



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

**Sektionen för arbetsterapi och gerontologi**

# **Hur använder patienter griptången efter planerad höftplastikoperation?**

Författare: Josefin Blondell,  
Louise Pettersson

Handledare: Elizabeth Hedberg-Kristensson

December 2006

**Kandidatuppsats**

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



MEDICINSKA FAKULTETEN  
Lunds universitet

**Sektionen för arbetsterapi och gerontologi**

**December 2006**

## Hur använder patienter griptången efter planerad höftplastikoperation?

Josefin Blondell  
Louise Pettersson

### Abstrakt

De vanligaste orsakerna till en höftplastikoperation är artros, ledgångsreumatism, sjukdom i leden under unga år eller en fraktur. En höftplastikoperation innebär att man byter ut ledhuvudet och/eller ledpannan mot en protes. De första tre månaderna efter operationen förändras aktivitetsutförandet av en del aktiviteter till följd av restriktioner. Tekniska hjälpmedel förskrivs därför och tjänar till att bibehålla personens självständighet i så stor utsträckning som möjligt.

Syftet med denna studie är att undersöka hur och i vilken utsträckning dessa patienter använder sig av griptången efter operationen. Det är en kvalitativt inriktad studie där intervjuer använts som metod för att insamla data. Resultatet visar att griptången anses vara ett viktigt hjälpmedel. Samtliga deltagare använde den vid påklädning men utöver det var skillnaderna i användandet stora. Det föreföll vara så att de som hade tillgång till hjälp av annan person i hemmet var mindre benägna att använda griptången. De som inte hade möjlighet till att få hjälp i hemmet tenderade att i större utsträckning att tänka förbi de givna instruktionerna i utmanande situationer.

Nyckelord: Arbetsterapi, restriktioner, P-ADL, höftledsoperation, hjälpmedel.

Kandidatuppsats

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

## **Innehåll**

<b>1 Introduktion</b> .....	1
<b>2 Syfte</b> .....	4
<b>3 Metod</b> .....	4
3.1 urvalsförfarande.....	4
3.1.1 Kriterier.....	5
3.2 Metod för insamling av information.....	5
3.3 Procedur.....	5
3.4 Bearbetning av den insamlade informationen.....	5
<b>5. Resultat</b> .....	6
5.1 Person.....	6
5.2 Aktivitet.....	7
5.3 Miljö.....	8
<b>6. Diskussion</b> .....	8
6.1 Metoddiskussion.....	8
6.2 Resultatdiskussion.....	10
<b>Referenser</b> .....	14

## **Bilagor**

1. Brev till verksamhetschef
2. Brev till mellanhand
3. Brev till deltagare
4. Frågeguide

## 1. Introduktion

De vanligaste orsakerna till en höftplastikoperation är artros, reumatoid artrit, sjukdom i leden under unga år eller en fraktur (Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus [UMAS], 2005; Arbetsterapiavdelningen, Akademiska Sjukhuset Uppsala [ASU], 1998). Av 1705 genomförda operationer i södra Sverige 2005 var 75.3 % till följd av primär artros (Svenska höftprotesregistret, 2006). Vilovärk och smärta vid belastning är vanliga symtom då man har en sjukligt förändrad höftled. Smärtan kan ibland gå ner till knäleden och stelhet och håltä kan upplevas som en förkortning av benet (UMAS, 2005). Operationen innebär att man byter ut ledhuvudet och/eller ledpannan mot en protes med avsikt att ta bort värk och smärta (ASU, 1998; UMAS, 2005). Tanken är att varje patient ska återhämta sig helt efter operationen och en optimal rehabilitering bör innefatta att patienten återvänder hem så snart efter operationen som möjligt med tillgång till stöd och expertis från kommunen (Byers & Parker, 1992).

I regel tål den nya höften belastning direkt efter operationen men under de första månaderna finns en risk att den nya höften ska luxera och därför finns det restriktioner patienten bör följa. De restriktioner som gäller är att patienten inte får böja höftleden i mer än 90 grader och inte korsa benen eller sitta på huk. Det går bra att ligga på den opererade sidan så länge det känns bekvämt och efter sex veckor kan man ligga även på den friska sidan men med en kudde mellan benen så att benen inte korsas (ASU, 1998; UMAS, 2005). De första sex veckorna efter operationen betraktas som mest kritiska men restriktionerna gäller i minst tre månader. De sjukhus denna studie utförts vid har beslutat att tillämpa restriktionerna efter höftplastikoperationer trots att det finns en diskussion om huruvida restriktionerna är nödvändiga. Det finns studier som menar att patienter utan restriktioner inte löper större risk för luxation (Peak, Parvizi, Ciminiello, Purtill, Sharkey, Hozack & Rothman, 2005; Parker, Gurusamy, 2005) och detta har väckt en debatt i Sverige om kostnaderna för hjälpmedel är något staten och kommunerna ska stå för.

En stor andel av äldre idag bor hemma allt längre och får tillvaron att fungera men deras förmåga att utföra dagliga aktiviteter kan vara nedsatt (Iwarsson, Löfqvist, Nygren, Szeman, 2005). Kortare vårdtider och allt fler äldre som vårdas i hemmet är faktorer som bidrar till ökade kostnader för hjälpmedel landet över. Varje år kostar hjälpmedel den svenska staten kring tre miljarder kronor (Grönblad, 2001). Bristen på pengar i landets kommuner är så stor

att de behov som inte är akuta prioriteras bort i allt större utsträckning (Grönblad, 2001) och risken att patienter i framtiden får bekosta sina hjälpmedel själv ökar. Att patienterna av ekonomiska skäl väljer bort hjälpmedel kan på längre sikt medföra ökade kostnader för kommuner och landsting till följd av olyckor och förvärrade sjukdomstillstånd.

För dem som genomgått en höftplastikoperation förändras aktivitetsutförandet av en del aktiviteter till följd av de efterföljande restriktionerna. Varje dag sysselsätter sig människor med en mängd aktiviteter som rör personlig vård, fritid och arbete (Law, Polatajko, Baptiste, Townsend, [Canadian Association of Occupational Therapists], 1997). Det kan röra sig om att koka kaffe på morgonen, ta en promenad eller att klippa gräsmattan. Hur en person väljer att utföra dessa aktiviteter präglas av sociala och kulturella erfarenheter (Law et al., [CAOT], 1997) som i sin tur påverkar hur personen tänker och känner. Val av aktiviteter påverkas även av miljön då den kan hindra eller stimulera till aktivitet. Miljö kan definieras som sammanhang och situationer som sker utanför personen, där aktiviteterna utförs (Law et al., [CAOT], 1997). Således finns det ett dynamiskt samspel mellan person, aktivitet och miljö, och samspelet dem mellan utgör aktivitetsutförandet (Law, 1996; Law et al., [CAOT], 1997). Begreppet aktivitetsutförande syftar till det faktiska utförandet och görandet av en aktivitet, utförd av en person i en viss miljö (Townsend, [CAOT], 1997).

Att få ett hjälpmedel förskrivet ska hjälpa patienten att fortsatt kunna utföra sina aktiviteter utan att bryta mot restriktionerna. Denna patientgrupp erhåller från kommunarbetsterapeuten ett så kallat höftpaket (UMAS, 2005). Detta paket innehåller griptång, strumppådragare, sittbräda (förutsatt att man har badkar), sittkudde och toalettstolsförhöjning (ASU, 1998; Davidsson, 1999; UMAS, 2005).

Höftpaketet provas ut till patienten i väntan på operation och det är i södra Sverige patientens eget ansvar att ta kontakt med kommunens arbetsterapeut för att få hjälpmedel förskrivna innan operationen (UMAS, 2005). När arbetsterapeuten tillhandahåller hjälpmedel finns det beskrivet hur man går tillväga i förskrivningsprocessen (Blomquist & Nicolaou, 2003) som omfattar ett antal olika steg. Behovet av insatser ska bedömas och hjälpmedel ska provas ut och anpassas. Det är arbetsterapeutens ansvar att instruera, träna och informera sina patienter om hur deras hjälpmedel ska användas för bästa resultat (Blomquist & Nicolaou, 2003).

Det tillstånd patienterna befinner sig i månaderna efter operationen är inte permanent och de tekniska hjälpmedlen är därför en kompensatorisk och förebyggande åtgärd (Hjälpmedelsinstitutet, 2002; Trombly, 1995). Hjälpmedlen förebygger exempelvis fall som är en stor orsak till att äldre bryter sig. Fall är kostsamma vad gäller förlust av funktion och livskvalitet för den enskilde men också ur ett, för samhällets del, ekonomiskt perspektiv (Clemson, Cunning, Kendig, Swann, Heard & Taylor, 2004). Tanken med dessa åtgärder är att patienten fortfarande ska kunna utföra de aktiviteter de tidigare gjort men på ett annorlunda sätt, i detta fall anpassat efter restriktionerna. Hjälpmedlen tjänar också till att bibehålla personens självständighet i så stor utsträckning som möjligt, framför allt i de aktiviteter som faller under kategorin personlig vård, samt att förhindra att tillståndet förvärras eller att det sker en luxation. Personlig vård innefattar aktiviteter som att borsta tänderna, tvätta sig, klä av och på sig samt mindre förflyttningar som från säng till stol (Christiansen & Baum, 1997; Törnquist, 1995). För denna patientgrupp är det särskilt svårt att klä på sig underkläder, byxor, strumpor och skor då de inte får böja sig i mer än 90 grader i höftleden och armarnas längd därför inte räcker till. Till hjälp får patienten en griptång förskriven som ska fungera som en förlängning av armen.

Det finns två typer av griptänger, aktiv och passiv. Den aktiva stänger när man griper om handtaget medan den passiva öppnas när man griper om handtaget. Den aktiva kan användas av alla (Ergonomera, 2005a) medan den passiva främst är för patienter med nedsatt handstyrka (Ergonomera, 2005b). Patienterna får instruktioner om hur griptången bör användas, både före såväl som efter operationen, men används den verkligen på det sätt den är ämnad och i den utsträckning den bör för att nå ett optimalt aktivitetsutförande?

Denna studie ämnar undersöka hur, i vilka situationer och i vilken utsträckning patienterna använder griptången. Detta för att ta reda på hur viktig patienterna upplever att den är för dem i deras vardag. Det finns studier som behandlar vikten av hjälpmedel som exempelvis rullatorer och personliftar men inga, vad vi funnit, som tar upp vikten av de mindre hjälpmedlen som griptänger och strumppådragare. För att undvika att hjälpmedel, som upplevs som nödvändiga av patienterna, prioriteras bort är det av vikt att man belyser värdet av dem underbyggt av vetenskapliga studier.

## **2. Syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka användandet av förskriven griptång hos patienter som genomgått planerad höftplastik.

## **3. Metod**

Detta är en kvalitativt inriktad studie med intervjuer som metod för att samla data (DePoy & Gitlin, 1999). Detta för att förvärva bredare kunskap om patienternas användande av griptänger.

### **3.1 Urvalsförfarande**

Kontakt togs med två sjukhus i södra Sverige för att undersöka huruvida det skulle vara möjligt att genomföra studien vid dessa sjukhus. Båda sjukhusen lyder under samma ledning men endast ett av dem är inriktad på planerade höftplastikoperationer medan det andra sjukhuset oftast utförde ingreppet till följd av trauma. Efter godkännande av Vårdvetenskapliga Etiknämnden skickades brev (se bilaga 1) ut med detaljer rörande studien och dess syfte samt tillvägagångssätt till arbetsterapins enhetschef för sjukhusen. Ett likadant brev (se bilaga 2) skickades till en arbetsterapeut på avdelningen för ortopedi som skulle fungera som mellanhand i studien. Mellanhanden delade ut ett informationsbrev med bifogad talong för att få deltagarnas medgivande och telefonnummer som skickades tillbaka till oss. Mellanhanden ansvarade således för den initiala kontakten med deltagarna och att välja ut patienter som motsvarade de givna kriterierna. Ett antal på sex deltagare var lämpligt då det var en kvalitativt inriktad studie och med tanke på studiens omfattning. Enligt Malterud (1998) kan data från fyra till sju deltagare vara tillräckligt för att få tillräckligt underlag. På grund av isolerat boende blev det ett bortfall av en deltagare och studien innefattar således endast fem deltagare. Då vi fått tillbaka talongerna (se bilaga 3) från de patienter som beslutat sig att delta i studien kontaktades de via telefon och tid för intervju bokades.

### **3.1.1 Kriterier**

Då studien avsåg att generellt undersöka patienters användande av griptången gjordes inga avgränsningar gällande ålder och kön. Vi sökte män och kvinnor i varierande åldrar som alla genomgått en planerad höftplastikoperation, det vill säga att ingreppet inte skett till följd av trauma. En förutsättning för att få svar på de frågor som ställdes krävdes det att deltagarna förstod innebörden av dem och att de var orienterade till tid och rum.

### **3.2 Metod för insamling av information**

För insamling av information valde vi att genomföra enskilda intervjuer med deltagarna. Frågorna som ställdes var egenförfattade (se bilaga 4) och kunde delas in i två huvudsakliga områden. Den första delen berörde vilken information deltagarna fått om restriktionerna, hur och varför de bör använda griptången. Den andra delen bestod av frågor som direkt hade med deras användande av griptången att göra.

### **3.3 Procedur**

Vart intervjuerna skulle genomföras fick varje enskild deltagare välja. Samtliga valde att genomföra den i sitt hem då de efter operationen hade svårigheter att ta sig ut ur hemmet. Då det var av stor vikt för vår studie att deltagarna kommit igång och börjat använda griptången och inte var allt för begränsade av eventuell smärta efter operationen hade vi i breven skrivit att intervjuerna skulle hållas en till två veckor efter att de lämnat avdelningen.

Intervjun spelades in på ljudband och transkriberades för analys. Under intervjun intog vi olika roller. En genomförde intervjun med deltagarna medan den andre observerade och förde eventuella anteckningar. Rollerna byttes vid var annan intervju för att båda författarna skulle få möjlighet att prova på att genomföra intervjuer.

### **3.4 Bearbetning av den insamlade informationen**

Samma dag intervjuerna genomförts transkriberades de ordagrant av den som observerat intervjun. Materialet lästes igenom och en preliminär översikt av intervjuerna gjordes gemensamt. Frågor som var av liknande karaktär analyserades tillsammans och klassificerades under ord eller meningar som sammanfattade essensen i dem. Frågor som rörde deltagarnas kännedom om av vilken anledning de fått sin griptång klassificerades under ordet *insikt*. Frågor som rörde vem deltagaren fått griptången och instruktioner av klassificerades under rubriken *medvetenhet* och frågorna kring vilka instruktioner deltagarna gavs hamnade under *instruktion*. Om rubriken *socialt* ställdes inga frågor men i samtliga



intervjuer framkom det aspekter av den sociala miljön som var av vikt för studiens resultat och därför redovisas även de. Ytterligare tre klassificeringsrubriker har använts, *omständigheter kring förskrivning, tillämpning* och *upplevd nytta*. Dessa underrubriker placerades sedan in under tre större huvudrubriker nämligen person, aktivitet och miljö. Detta för att försäkra oss om att vi fått med de aspekter som utgör aktivitetsutförandet. Den preliminära översikten sammanställdes och citat lyftes fram och placerades under lämplig rubrik. Detta gjordes individuellt för att få två personers infallsvinklar på det deltagarna hade svarat och för att förhindra att analysen blev allt för godtycklig eller ensidig (Kvale, 1997). De individuella resultaten jämfördes och sammanfogades till den slutgiltiga klassificeringen som underbygger studiens resultat. Inga namn eller personlig information nämns utan deltagarna benämns som deltagare A, B, C, D och E. Detta för att kunna belysa eventuella likheter och skillnader deltagarna mellan.

## **5. Resultat**

Vid tiden för intervjun hade det gått en och en halv vecka till tre veckor sedan deltagarna opererats. Samtliga uppgav att de inte använt griptång någon gång tidigare.

### **Person**

#### *Insikt*

Alla deltagarna var medvetna om att de inte fick böja sig i höftleden och att det var därför de fått griptången. Vidare förklarade D att anledningen till att hon inte fick böja sig i höftleden var "*för då fördärvar man den nya (höft) kulan*". C tillade att han fått griptången för att han lättare skulle få på sig kläderna.

#### *Omständigheter kring förskrivning*

Här bads deltagarna beskriva omständigheterna kring hur det gick till när de fick sin griptång. D och E hade själv kontaktat kommunen respektive sjukvårdsdistriktet och bett om hjälpmedel. Tre deltagare uppgav att det var av en arbetsterapeut de fick den. I ett fall var även en sjukgymnast närvarande. B och C uppgav att det var en terapeut som kom med hjälpmedlen. Samtliga fick griptången innan operationen.

### *Instruktioner*

Alla deltagarna uppgav att de blev instruerade i att ta på sig underbyxor. E beskrev hur hon skulle ta det opererade benet först vid detta moment och C tydliggjorde att han inte fick rotera det opererade benet utåt. Vidare berättade han att *"när man var på undersökning första gången fick man undervisning av en gymnast hur man skulle göra. Och sen var där väl en sjukgymnast också"*. D uppgav att hon blivit visad hur hon skulle använda griptången då hon tog på sig strumporna. Samtliga ansåg att informationen de fick om hur de skulle använda griptången var bra. *"Jag var mest orolig för hur jag skulle få på mig byxorna och det fick jag ju besked om och det var bra"* förklarade A. Informationen gällande griptången tyckte D var bra men menade att *"det var dålig information om hur man skulle göra när man kom hem och vad man inte fick göra...det stod inte i några av de papper jag fick"*.

### *Medvetenhet*

Endast A var säker på att det var arbetsterapeuten hon skulle kontakta vid eventuella frågor angående griptången. D och E var osäkra men trodde att det var arbetsterapeuten. B uppgav att det var terapeuten man kontaktade. C visste inte vem han skulle kontakta men resonerade: *"man ska antagligen ringa till där de lämnat ut den"*. Ingen var säker på hur länge de skulle ha griptången. D visste inte alls och A sa att hon skulle fråga läkaren vid nästa besök. C svarade *"så länge man behöver den"* och E *"så länge man inte får böja sig"*. B hade läst i informationsbroschyren att det var i minst sex veckor.

### *Upplevd nytta*

I badrummet fann A griptången vara till mest nytta. B och E tyckte alltid den var bra. *"Märker jag att jag behöver den använder jag den"* sa B. D tyckte den var mest användbar vid påklädning och för att plocka upp föremål från golvet. När den var till minst nytta kunde hon inte säga då hon inte använde den i tillräckig utsträckning. C ansåg sig använda den för sällan för att avgöra vart han tycker den gör mest respektive minst nytta. A ansåg sig inte vara hjälpt av den i köket eller då hon behövde lyfta tyngre saker. *"Det är nog inte något som är sämst"* med griptången sa E. Samtliga deltagare tyckte griptången var ett bra hjälpmedel. A ansåg att det var ett nödvändigt hjälpmedel som hon inte kunde klara sig utan men att den skulle varit kortare då hon upplevde att den var svår att ta med sig. *"Den är bra till det den ska vara till...om man är ensam kan man inte vara utan den"* resonerade C. *"Jag kan rekommendera den"* sa B.

## **Aktivitet**

### *Tillämpning*

Fyra deltagare använde griptången till att plocka upp föremål från golvet. D visste att hon kunde använda den till det men hade sällan griptången till hands *"eftersom vi har två våningar i huset har jag den där uppe för jag måste kunna klä på mig på morgonen...jag kanske hade använt den mer om jag haft två stycken, en på varje våning"*. Samtliga deltagare använde griptången vid påklädning och alla utom C specificerade att det var byxorna de klädde på sig. A, D och E var också hjälpta av griptången då de tog på sig strumporna. På frågan om de kommit på egna användningsområden för griptången var det endast två deltagare som hade det. A använde den till att lägga tvätt i tvättkorgen och i tvättmaskinen samt rätta till gardinerna. E uppgav en rad saker hon använde den till. Hon rättade till mattan i hallen, grep tag om soppåsen och lyfte upp den på bänken så hon kunde knyta ihop den. Tomma plastflaskor och en bricka som stod på golvet lyfte hon också upp med hjälp av griptången. Hon var även den enda av deltagarna som uppgav att hon använde sig av magneten på griptångens skaft för att plocka upp mindre metalliska föremål från golvet.

## **Miljö**

### *Socialt*

Under intervjuerna framgick det att tre deltagare fick hjälp i hemmet. En väninna till A kom dagligen och hjälpte till i köket. D fick hjälp av sin make och C av sin fru, *"Man blir ju bekväm, så det är lätt att kalla på frun"*. E bodde med sin make som på grund av egna omständigheter inte hade möjlighet att hjälpa till.

## **6. Diskussion**

### **6.1 Metoddiskussion**

Intervju som datainsamlingsmetod valdes då en enkät inte hade givit oss möjlighet att föra en dialog med de enskilda deltagarna kring deras tankar och svar och därför hade relevant information kunnat gå förlorad. Att formulera frågor i en enkät hade inneburit en högre grad av standardisering (Allebeck & Hansagi, 1994) men krävt att vi på förhand förutsatt att deltagarna skulle använda griptången på ett visst sätt och i vissa situationer. Det var viktigt för resultatet av studien av vi gick in förutsättningslöst i intervjusituationerna för att svaren inte

skulle bli alltför styrda. Enligt Allebeck et. al. (1994) kan en intervju vara mer eller mindre standardiserad. Den form av intervju som genomförts i denna studie har lägre grad av standardisering då frågorna har ställts och anpassats utifrån vad deltagarna svarat på föregående fråga. Till exempel har man hoppat över frågor om deltagaren redan svarat på dem tidigare. Anpassning av frågorna på detta sätt kan ha påverkat utfallet av intervjuerna. Att hoppa över frågor vi ansåg deltagarna redan hade svarat på kan ha inneburit att vi fått fattigare svar då det föreföll vara så att de som fått frågan ställd givit mer uttömmande svar.

Kvale hävdar (1997) att det är svårt att i den kvalitativa intervjun vara objektiv då det mänskliga samspelet är en väsentlig del i intervjusituationen. En avgörande faktor som ökar studiers validitet är just objektivitet. Intervjuernas utformning och det faktum att de utförts i respektive deltagares hem kan ha lett till att vi som intervjuare färgats. Vår ovana som intervjuare kan därmed ha påverkat resultatet. På grund av denna ovana var det heller inte alltid självklart att ställa nödvändiga följdfrågor för att få ett utförligare svar. Om alla följdfrågor ställts hade vi kanske fått ett fylligare material att analysera. Trost (1997) pekar på fördelen med att genomföra ett antal provintervjuer. I denna studie genomfördes inga provintervjuer utan en arbetsterapeut på ortopediska kliniken läste igenom frågeguiden och gav synpunkter.

Vi hade önskat att studien varit större och att frågeguiden skulle genererat ett bredare underlag att bygga på. Hade provintervjuer genomförts hade det blivit tydligt för oss att vi borde ha utökat antalet deltagare eller omformulerat frågorna för att få ett större material att bearbeta. Nu i efterhand hade det varit önskvärt att frågor ställts kring möjligheten att patienten i framtiden själv får köpa sina hjälpmedel och deras tankar kring detta.

Trots att den första delen av frågeguiden inte svarade direkt till vårt syfte valde vi att ställa dessa frågor om vilken information de fått rörande griptången. Detta för att det kunde varit avgörande för hur och om deltagarna använde griptången i sina vardagliga aktiviteter och var därmed var frågorna relevanta för vår studie.

Urvalskriterierna var utformade så att spridningen vad gäller ålder och kön skulle bli så bred som möjligt men trots detta var bara en av fem deltagare man. Detta gör att det inte är möjligt att utröna några skillnader män och kvinnor mellan utan de har behandlats som könsneutral grupp. Det hade varit intressant att titta närmare på hur ålder, utbildningsnivå och kön

inverkar på hur patienterna använder sig av griptången. Detta gjordes inte initialt då vi inte såg relevansen men under arbetets gång har vi kommit fram till att detaljer kring individerna varit önskvärda.

I informationsbrev som skickats ut till berörda parter inför intervjuerna stod det skrivet att de skulle hållas en till två veckor efter operationen men på grund av tidsbrist och postgång dröjde det i vissa fall till tredje veckan efter operationen innan intervjun genomfördes. Detta faktum förefaller dock inte ha speglats i studiens resultat.

Trots att inga frågor ställts om den sociala miljön framkom det under samtliga intervjuer information rörande detta som vi valt att redovisa i resultatet. Att inte ta hänsyn till den sociala miljön och vad det betyder för det enskilda användandet av griptången hade inneburit bortfall av viktig och avgörande information som korrelerar till studiens syfte.

Att materialet analyseras upprepade gånger hade varit att föredra för att öka studiens validitet (Patton, 1990) men på grund av den tid vi haft till vårt förfogande har detta inte varit möjligt.

Då denna studie endast inbegriper fem deltagare är den för liten för att vara generaliserbar på en större population. Således är den endast att betrakta som ett uppslag till framtida, större studier.

## **6.2 Resultatdiskussion**

### *Instruktion och insikt*

Vid intervjutillfällena var alla deltagarna medvetna om varför de fått griptången förskrivna och alla använde den till påklädning på det sätt de blivit instruerade. Trots detta var det en deltagare som sa sig inte veta varför hon skulle använda den förrän en sjuksköterska på vårdcentralen två veckor efter operationen belyst fakta kring restriktionerna. Hon uppgav att hon innan dess inte erhållit denna information. Samtidigt uppgav hon att hon fått broschyren innehållande all fakta angående just dessa restriktioner och att hon blivit instruerad i att använda alla hjälpmedlen innan operationen. Santavirta, Lillqvist, Sarvimaki, Honkanen, Kontinen & Santavirta (1994) skriver att rollen som undervisare för personal inom vården har blivit allt tydligare de senaste tjugo åren. Spalding (1995) menar att patientundervisning är en process i vilken man informerar patienten om deras tillstånd, behandling och ger dem instruktioner om hur de bör följa sin behandlings- eller rehabiliteringsplan. Varför deltagaren använde griptången trots att hon inte var medveten om restriktionerna och luxationsrisken

framgick inte. Det är inte alla patienter som ifrågasätter vårdpersonal då de antar att personalen innehar en viss expertis och vet vad som är bäst för dem. Det kan i detta fall vara så att hon lyssnat till det arbetsterapeuten sagt hon skulle göra men inte ifrågasatt eller undrat varför. Att deltagaren inte läst igenom hela informationsbroschyren är att anta då det i den framgår i bilder och i text vad man får och inte får göra samt varför. Individuell, verbal information mottas bättre än skriven information och därför bör vårdpersonalen introducera informationen till patienterna individuellt för att kunna garantera att informationen verkligen blir mottagen (Santavirta et al. 1994). Den muntliga informationen kan också ha varit otydlig gällande restriktionerna och om patienten då inte läst hela broschyren riskerar viktig information och tips som underlättar i vardagen att inte nå fram. Om patienter i framtiden själv blir tvungna att köpa sina hjälpmedel från en butik finns det kanske ingen arbetsterapeut att tillgå. Detta skulle kunna medföra att patienten inte får någon instruktion alls eller i bästa fall bara en broschyr. Patientens möjligheter till att ställa frågor och få hjälpmedlen individuellt utprovade går förlorad och risken för att hjälpmedel används fel ökar.

### *Tillämpning*

Två deltagare uppgav att de inte använt griptången i någon större utsträckning och hade därför heller inte funnit några speciella användningsråden förutom påklädning som var av nytta. En deltagare använde den endast till påklädning på morgonen. Anledningen till detta var att hon bodde i en tvåplansvilla med sovrum och badrum på ovanvåningen. När hon var klar med morgontoaletten gick hon ner på nedervåningen och lämnade griptången i sovrummet för att hon inte själv kunde ta med sig den ner för trappan då hon gick med kryckor. Hon uppgav att det fanns situationer då hon kunde använt den men tog då istället hjälp av maken. Med rådande krav på besparingar inom Sveriges kommuner kan man inte förutsätta att bli beviljad dubbel uppsättning hjälpmedel så länge man inte bekostar dem själv. En alternativ lösning är att maken bär ner griptången åt henne så att hon i större utsträckning kan använda sig av den och vara mer självständig.

### *Socialt*

En av deltagarna tyckte att griptången i sig var bra och betonade vid upprepade tillfällen att den var särskilt bra för dem som bor ensamma. Själv använde han den sällan och tog hjälp av sin fru i många situationer där han kunde varit hjälpt av griptången. Att vissa deltagare hade möjlighet att få hjälp av äkta makar präglade deras sätt att använda griptången. Detta är ett exempel på hur miljön kan antingen hindra eller stimulera till aktivitet. Stöd och uppmuntran

från omgivningen kan ha en positiv inverkan på aktivitet (Christiansen & Baum, 2005) samtidigt som för mycket hjälp kan ha motsatt verkan (Law et al, [CAOT], 1997). En kvinna bodde med sin dotter och fick vid behov hjälp men försökte i så stor utsträckning som möjligt klara sig själv med hjälp av griptången. För henne var det viktigt att vara självständig i den mån hon kunde. Det förefaller vara personens inställning till att bli hjälpt som avgör hur mycket de använder griptången i vardagen. Delmar, Böje, Dylmer, Forup, Jakobsen, Möller, Sönder och Pedersen (2006) skriver att alla individer har möjligheten att välja hur de vill gå vidare i situationen de befinner sig och att människan bäst förstås som en som har möjligheten att stanna upp och avgöra hur de med värdighet ska handskas med saker och ting. Två av deltagarna hade ingen hjälp hemma och var båda flitiga användare av griptången. Det förefaller vara så att de som inte hade möjlighet att få hjälp i vardagsaktiviteterna var tvungna att utforska eventuella användningsområden för griptången utöver påklädning. Det verkade vara naturligare att tänka förbi de givna instruktionerna och finna nya sätt att använda griptången på då de dagligen ställdes inför utmanande situationer.

#### *Upplevd nytta*

Alla deltagarna var nöjda med griptången och endast en påpekade svagheter med den. Att ingen av övriga deltagare kommenterade detta kan bero på att de inte använt den i lika stor utsträckning men också på grund av att de haft möjlighet till hjälp i de situationer som andra deltagare fått lösa själv.

#### *Medvetenhet och omständigheter kring förskrivning*

Frågor som rörde arbetsterapeutens roll kring dessa patienter ställdes för att ta reda på om det var från en arbetsterapeut de fått hjälpmedlen och att de fått instruktioner av samma person. De svar vi erhöll avslöjade hur lite deltagarna visste om arbetsterapi som yrke. Det står skrivet i Förskrivningsprocessen att det är vårdgivarens ansvar att tydliggöra för patienten vilken deras uppgift är i vårdkedjan. Det ska också framgå vem patienten ska kontakta om behoven eller förutsättningarna förändras (Blomquist & Nicolaou, 2003). Med tanke på delar av studiens resultat verkar det som att informationen inte varit tydlig nog vad gäller deltagarna i denna studie.. Arbetsterapeutens yrkesidentitet är det som låter andra människor förstå vad de är och vad de gör samt att de har en självklar plats inom vården tillsammans med läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster (Kielhofner, 1997). Att arbetsterapeuter inte tydligt framhåller sin roll i arbetet med patienter kan leda till att deras ord väger lätt i förhållande till andra parter i vårdteamet. Detta resonemang kan möjligen härledas till varför en deltagare inte

tagit till sig informationen om restriktionerna när de gavs av en arbetsterapeut men två veckor senare tyckte det var klart och tydligt när en sjuksköterska gav samma information. Det kan också vara så att hon inte varit mottaglig för den information som gavs då den kan ha tett sig överväldigande i samband med detta kirurgiska ingrepp.

Användandet av griptången varierade deltagarna mellan men alla var eniga om att griptången är ett bra hjälpmedel, en del sa sig till och med inte kunna klara sig utan den. Arbetsterapeutens roll i rehabiliteringen av dessa patienter bör vara tydligare för patienterna då de har bred kunskap om hjälpmedel och det dynamiska samspelet mellan person, miljö och aktivitet. Då denna studie visar att griptången är ett viktigt hjälpmedel för personer som genomgått en planerad höftplastikoperation, hoppas vi att det i framtiden görs större vetenskapliga studier i ämnet för att förhindra att hjälpmedel som för patienterna upplevs som nödvändiga av ekonomiska skäl prioriteras bort.



## Referenser:

Allebeck, P., Hansagi, H. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Studentlitteratur: Lund.

Arbetsterapiavdelningen, Akademiska Sjukhuset. (1998). *Metodbok i arbetsterapi för ortopedi*. (Akademiska Sjukhuset, 751 85, Uppsala).

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

Byers, D., Parker, M. (1992). Early Home rehabilitation for the Patient with a Hip Fracture. *British Journal of Occupational Therapy*. 55(9), 351-354.

Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa, ON: CAOT Publications.

Christiansen, C., Baum, C. (1997). *Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being* (2<sup>nd</sup> Ed.). Thorofare: Slack

Christiansen, C. & Baum, C. (2005). *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being*. Thorofare: Slack Incorporated.

Clemson, L., Cuning, R-G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R. & Taylor, K. (2004). The Effectiveness of a Community-Based Program for Reducing the Incidence of Falls in the Elderly: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1487-1494.

Davidson, T. (1999). Total Hip Replacement: An Audit of the Provision and Use of Equipment. *British Journal of Occupational Therapy*. 62(6), 283-287.

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.

De Poy, E., & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Grönblad, F. (2001). Tema: Hjälpmedel. *Landstingsvärlden*. 36(11) , 21-23.

Iwarsson, S., Löfqvist, C., Nygren, C., Szeman, Z. (2005). Assistive devices among very old people in five European countries. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 12(4), 181-192.

Kielhofner, G. (1997). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (2nd Ed.). Philadelphia: Davis Company.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Law, L.(1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63, 9-23.

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur: Lund.

Ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset MAS. (2005). *Konstgjord höftled*. Medicinsk Informationsteknik AB: Malmö

Parker, MJ., Gurusamy, K. (2005). Modern Methods for Treating Hip Fractures. *Disability and Rehabilitation*. 27(18-19):1045-51.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2<sup>nd</sup> Ed.). Newbury Park: SAGE Publications Incorporated.

Peak, E-L., Parvizi, J., Ciminiello, M., Purtill, J-J., Sharkey, P-F., Hozack, W-J., Rothman, R-H. (2005). The Role of Patient Restrictions in Early Dislocation Following Total Hip Arthroplasty: a Randomized, Prospective Study. *Journal of Bone and Joint surgery*. 87A(2), 247-253.

Santavirta, N., Lillqvist, G., Sarvimaki, A., Honkanen, V., Kontinen, Y. & Santavirta, S. (1994). Teaching of Patients Undergoing Total Hip Replacement Surgery. *International Journal of Nursing Studies*. 31(2), 135-142.

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.

Trombly, C-A. (1995). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (4th. Ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer* (2nd Ed.). Lund: Studentlitteratur.

Törnquist, K. (1995). *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga och livets aktiviteter (ADL). En kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapipraxis*. Göteborg: Göteborgs universitet. Institutionen för socialt arbete, 1995:3.

Ergonomera. (2005)a. **Hämtad september 5, 2006.**

[http://www.ergonomera.se/webshop/show\\_product/33](http://www.ergonomera.se/webshop/show_product/33)

Ergonomera. (2005)b. **Hämtad september 5, 2006.**

[http://www.ergonomera.se/webshop/show\\_product/32](http://www.ergonomera.se/webshop/show_product/32)

Hjälpmiddelsinstitutet. (2002). *Provision of assistive technology in Sweden*.

**Hämtad november 22, 2006.**

[www.hi.se/global/Dokument/english/Provision\\_Assistive\\_Technology\\_in%20Sweden.pdf](http://www.hi.se/global/Dokument/english/Provision_Assistive_Technology_in%20Sweden.pdf)

Svenska Höftprotesregistret. (2006). **Hämtad september 11, 2006.**

<http://www.jru.orthop.gu.se/default.htm?http://www.jru.orthop.gu.se/hipfact.htm>



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi och gerontologi

**Till ansvarig chef,**

### **Patienters användning av griptång efter genomgången höftplastik**

Vi är två studenter på arbetsterapeututbildningen vid Lunds Universitet som under hösten 2006 ska skriva vårt examensarbete på 10 poäng. Vi vänder oss till dig som huvudansvarig arbetsterapeut vid ortopediska kliniken i Trelleborg och vid UMAS för att söka tillåtelse att utföra vår studie på din avdelning.

Varje år genomgår ett stort antal svenskar höftplastik och är begränsade av restriktioner som följer detta ingrepp. Vi vill undersöka användandet av förskriven griptång efter genomgången höftplastik. Används griptången på det sätt som den är avsedd för denna patientgrupp och hur är patienternas inställning till att använda sig av den?

Vi önskar undersöka totalt fyra deltagare i alla åldersgrupper, både män och kvinnor som är villiga att medverka denna kvalitativt inriktade studie. Intervjuerna kommer vara semi-strukturerade och hållas först då deltagarna lämnat avdelningen.

Vi kommer inte vara dem som initialt tar kontakt med deltagarna utan önskar att en arbetsterapeut på Ortopeden baserat på de kriterier vi ovan nämnt lämnar information till patienter de anser lämpliga för denna studie. Först när vi fått deras medgivande att delta i studien blir de kontaktade av oss.

All information om deltagarna kommer att behandlas på ett sådant sätt att konfidentialitet garanteras. All data kommer att förvaras inlåst.

Deltagande i studien är frivilligt och deltagarna kan avbryta när helst de önskar.

Resultatet av studien samt bakgrund och tillvägagångssätt kommer att presenteras i form av en uppsats.

Vi anhåller om att få hjälp av Louise Gustavsson vid ortopediska kliniken i Trelleborg för att välja ut deltagare enligt ovan angivna urvalskriterier. En skriftlig förfrågan till den som hjälper oss att få kontakt med deltagarna bifogas detta brev.

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 eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Josefin Blondell

Louise Pettersson

Elisabeth Hedberg-Kristensson

Jag har tagit del av informationen om studien angående användandet av griptång efter genomgången höftplastik.

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs vid Ortopeden i Trelleborg och att kontakt tas med en arbetsterapeut på denna avdelning.

---

Ort, datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi och gerontologi

### **Patienters användning av griptång efter genomgången höftplastik**

Vi är två studenter på arbetsterapiutbildningen vid Lunds Universitet som under hösten 2006 ska skriva vårt examensarbete på 10 poäng. Vi vänder oss till dig som arbetsterapeut vid Ortopeden i Trelleborg för att få hjälp att komma i kontakt med deltagare till vår studie.

Ett stort antal svenskar genomgår varje år höftplastik och är begränsade av restriktioner som följer detta ingrepp. Vi vill undersöka användandet av förskrivna griptång efter genomgången höftplastik. Används griptången på det sätt som den är avsedd för denna patientgrupp och hur är patienternas inställning till att använda sig av den?

Vi önskar undersöka totalt fyra deltagare i alla åldrar, både män och kvinnor som är villiga att medverka i denna kvalitativt inriktade studie. Då detta är en semi-strukturerad intervju med öppna frågor måste deltagarna kunna förstå innebörden av de frågor som ställs och vara orienterade till tid och rum. Viktigt är att operationen är planerad, det vill säga inte beror på trauma, och att det är första gången de genomgår den.

Intervjun kommer att hållas en till två veckor efter deltagarna lämnat avdelningen och beräknas ta cirka 45 minuter. Deltagarna kan själv välja vart den ska hållas, till exempel i deras hem eller på annan plats. Intervjun spelas in på band och materialet kommer att förvaras inlåst så ingen obehörig kan ta del av det. Efter att arbetet är slutfört kommer materialet att förstöras.

Vi kommer inte vara dem som initialt tar kontakt med deltagarna utan önskar att Du baserat på de kriterier vi ovan nämnt lämnar information till patienter Du anser lämpliga för denna studie. Först när vi fått deras medgivande att delta i studien blir de kontaktade av oss.

Vi ber att Du hjälper oss överlämna bifogat brev till dem du valt ut med information om studien samt en förfrågan om de vill delta i studien eller inte. I brevet bifogas dessutom svarstalong och ett svarskuvert adresserat till oss på sektionen för arbetsterapi.

(Sektionen för arbetsterapi, Lunds Universitet, står för kostnaden av kuvert och porto)

All information om deltagarna kommer genomgående behandlas på ett sådant sätt att anonymitet och konfidentialitet garanteras.

Deltagande i studien är frivilligt och deltagarna kan avbryta när helst de önskar.

Resultatet av studien samt bakgrund och tillvägagångssätt kommer att presenteras i form av en uppsats.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för etisk prövning innan den planerade studien genomförs.  
Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Josefin Blondell

Louise Pettersson

Elisabeth Hedberg-Kristensson





## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi och gerontologi

### **Patienters användning av griptång efter genomgången höftplastik**

Vi är två studenter på arbetsterapeututbildningen vid Lunds Universitet, som under hösten 2006 ska skriva ett examensarbete på 10 p. Vi har fått Ditt namn från arbetsterapeuten på Ortopeden i Trelleborg.

Ett stort antal svenskar varje år genomgår höftplastik och är begränsade av restriktioner som följer detta ingrepp. Vi vill undersöka användandet av förskriven griptång efter genomgången höftplastik ur ett patientperspektiv. Används griptången på det sätt som den är avsedd för i denna patientgrupp och hur är patienternas inställning till att använda sig av den?

Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter och genomförs av oss. Intervjun kommer att hållas en till två veckor efter du lämnat avdelningen och du kan själv välja vart du vill den ska hållas till exempel i ditt hem eller på annan plats.

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 Ortopeden. 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.

Har Du några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning,

Josefin Blondell

Louise Pettersson

Elisabeth Hedberg-Kristensson

Jag har tagit del av informationen om studien angående användandet av griptång efter genomgången höftplastik.

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.

---

Ort, datum

---

Underskrift

---

Telefonnummer

**Syftet med denna studie är att undersöka användandet av förskrivnen griptång efter genomgången planerad höftplastik.**

Kan du berätta om hur länge sedan det är du genomgick din höftplastik operation?

Har du använt griptång sedan tidigare?  
(om "Ja")

- Har du fått ny information om hur du bör använda den efter din operation?

Vill du förklara varför du fått en griptång förskrivnen?

- På vilket sätt ämnar griptången hjälpa dig nu efter din operation?

Vill du beskriva omständigheterna kring hur det gick till när du fick din griptång?

- Vem gav dig den? Vilket yrke?
- När fick du den? Vart fick du den?

Vilka instruktioner fick du i samband med förskrivningen av griptången?

- Hur upplevde du den information du fick?
- Vart skulle du vända dig om du har frågor kring användandet av griptången?
- Hur länge bör du ha den?

Vad använder du griptången till?

- Har den hjälpt dig i din vardag? På vilket sätt?  
Om inte, hur har du gått till väga för att till exempel klara av att plocka upp saker från golvet, ta på dig underbyxor och ta av dig strumpor?
- När, i vilka situationer finner du att griptången är till mest respektive minst användning?
- Har du funnit några egna användningsområden för griptången? Sådana områden som inte ingick i den informationen du fick vid förskrivningen av griptången?

Vad har du för generell uppfattning om din griptång?