ ledsjukdom, det vill säga, primärt icke inflammatorisk, som kännetecknas av successiv nedbrytning av ledbrosket. Sjukdomen brukar delas in i primär artros där orsaken är okänd och sekundär artros där en utlösande faktor kan påvisas. Den sekundära artrosen kan relateras till en mängd olika tillstånd, till exempel metaboliska eller inflammatoriska sjukdomar, men också till orsaker som frakturer. Smärta i den drabbade leden är det mest framträdande symtomet vid artros. Typiskt för artros är igångsättningsvärta, som kommer när en aktivitet startas men sedan avtar efter ett tag (Engström-Laurent, Leden, Nived & Sturfelt, G. 1994).

1.2.1 Tumbasartros

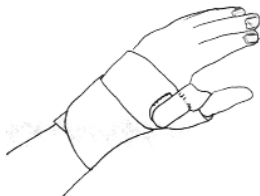


Fig 1. Ortos för tumbasartros

Det är vanligt med artros i tummens basled carpometacarpalled (CMC). Tumbasartros "gumartros" drabbar oftare kvinnor än män och debuterar oftast inte före medelåldern. Symtomen är ofta smärta vid rörelse i tummen och en lokal ömhet i tumbasen. Den drabbade har ofta en betydande kraftnedsättning i tumpekfingergreppet vilket leder till svårigheter med att lyfta till exempel ett mjölkpaket eller en kastrull (Lundborg, 1988). Det finns också en tendens att utveckla en adduktionskontraktur i CMC 1 leden som beror på att metakarpalbenet så småningom börjar subluxera. När symtomen endast är smärta och obehag vid belastning är det viktigt att undvika onödig belastning och det brukar vara tillräckligt med ett elastiskt tumbandage. Senare kanske det behövs en statisk ortos och den tillverkas av arbetsterapeut efter användarens önskemål vad gäller längd, vilken av tummens leder som ska vara rörlig och om det ska vara med eller utan ulnart stöd. Uppträder en adduktionskontraktur krävs det immobilisering med hjälp av ortos dygnet runt för att för lindra smärtan och förhindra fortsatt utveckling av kontrakturen (Runnquist, Cederlund & Sollerman, 1992).

1.3 Carpaltunnelsyndrom



Fig 2. Teckning av handens palmarsida med n.medianus och carpaltunneln

Carpaltunnelsyndrom (CTS) är ett kompressionstillstånd av medianusnerven i carpaltunneln som finns på handledens palmarsida. I carpaltunneln passerar medianusnerven och ett stort antal böjsenor. Här har nerven ett utsatt läge där varje ökning av vävnadsvolyym i tunneln eller inskränkning av utrymmet kan ge ett yttre tryck på nerven. CTS kännetecknas till början av domningar och parestesier nattetid. Senare i sjukdomsförloppet är symtomen konstanta med domningar, känselstörningar och fumlighetskänsla även dagtid. Det kan också tillstöta värk och atrofi inom thenarmuskulaturen. Det är oftast kvinnor i 40-60 års ålder som drabbas. Gravida kvinnor kan också drabbas på grund av generell svullnad. CTS kan även ses i samband vid vissa hormonella rubbningar som hypothyreos och acromegali. Det är ovanligt med CTS hos män men kan förekomma när de har arbetat många år med till exempel handhållna vibrerande verktyg (Lundborg, 1988). I tidigt stadium ordinerar en ortos för nattetid för att förhindra volarflexion i handleden. Det går inte att bota CTS med träning utan det gäller för sjukgymnast och arbetsterapeut att genom ergonomiska råd och ordinerande av ortos se till att nerven utsätts för så lite inklämning som möjligt. Operation kan vara att föredra jämfört med att använda ortos enligt en studie av Korhals-de Bos, Gerritsen, van Tulder, Rutten-van Mølken, Adér, de Vet, & Bouter, (2006). Även om Kostnaden för operation eller för behandling med ortos var lika stor så var efter ett år 92 procent av de opererade fortsatt nöjda. Det kan jämföras med att endast 72 procent av de som använde ortos var det (Korhals-de Bos et al, 2006). Misstänks det att besvären är relaterade till arbete ska arbetsplatsens utformning och arbetsteknik analyseras och påverkas så långt det går. Ortosens syfte är att förhindra extrem dorsal- och volarflexion i handleden eftersom detta ökar trycket i carpaltunneln. Nattetid används ofta en statisk ortos i 4-6 veckor och därefter avvecklas ortosen under 4 veckor. Till arbete används en arbetsorts som är dynamisk, och som förhindrar att man arbetar med handleden i ytterlägen (Carlsson, Rosén & Cederlund, 1989).



Fig. 3. Dynamisk ortos för carpaltunnelsyndrom

1.4 Epikondylit

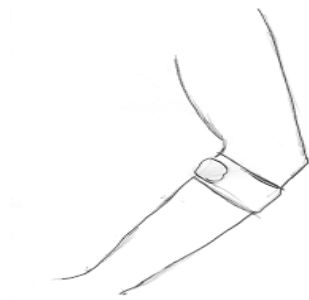


Fig 4. Epikondylitbandage

På armbågens laterala sida finns extensorutsprunget där musklerna som sträcker handleden och fingrarna har sitt ursprung. Smärta i området orsakas av små bristningar i bindvävnaden som håller fast muskeln i skelettet. Orsakerna är oftast överbelastning, inflammation och/eller degeneration av senfästena. Smärtan som kommer från detta område kan också stråla upp eller ner längs överarmens eller underarmens yttersida. Skadan kan drabba de som arbetar ensidigt med händerna och det är ingen skillnad mellan könen (Jerosch & Schunck, 2006; Johansson, 1995). Så gott som alla som har epikondylitbesvär har rörelseinskränkningar i handled och armbågsled. Tillståndet spontanläker ofta på 8-13 månader och cirka 90 procent blir hjälpta av ickeoperativ behandling (Sölveborn, 1999). Det är viktigt att personer kommer till behandling tidigt och kan då bli ordinerad epikondylitbandage tillsammans med stretching och handledsortos. Sölveborn (1999) har jämfört träning med användande av epikondylitbandage och det visade sig att de som tränade kände sig bättre medan bandaget hade god smärtlindring när det användes i dagliga aktiviteter.

1.5 Arbetsterapi

Law, Polatajko, Baptiste och Townsend (1997) anser att människor är av naturen aktiva varelser. För att kunna vara aktiv samt utföra aktiviteter krävs att människan tänker, känner och utför aktiviteter. Law et al. (1997) uttrycker att dessa tre aspekter påverkar människan i hur den gör val i livet. Detta ger också en möjlighet och förmåga att delta i aktivitet. Enligt Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) (2002) samt Law et al. (1997) ger aktivitet livet en mening och det är en viktig faktor för hälsa och välmående. CAOT (2002) säger att aktivitet är olika typer av handlingar som sker i det vardagliga livet. De är organiserade och har värde och mening för personen i kulturen. Det är viktigt med aktiviteter som både stimulerar människan fysiskt och psykiskt, Aktiviteterna ska kännas meningsfulla att utföra. Detta är arbetsterapeutens främsta mål att arbeta efter. CAOT har sin egna teoretiska modell Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) som är indelad i tre kategorier; personlig vård, produktivitet och fritid. Inom personlig vård finns aktiviteter som att sköta om sig själv. Aktiviteten produktivitet ger ett socialt och ekonomiskt värde, till

exempel arbete och hushållsaktiviteter. Fritid är en aktivitet som utförs för nöjes skull, till exempel hobbies eller att umgås med vänner (CAOT, 2002).

Arbetsterapeuten och/eller sjukgymnasten har hand om utprovning, anpassning och rekommendation av arbetstekniska hjälpmedel för att kompensera ett funktionshinder. Syftet är att upprätthålla eller återinföra individen i arbete och att möjliggöra ett aktivt liv. Hjälpmedel provas ut och anpassas efter varje individ. Arbetsterapeuten och/eller sjukgymnasten har med sina ergonomiska kunskaper en viktig roll i utformningen av arbetsplatsen och kan rekommendera lämpliga arbetstekniska hjälpmedel och gör uppföljningar på arbetsplatsen. (Blomqvist & Nicolaou, 2000). Vanligtvis ordineras ortoser av läkare, arbetsterapeut eller sjukgymnast (Runnquist, Cederlund & Sollerman, 1992), men det går även att köpa enklare ortoser på egen hand i sportaffärer och på apotek.

1.6 Ordination av ortos

När en person blir ordinerad att använda ortos är det viktigt att han/hon får veta vad ortosen kan göra och på vilket sätt effekten ska uppnås. Ordinationen om ortosens användande och i vilka aktiviteter och hur lång tid den ska användas måste vara tydlig. Det är också viktigt att försäkra sig om att personen uppfattat detta (Moberg, Hagert, Nordenskiöld, & Traneus-Nillius, 1986). Den som ordinerar ortosen bör kunna svara på följande frågor: När? Var? Hur? Varför? (Carlsson, Rosén, Cederlund 1989).

1.7 Arbete och dess betydelse och ortosens betydelse för smärta

Svenning (1993) beskriver att arbete ger en höjning av livskvalité samt är ett bevis på engagemang och kompetens. Arbete är inte bara en källa till att få ekonomiskt bidrag utan ger också människan uppskattning, en identitet, självförtroende, samt en känsla av delaktighet i samhället (Sjöberg, 2002; Svenning 1993). Människor som går till ett arbete har en bättre hälsa än de människor som inte har något arbete. Personer med ett arbete upplever sig mer betydelsefulla och handlingskraftiga. Arbetet har även en social betydelse som leder till att en känsla av gemenskap skapas, vilket medför att personen stärks i sin roll och tar mera ansvar (Holmström et al., 1999; Svenning, 1993). En ortos kan genom att vara smärtlindrande och/eller stödjande leda till att människor kan vara kvar i sitt arbete trots besvär från olika leder och muskelfästen (Carlsson, Rosén, Cederlund 1989).

Smärta har funnits genom alla tider, dock är sättet att uttrycka smärtan och uthärda den varierande. Det är skillnad mellan smärta och värk. Smärta har en högre intensitet och är oftast beroende av någon rörelse. Värk har en lägre intensitet och förekommer oftast i vila. I dagens samhälle har behoven av effektiv smärtlindring ökat (Brattberg, 1995). SBU (2006) tar i sin rapport upp metoder för behandling av långvarig smärta. Ortoser kan vara en sådan metod för smärtlindring. De vetenskapliga underlagen när det gäller ortoser vid smärtlindring är emellertid otillräckligt för att kunna dra några slutsatser. Det finns inte mycket dokumenterat om hur ortoser används i arbetslivet eller vad personer som fått sig ordinerat ortoser tycker om dessa.

2 Syfte

Syftet med studien är att med hjälp av en enkätundersökning undersöka personers användning av ordinerade handortoser i arbetslivet samt vilka för- respektive nackdelar som ortoserna anses ha.

3 Metod

3.1 Urval

Deltagarna i studien rekryterades med hjälp av två sjukgymnaster på två olika företagshälsovårdcentraler i nordöstra Skåne. De två företagshälsovårdcentraler som har kontaktats har ordinerar och provar ut cirka 175 ortoser för tumbas-, epikondylitbesvär och CTS under 2006 (muntlig kommunikation Maj Jönsson, Claes Björkman 2007-04-05). Urvalskriterierna för att få delta i den föreliggande studien var att deltagarna under det senaste året blivit ordinerad ortos för besvär i tummen, handleden eller armbågen och använt sin ortos minst en månad under det senaste året. Detta för att undersökningspersonerna skulle ha någon uppfattning om effekterna. Deltagarna i studien skulle vara mellan 18 och 65 år det vill säga att personerna var i arbetsför ålder och ha arbete.

3.2 Instrument för insamling av information

Studien är en enkätundersökning. Eftersom undersökningspersonerna var utspridda över ett stort geografiskt område och vi hade begränsade resurser valde vi att använda enkät för

insamlingen av data. (Ejlertsson 1996) Då vi efter viss efterforskning inte kunde hitta ett färdigt instrument för utvärdering och uppföljning av handortoser, (personlig kommunikation: Ragnhild Cederlund 2007-02-04) gjorde vi en egen enkät (bilaga 1). Enkäten var ett strukturerat frågeformulär som bestod av 16 frågor. Vissa frågor var med slutna svarsalternativ och andra med öppna. För att öka möjligheten till att så många som möjligt svarade samt att det inte skulle vara för tidskrävande för respondenten (Ejlertsson 1996) bestämdes att det högsta sidantalet skulle vara två. Den beräknade tiden för att svara på enkäten uppskattades till cirka 10 minuter. Frågorna var relevanta för vårt syfte i enlighet med vad Ejlertsson (1996) rekommenderar. För att enkäten skulle vara så valid som möjligt testades den på två arbetsterapeuter och tre företagsgymnaster. De föreslog inga ändringar.

3.2.1 Beskrivning av undersökningsgruppen

Enkäten skickades ut till 53 personer. Det kom in 31 enkäter totalt, varav 24 (45,3%) som analysen baseras på. Av de som svarade på enkäten var 14 kvinnor och 10 män. Tjugosju personer svarade innan påminnelsen. Efter påminnelsen kom det ytterligare två ifyllda och två blanka enkäter. Det externa bortfallet uppgick till 29 personer varav fyra gjort ett aktivt val och skickade tillbaka enkäten blank. Två var avflyttade från adressen och en hade gått i pension och omfattades inte av urvalskriterierna längre. Åldersspannet på deltagarna var från 18 år och uppåt. Sju kvinnor och två män var äldre än 50 år.

3.3 Procedur

Innan studien inleddes togs kontakt med en person på ett större ortosföretag som förmedlade kontakten till två företagshälsovårdcentraler i nordöstra Skåne vilka ordinerar ortoser. Detta för att se om det fanns något intresse för undersökningen. En person på varje central ställde upp som mellanhand. Därefter skickades ett brev ut till verksamhetscheferna för att beskriva studien och att inhämta deras samtycke om denna. Efter rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) med diarienummer A26-07 redigerades enkäten och brevet till undersökningspersonerna något. Mellanhänderna upprättade var sin kodad lista och skötte all kontakt med respondenterna i undersökningen. Mellanhanden slumpade ut var tredje person som blivit ordinerad ortos från denna lista och skickade sedan ut 53 enkäter med brev till respondenterna. I följebrevet poängteras att det är frivilligt att delta och att man kan avbryta sitt deltagande när som helst utan risk för negativa konsekvenser. Respondenten garanteras anonymitet. All kontakt med respondenten sköttes av mellanhanden. Efter två veckor skickades ett påminnelsebrev ut till de deltagare som inte svarat.

3.4 Bearbetning av insamlad information

Svaren med flervalsalternativ visas med hjälp av deskriptiv statistik (Depoy & Gitlin, 1999) efter bearbetning i statistikprogrammet Statistical Package of Social Science (SPSS) och omvandlades till figurer och tabeller. Svaren på de öppna frågorna presenteras som kvalitativa inslag i undersökningen och i form av citat. Citaten står alltid i sin fulla längd och har inte kortats ner.

4. Resultat

Deltagarna hade många olika arbetsuppgifter alltifrån att packa detaljer i lådor till att samla svinsperma i femliterskannor. Tretton personer klassificerades av oss till att ha tunga lyft i sin arbetsdag. Elva personer hade monotona arbetsuppgifter som till exempel sitta vid kassan i livsmedelsbutik.

4.1 Besvär

Utav de 24 undersökningspersonerna var det 13 som hade handledsbesvär. Fyra personer hade tumbesvär och fyra hade armbågsbesvär. Tre hade besvär i både handled, tumme och armbåge samt en som hade besvär med ett ledband i pekfingeret.

Sjutton personer har kunnat behålla sina arbetsuppgifter helt efter att de blivit ordinerade/rekommenderade att använda ortos. Resterande Sju personer hade delvis återgått till sina tidigare arbetsuppgifter. Elva av dem som hade ortos för handledsbesvär har kunnat utföra samma arbetsuppgifter som innan de fick ortosen ordinerad/rekommenderad. Två av de med tum -, tre med armbågs - och en person med pekfinger - besvär hade kunnat återgå till sina gamla arbetsuppgifter. Alla 24 undersökningspersonerna hade arbetat med dessa arbetsuppgifter mellan 1-26 år och haft sina besvär mellan ett och åtta år. Hälften av hade haft sina besvär i ett till två år.

4.2 Ordination

Sju personer uppgav att de blivit ordinerade att använda ortoserna varje dag, fem vid behov, fyra vid lyft, fyra vid värk. Fyra uppgav att de inte fått någon rekommendation/ordination.

Tjugotvå angav att de följde sina ordinationer/rekommendationer och de två övriga angav att ortosen var för varm eller att man var rädd att tappa styrka. Två av tjugotvå uppgav att de använder ortosen mer än ordinerat/rekommenderat vid till exempelvis trädgårdsarbete eller vid tunga lyft i hemmet.

Tio personer använder sin ortos upp till fyra timmar varje dag och åtta personer använder ortos fem timmar eller längre, sex använde ortosen endast vid speciella tillfällen.

4.3 Utprovning/Uppföljning

På frågan om hur utprovning och uppföljning fungerat så svarade 20 att de var nöjda och fyra svarade att de var missnöjda. Svaren som de missnöjda uppgav var följande:

”- Chansade på storlek, ingen uppföljning har gjorts. Har använt liknande handledsskydd innan.”

”- Ingen har tid med mig stressigt”

”- Har inte fått någon inprovning eller uppföljning”

”- Den lindrar ej besvären”

Aderton personer uppgav att ortosen inte hindrade i arbetet. Sex däremot beskrev att ortosen hindrade dem i sina arbetsuppgifter med motiveringar som:

”- Begränsad rörlighet i handen, svårare att skriva och dyl”

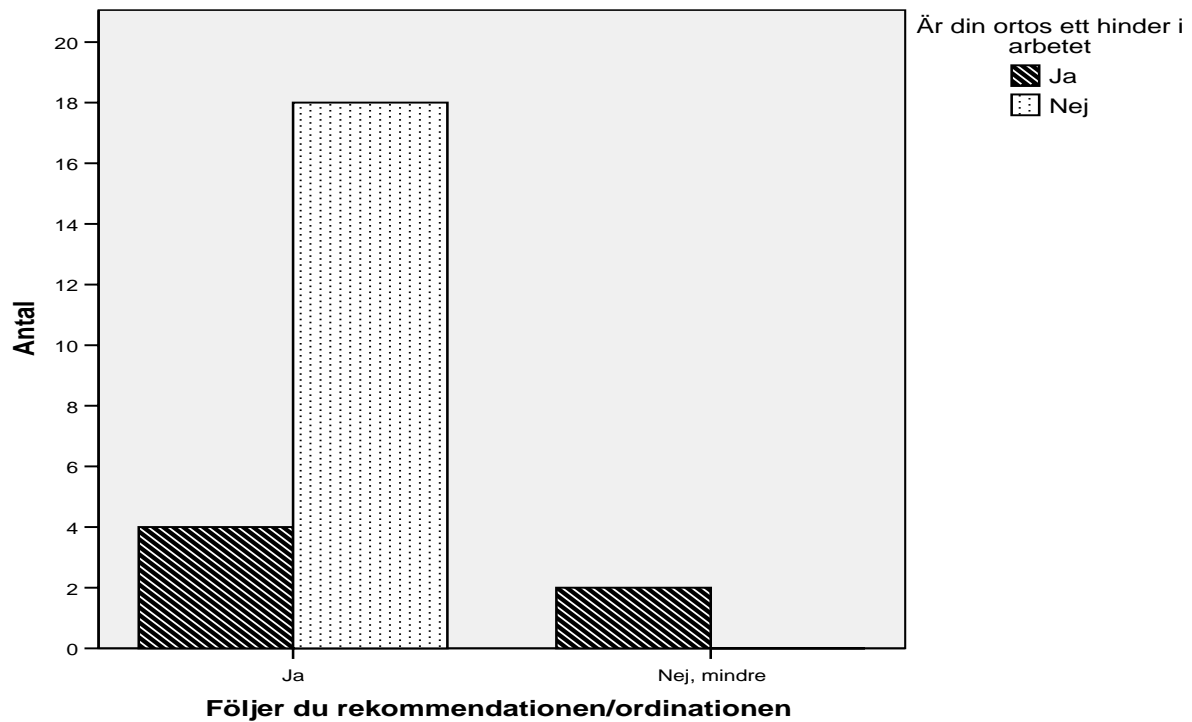
”- Jag fastnar ibland i maskinerna och det är svårt att jobba i maskinerna med handskar utanpå skydden, jag har alltid inte handskar utanpå bara under omställningar för att skydden inte ska bli smutsiga”

”- Är mycket i vatten”

”- Då jag jobbar med patienter hela tiden (som är i mycket dåligt skick) kunde jag inte ha på den av hygieniska skäl”

Två av de sex som ansåg att ortosen var ett hinder i arbetet, använde den följaktligen också mindre än ordinerat (Fig 5).

På frågan om ortosen har hjälpt personen att inte vara sjukskriven svarade 11 personer ja, tre personer svarade nej och tio svarade att de inte visste.



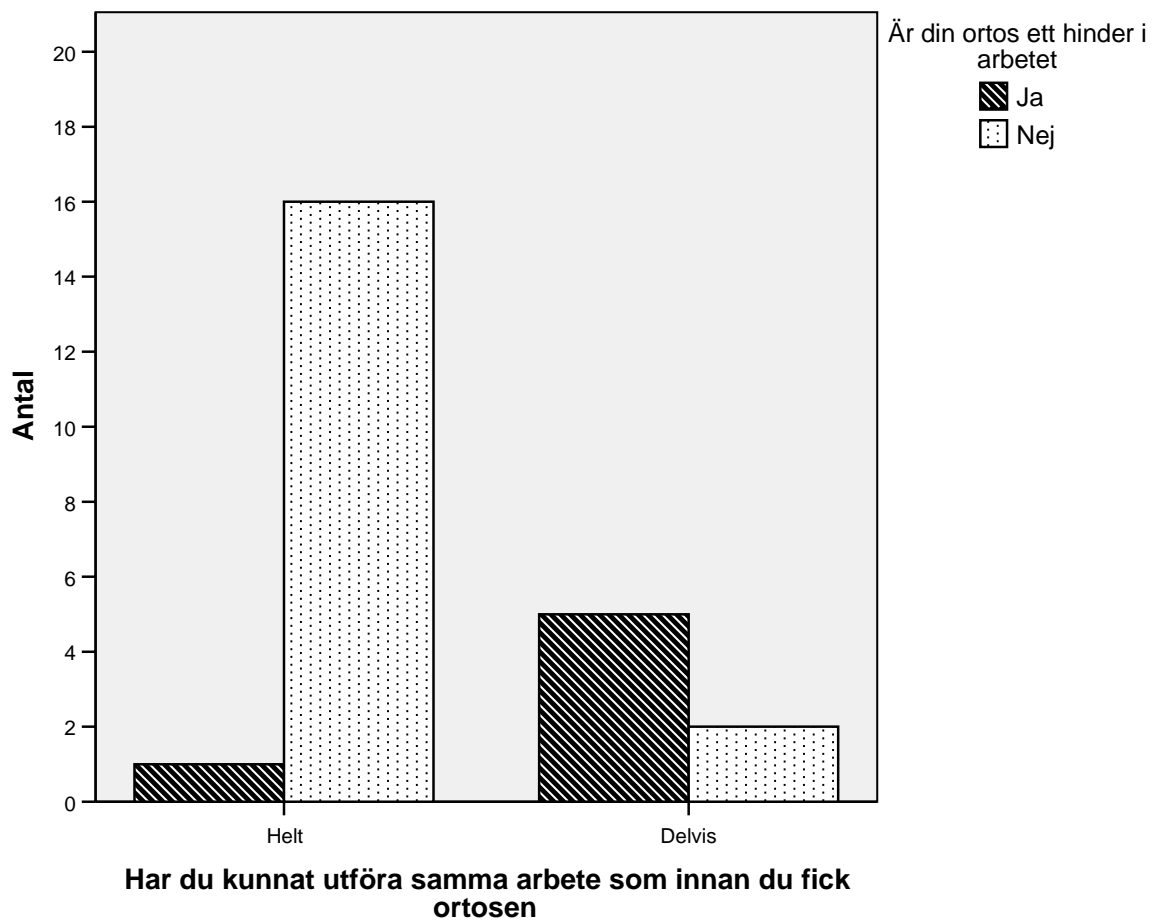
Figur 5. Förhållandet mellan om ortosen är ett hinder i arbetet och om du följer rekommendation/ordination (n=24)

Tabell 1 visar att de som inte haft sina arbeten i så många år har fått sina besvär tidigare medan de som haft sina arbeten länge har fått sina besvär senare i karriären.

Tabell 1. Svaren på hur länge personen haft sina besvär ställt mot hur länge personen arbetat (n=24)

		Hur länge har du haft dina besvär					Total	
		Under 1 år	1 - 2 år	3 - 4 år	5 - 6 år	7 - 8 år		över 8 år
Hur länge har du haft dessa arbetsuppgifter	0 - 5 år	2	2	3	0	0	0	7
	6 - 10 år	0	3	0	1	0	0	4
	11 - 15 år	1	2	0	0	1	1	5
	16 - 20 år	0	0	1	1	1	0	3
	21 - 25 år	0	2	0	0	0	0	2
	26 - 30 år	0	1	1	0	0	1	3
Total		3	10	5	2	2	2	24

Av de sex personer som upplevde att ortosen var ett hinder i arbetet hade fem delvis ändrat sina arbetsuppgifter (Fig 6).



Figur 6. En jämförelse mellan om personen kunnat återgå till sina tidigare arbetsuppgifter eller om ortosen är ett hinder (n=24.)

5. Diskussion

5.1 Resultatdiskussion

Resultatet av vår studie visade att användning av ortos i arbetet gör att personer med olika besvär från övre extremiteterna ändå kan vara kvar i arbete och har nytta av ortoserna. Vidare verkar ortos användning i arbetet även tillföra deltagarna andra viktiga aspekter, som att undersökningspersonerna inte behöver vara sjukskrivna eller att människor kan vara kvar i arbete sparar pengar åt både samhället och individen (SBU, 2003).

Tjugotvå personer utav de 24 följer rekommendationen/ordinationen. Det är glädjande att denna siffra är hög och en del kan nog tillskrivas de personer som fått ortoser

rekommenderade/ordinerade. Information är bra och att personerna har förstått vad informationen går ut på. Patientundervisning är en process (Spalding, 1995) i vilken patienten informeras om sitt tillstånd, sin behandling och får instruktioner om hur de bör följa sin rekommendation/ordination. Aderton personer säger att ortosen inte är ett hinder i arbetet samt att det var sju personer som har kunnat utföra samma arbete som tidigare. Av detta resultat blev vi positivt överraskade. Vi hade fått en känsla att inte så många skulle kunna återgå till samma arbetsuppgifter helt.

En person tog upp att den var rädd att tappa muskelstyrka i handen och därför använde sin ortos mindre än ordinerat. Genom hörsägen har vi stött på att detta är ett vanligt argument för att inte använd ortosen. Sjukgymnasterna som agerade mellanhänder trodde att det skulle vara ett högt antal som angett detta som skäl till att personerna inte använde sin ortos. Ett annat svar vi fick var att ortosen kändes för varm, detta kan bero på många faktorer som till exempel vilket material ortosen tillverkats av men det skulle också kunna bero att personen har lätt för att känna sig varm eller är mycket aktiv i sitt arbete.

En person lämnade in en blank enkät med endast en fråga på övriga kommentarer. Där skrev personen ”– *Vad är ortos*”? Denna fråga väckte många tankar hos oss. Bland annat om vi inte hade varit tydliga nog i vårt informationsbrev (bilaga 2) eller kan det vara så att företagsgymnasten inte informerat tillräckligt om vad det var för ortos han förskrev. Använder de olika ordinatorerna olika namn för ortos? Framförallt kanske epikondylitbandage inte upplevs som en ortos?

En synpunkt värd att ta upp här, är att de personer som arbetat längst i princip har haft sina besvär under kortast tid och de personer som däremot arbetat endast 0-5 år hade haft sina besvär i upp till fyra år. Vad detta kan bero på skulle vara intressant att studera vidare.

Ingen av respondenterna har uppgett att de fått någon anpassning av sin arbetsplats. Om arbetsplatsen hade anpassats så tror vi att fler hade kunnat återgå till sitt tidigare arbete. Blomqvist & Nicolaou, (2000) menar att det är viktigt att anpassa arbetsplatsen efter bästa förmåga.

Det totala bortfallet var 29 personer och utav de vet vi att fyra gjort ett aktivt val att inte delta i studien. Det skulle vara intressant att göra en utförligare bortfallsanalys om tid hade funnits. Bortfallet var dock jämnt fördelat mellan de olika företagshälsovårdscentralerna.

Vilka är det som inte svarat på vår enkät? Är det de som är positiva eller de som är negativa till användandet av ortos?

5.2 Metoddiskussion

Eftersom respondenterna i undersökningen inte fanns i vår geografiska närhet så tyckte vi att en enkätundersökning verkade vara det bästa alternativet för att få svar på vårt syfte.

(Ejlertsson 1996) Ejlertsson säger vidare att det är ett billigt sätt och att respondenten kan fylla i enkäten i lugn och ro. På relativt kort tid går det att få in svar från ett större antal personer. (Depoy & Gitling, 2002). Ejvegård (2003) talar om att det är mer troligt att få ett ärligt svar eftersom respondenten är anonyma. Om svarsfrekvensen understiger 70 procent är det normalt sett inte meningsfullt att arbeta med den statistiskt, även om enkätresultaten ändå kan ge viss kunskap (Ejvegård, 2003). Vidare säger han också att det inte är någon större mening att bearbeta mindre än 40 enkäter statistiskt. Trots att vi inte fått in så många svar tycker vi ändå att den kunskap som kommit fram är av vikt, varför vi endast har använd oss av deskriptiv redovisning som på ett överskådligt sätt kan ge viss information.

När vi gjorde vårt första utkast upptäckte vi svårigheten med att formulera korta frågor med mycket information. I efterhand lade vi märke till att enkäten hade vissa brister som att frågeformuleringen inte gav den information som den avsåg. Till exempel hade det varit bättre om personerna hade skrivit sin faktiska ålder. På detta sätt hade vi kunnat räkna ut medelåldern och på så sätt fått en tydligare bild av när besvären började. På frågan om hur länge man använde sin ortos varje dag, skulle det ha varit en tydligare instruktion om vad som avsågs. Några svarade antal timmar per dag samtidigt som de fyllde i att de använde ortosen vid speciella tillfällen. Vi såg även att det saknas en fråga om hur lång arbetsdagen var och om de arbetar deltid eller heltid. Hade vi haft denna fråga så hade vi på ett bättre sätt kunnat tolka svaren på ovanstående frågas följdfråga. Fråga om ortosen hjälpt så att man inte behövt vara sjukskriven. Den skulle ha formulerats om till: ”Har du varit sjukskriven på grund av dina besvär?” Vi skulle ha frågat personerna med handledsbesvär om de har genomgått operation för sina besvär. Då hade vi kunnat jämföra med Korhals-de Bos et al, (2006) studie och hade även kunnat jämföra hur nöjda personerna var mellan de som opererats och de som

fått enbart träning/ortos och om det skiljde sig åt eller om resultatet överensstämde. Detta var emellertid inte syftet med denna studie.

Påminnelsen skulle ha gått ut vid ett tidigare datum så att fler skulle ha hörsammat påminnelsen och skickat in enkäten. Det vi upplever som positivt är dock att flera som valde att inte delta i studien sig att följa uppmaningen att skicka in enkäten blank. Vi känner dock en besvikelse över att inte fler svarade innan påminnelsen gick ut. Det blev tidsbrist på grund av att vi ville ha med så många enkäter som möjligt i studien.

5.3 Slutsats

I vår studie har vi funnit att ortosen är ett bra hjälpmedel som stödjer personen i dess fortsatta möjlighet till arbete. Personerna har överlag varit mycket nöjda med utprovning och uppföljning av ortosen. Vi ser gärna att det görs en större studie och på så sätt får ett tillförlitligare resultat.

6 Referens:

Blomqvist, U-B & Nicolaou, I. (2000) rev 2003. *Förskrivningsprocessen: för hjälpmedel till personer med funktionshinder*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Falköping. Gummessons Tryckeri AB.

Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT). (2002). *Enabling Occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT.

Carlsson, I., Rosén, B., & Cederlund, R. (1989). *Ortoser för händer – Grundläggande principer och exempelsamling*.

Delmar, C., Böje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Möller, M., Sönder, H. & Pedersen, B-D. (2006). Independence/Dependence – a Contradictory Relationship? Life with a Chronic Illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 261-268.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.

Depoy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Dillner, S.(1982). *Ortoser för övre extremiteterna vid neurologiska handikapp*. Bromma: handikappsinstitutet.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R,(2003). *Vetenskaplig metod*. Upplaga 3. Lund: Studentlitteratur.

Engström-Laurent, A., Leden, I., Nived, O., Sturfelt, G. (1994). *Reumatologi*. Falköping: Liber utbildning

Holmström, E., Eklundh, M., & Ohlsson, K. (1999). *Människan i arbetslivet – Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Korthals-de Bos, I., Gerritsen, A., van Tulder, M., Rutten-van Mölken, M., Adér, H., de Vet, H., & Bouter, L. (2006). Surgery is more cost-effective than splinting for carpal tunnel syndrome in the Netherlands: results of an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7:86

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, (1), 9-23.

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). *Core concepts of occupational therapy*. In Townsend (Eds) Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE

Lundborg, G. (1988). *Handkirurgi – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Lundborg, G. (1999). *Handkirurgi – skador, sjukdomar, diagnostik och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Moberg, E., Hagert, C-G., Nordenskiöld, U., & Traneus-Nillius, M. (1986). *Ortoser i handterapi*. Stockholm: Nordstedts förlag.

Runnquist, K., Cedellund, R., & Sollerman, C. (1992). *Handens rehabilitering – Skador, Sjukdomar*. Vol. 2. Lund: Studentlitteratur.

Sonesson, B., & Sonesson, G. (2001). *Anatomi och Fysiologi*. Falköping: Liber.

Spalding, W-J. (1995). A Comparative Study of the Effectiveness of Preoperative Education Programme for Total Hip Replacement Patients. *The British journal of Occupational Therapy*. 58(12), 526-531.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis*. SBU-rapport nr 167. Stockholm: SBU

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Metoder för behandling av smärta*. SBU-rapport nr 177. Stockholm: SBU

Svenning, M. (1993). *Tillbaka till jobbet – om arbete, ohälsa och rehabilitering*. Lund: Studentlitteratur.

Sölveborn, S-A. (1999). ”Tennisarmbåge” orsakas oftast av annat än tennis. *Läkartidningen*. Vol. 96. (5). 483-485.

7. Bilagor

Bilaga 1

ENKÄT om användandet av ortos

*Om raderna inte
räcker
till fortsätt gärna på
på baksidan*

1. Kön? Man Kvinna
2. Ålder?
 under 30 år 30 – 39 år 40 – 49 år 50 – 60 år över 60 år

3. Beskriv vilka arbetsuppgifter du har för händer och armar?

4. Hur länge uppskattar du att du gjort dessa arbetsuppgifter?

5. För vilka besvär använder du din ortos?

Handledsbesvär Tumbesvär Armbågsbesvär

Annat Vad: _____

6. Hur länge har du haft dina besvär?

Antal År/ månader: _____

7. Hur är du rekommenderad/ ordinerad att använda din ortos?

8. Hur länge använder du din ortos varje dag?

< 1 tim 1 - 2 tim 3 - 4 tim 5 - 6 tim > 6 tim

Inte dagligen, endast vid speciella tillfällen?

I så fall vilka? _____

9. Följer du rekommendationen/ ordinationen?

Ja Nej, mer Nej, mindre

10. Om du använder din ortos mer än ordinerat varför?

11. Om du använder din ortos mindre än ordinerat. Varför?

Är den/ du? (mer än ett alternativ kan anges)

- Fel storlek
- För varm
- För Kall
- Rädd att tappa styrka
- Annat

Om annat vad: _____

12. Tycker du att utprovning och uppföljning av din ortos har varit bra?

Ja Nej

Om nej varför _____

13. Är din ortos ett hinder i ditt arbete?

Ja Nej

Om ja varför _____

14. Har din ortos hjälpt dig så att du inte behövt vara sjukskriven?

Ja Nej Vet ej

15. Har du kunnat utföra samma arbete som innan du fick ortosen?

Helt Delvis Nej

Beskriv gärna: _____

16. Övriga kommentarer?

Tack för din medverkan
Fredrik & Inga-Lill

Bilaga 2.

2007-05-14

Bilaga 1

Till undersökningsperson

Ortoser i arbetslivet

Vi är två studenter på arbetsterapiprogrammet, Lunds Universitet som under våren 2007 ska skriva vårt examensarbete, 10 p.

Syftet är att genom en enkätundersökning studera användandet av handortoser i arbetslivet. Det förskrivs mycket handortoser till arbetsaktiviteter. Vi har inte hittat någon forskning eller om uppföljning av ämnet därför är det av vikt att undersöka detta.

Den metod som kommer att användas är en enkätundersökning.

Ditt namn har slumpats fram av företagshälsovårdscentralen Långbrohälsan, vi studenter får inte ta del av några persondata.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogade enkät så fullständigt som möjligt och skickar tillbaka den i det portofria föradresserade svarskuvertet inom en vecka.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller att medför några konsekvenser.

Svarskuvertet är adresserat till sektionen för arbetsterapi, Lunds universitet som hjälper oss med datainsamlingen. När Ditt svar kommit till sektionen för arbetsterapi tillhanda så prickar hon/han av att Du har svarat. Detta för att Du inte skall få en påminnelse i onödan. Först därefter bryts kuvertet och enkäten lämnas till oss. Att det är just Du som har svarat får vi således inte kännedom om.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Om Du vill veta mera om vår studie så ring eller skriv gärna till oss studenter eller till vår handledare Eva Ramel

Med vänlig hälsning

.....
Fredrik Linné
Grepvägen 3, 231 68 Trelleborg
0768-821677
fredrik.linne200.@student.lu.se

Inga-Lill Nevalainen
Bokallén 8, 218 36 Malmö
070-586 1227
inga-

Eva Ramel
dr med vet., universitetslektor
046-2221955
Barav. 3, 221 00 Lund

lill.nevalainen336@student.lu.se eva.ramel@med.lu.se