

# Upplevelse av aktivitetsutförande samt hälsotillstånd hos personer som genomgått tumbasplastik

- jämförelse av dominant eller icke dominant hand under gipstiden

Författare: Linn Johansson & Fanny Johannesson

---

LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för hälsovetenskaper

Kandidatuppsats

Ht 2015



Handledare: Kristina Orban

Examinator: Janicke Andersson



# LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för hälsovetenskaper

2015-11-13

## Upplevelse av aktivitetsutförande samt hälsotillstånd hos personer som genomgått tumbasplastik

- jämförelse av dominant eller icke dominant hand under gipstiden

Författare: Linn Johansson & Fanny Johannesson

**Bakgrund:** Tumbasartros är en vanligt förekommande ledsjukdom och kan innebära behov av operativ behandling. Efter tumbasplastik är gipstiden fyra till sex veckor som kan medföra stora begränsningar i aktivitetsutförandet, vilket i sin tur även kan påverka upplevt hälsotillstånd. Forskning visar att aktivitetsutförande påverkas beroende på om dominant eller icke dominant hand används i aktivitet. **Syfte:** Jämförelse av aktivitetsutförandet samt hälsotillståndet under gipstiden hos personer som genomgått en tumbasplastik för tumbasartros i den dominanta eller icke dominant hand. **Metod:** En retrospektiv tvärsnittsstudie med mixed method. Enkätbaserad självskattning med kompletterande kommentarsfält. **Resultat:** Samtliga deltagare upplevde svårigheter i aktivitetsutförandet, främst de som opererats i dominant hand. Skattningen i delmomenten med tvåhandsgrepp var likvärdig mellan dominant och icke dominant hand, medan dominant hand upplevde större svårigheter i enhandsgrepp. Flertalet deltagare upplevde sitt hälsotillstånd som bra, oberoende vilken hand som opererats. **Konklusion:** Eftersom det var skillnader i aktivitetsutförandet beroende på vilken hand som opererats finns ett behov av anpassade råd och strategier. Även då hälsotillståndet upplevdes som relativt bra vill författarna belysa vikten av aktivitet och meningsfullhet för god hälsa. Dessa faktorer bör beaktas i vidare studier.

**Nyckelord:** Tumbasartros, immobilisering, hälsa, arbetsterapi, rehabilitering

### Kandidatuppsats

Intuitionen för hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



# LUNDS UNIVERSITET

Faculty of Medicine

2015-11-13

## Experience of occupational performance and health of persons who have undergone reconstructive thumbsurgery

- comparison of the dominant or non-dominant hand during the casting period

Authors: Linn Johansson & Fanny Johannesson

**Background:** Basal thumb arthritis is a common joint disease and may imply the need for surgical treatment. After surgery the casting period is four to six weeks which may cause severe limitations in occupational performance, and also affect perceived health. **Purpose:** Comparison of occupational performance and health during the casting period of persons who have undergone reconstructive thumbsurgery in the dominant or non-dominant hand. **Method:** A retrospective cross-sectional study with a mixed method. Survey-based self-assessment with complementary comment fields. **Result:** All participants experienced difficulties in occupational performance, mainly those who had surgery in the dominant hand. The estimation of the task with two-handed grip was similar between the dominant and non-dominant hand while the dominant hand experienced major difficulties in one-handed tasks. The majority of participants experienced their health as good, regardless which hand was immobilized. **Conclusion:** Since the study showed differences in occupational performance depending on which hand had been immobilized there is a need for customized advice and strategies. Even though health was perceived as relatively good the authors want to highlight the importance of occupation, participation and meaningfulness of good health. These factors should be considered in future studies.

**Keywords:** Basal thumb arthritis, immobilization, health, occupational therapy, rehabilitation

Bachelor thesis

Department of health science, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157, S-221 00 Lund

## *TACK*

*Vi vill först och främst rikta ett varmt tack  
till alla deltagare och medverkande kliniker.*

*Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Kristina Orban  
för handledning och stöd, samt alla andra som hjälpt oss på vägen.*

# Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion</b>	<b>6</b>
<i>1.1. Bakgrund</i>	6
1.1.1. Osteoartrit i handen	6
1.1.2. Behandling	7
1.1.3. Aktivitetens betydelse för hälsa	7
1.1.4. Handen i aktivitet	8
<i>1.2. Syfte</i>	9
1.2.1. Frågeställningar	10
<b>2. Metod</b>	<b>10</b>
2.1. Design	10
2.2. Urval	10
2.3. Datainsamling	10
2.4. Procedur	12
2.5. Dataanalys	12
<b>3. Etiskt övervägande</b>	<b>13</b>
<b>4. Resultat</b>	<b>15</b>
4.1. ...skillnad i aktivitetsutförandet under gipstiden...?	15
4.2. ...skattningen av förmågan...inom de olika aktiviteterna?	15
4.3. ...skattningen av upplevt hälsotillstånd ut...?	17
4.4. ...skattningen i delmoment med enhands- respektive tvåhandsgrepp...?	19
4.5. ...korrelationen...upplevd förmåga i samtliga aktiviteter och upplevt hälsotillstånd...?20	
<b>5. Diskussion</b>	<b>21</b>
<i>5.1. Resultatdiskussion</i>	21
5.1.1. Enhandsgrepp	22
5.1.2. Tvåhandsgrepp	22
5.1.3. Matlagning	23
5.1.4. Personlig hygien	23
5.1.5. Påklädnad	24
5.1.6. Övrigt	24
5.1.7. Hälsotillstånd	25
5.1.8. Korrelation	26
<i>5.2. Metoddiskussion</i>	27
<b>6. Konklusion</b>	<b>29</b>
<b>7. Referenser</b>	<b>30</b>
<b>8. Bilagor</b>	<b>35</b>
Bilaga 1. Enkät	35
Bilaga 2. Information och samtyckesblankett till enhetschef	39
Bilaga 3. Instruktionsbrev för datainsamling	41
Bilaga 4. Informationsbrev och samtyckesblankett till deltagare	42

# 1. Introduktion

Aktivitet, som är kärnan inom arbetsterapi (FSA, 2012), definieras av International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF] (WHO, 2008) som genomförandet av en uppgift eller handling. Människors aktivitet och aktivitetens betydelse har stark koppling till individens upplevda hälsa och välbefinnande. Vid skada eller sjukdom kan aktivitetsförmågan komma att påverkas och därmed inverka negativt på livskvaliteten (Kielhofner, 2004). En ledsjukdom, som är en vanlig åkomma hos framförallt äldre (Ernst Bravell, 2013), påverkar personens utförande av aktivitet och kan vidare hämma möjligheten till delaktighet (Eklund, 2010).

## 1.1. Bakgrund

Leder är de kopplingar mellan två eller flera skelettben i kroppen som gör att vi kan röra oss. Skelettbenens ytor är täckta av hyalint brosk som gör att de kan glida lätt och smidigt mot varandra. I leden finns även ledvätska som fungerar som smörjmedel och försörjer brosket med syre och näring. Leder stelnar med tiden vilket kan bero på minskad fysisk aktivitet, sjukdom eller normalt åldrande då bindväv förtvinar (Ernst Bravell, 2013).

Osteoartrit [OA] är en degenerativ ledsjukdom som framförallt drabbar ledbrosket. OA är förknippat med åldrande eller akut skada i unga år som kan utvecklas till OA senare i livet. OA angriper i huvudsak de leder som har påverkats av kontinuerlig belastning genom åren, t.ex. knä, höft, fingrar och ländrygg. Uppskattningsvis har 9,6 % av män och 18,0 % av kvinnor över 60 år symtom av OA världen över. Omkring 80 % av de som drabbas av OA kommer att utveckla rörelsebegränsningar och 25 % kan inte utföra sina aktiviteter i dagliga livet [ADL] (WHO, 2014). Enligt MacGregor, Li, Spector och Williams (2010) finns det lite belägg för ett genetiskt samband av OA i förekomst mellan hand, knä och höft. Däremot är de genetiska faktorerna starkt kopplade till sjuklighet inom handens leder.

### 1.1.1. Osteoartrit i handen

OA i handen är en av de vanligaste ledsjukdomarna i världen och drabbar 55-70% av dem över 55 år, där av främst kvinnor (Kjeken et al., 2013; Lundborg & Björkman, 2015). En vanligt förekommande typ av OA i handen är i tummens carpometacarpale led [CMC1] (Moriatis Wolf, Turkiewicz, Atroshi & Englund, 2014). CMC1 är en sadelled med bikonkav-

konvexa ytor och utformningen tillåter stor rörlighet i olika plan (Chug, Williams, Benn & Brindley, 2014). OA i CMC1, även kallad tumbasartros, drabbar ca 25 % av kvinnor och 8 % av män världen över (Heyworth et al., 2008). Vanliga symptom är smärta, svullnad, rörelsebegränsning, deformation och instabilitet (Ataker, Ece, Canbulat, Gudemez & Gulgonen, 2012) samt begränsning i att gripa objekt och använda pincettgrepp (Heyworth et al., 2008). Symptomen kan resultera i svårigheter att utföra sin ADL, såsom matlagning och att sköta sin personliga hygien (Poole, Walenta, Alonzo, Coe & Moneim, 2011).

### **1.1.2. Behandling**

Det finns olika typer av operativa behandlingar för tumbasartros. En av de vanligare behandlingarna är seninterpositionsartroplastik där man avlägsnar trapeziumbenet och därefter fyller hålrummet med en kroppsegen sena. En annan vanligt förekommande behandling är artrodes, steloperation, som oftast utförs på yngre personer och/eller de med tyngre arbete. Operationen innebär att greppstyrkan bevaras men att rörligheten i tumbasleden försvinner. Det tredje alternativet är en protes som ger ett snabbt och gott resultat men med en reducerad hållbarhet (Bergström, 2014). Alla typer av operativa behandlingar benämns som tumbasplastik.

Efter en tumbasplastik gipsas handled och tumme i cirka fyra till sex veckor. Full belastning i tummen får inte ske förrän tre månader efter operation (Region Skåne, 2010; Södersjukhuset, 2009). Redan efter en kortare tid med gips försämras sensibiliteten och precisionsförmågan i handen (Lundborg, 2011). Under gipstiden finns en viss risk för ökad svullnad samt nedsatt rörelseförmåga i axel, armbåge, fingrar och tummens ytterled. Rekommendationer efter operation är att använda handen i naturliga rörelser och vardagliga aktiviteter, dock undvika tyngre arbete där smärtan får sätta gränserna (Brodén, 2010; Region Skåne, 2010; Södersjukhuset, 2009). Eftersom hjärnan är formbar (plastisk) kan handens representation i hjärnan förminska om handen inte aktiveras. Det är därför viktigt att börja rehabilitering snarast för att bibehålla handens område i hjärnan (Lundborg, 1999; Lundborg, 2011). Arbetsterapeuten har en betydande roll och kan informera om ergonomiska strategier och ge träningsinstruktioner kontinuerligt under hela rehabiliteringen (Brodén, 2010).

### **1.1.3. Aktivitetens betydelse för hälsa**

Aktivitet har stor betydelse för vår upplevda hälsa och välbefinnande, vilket har bekräftats i stor utsträckning under senaste seklet (Eklund, 2010; Erlandsson & Persson, 2014; WHO, 1948). Hälsa och välbefinnande är komplexa begrepp som kan vara svåra att skilja på och det

finns en uppsjö av definitioner (Eklund, 2010; Medin & Alexanderson, 2000). Det biomedicinska synsättet har en fysiologisk ansats där hälsa definieras som frånvaro av sjukdom (Medin & Alexanderson, 2000). Inom arbetsterapi har man däremot ett humanistiskt synsätt på hälsa vilket är resultatet av interaktionen mellan hälsa och sjukdom (FSA, 2012). Vidare menar World Health Organisation [WHO] (1948) att hälsa är grundat på individens egen uppfattning om sitt välbefinnande. Ryff och Singer (1996) definierar välbefinnande som en kontenta av sex dimensioner; autonomi, hantering av omgivningen, personlig utveckling, personlig målsättning, positiva relationer och självacceptans. Enligt Model of Human Occupation [MOHO] bekräftar personer sin identitet genom utförandet av rutinmässiga aktiviteter, såsom matlagning. På så vis skapas förutsägbara ramar och roller formas. En person kan förvärva nya, förändra men också förlora roller under livet (Kielhofner, 2012), som även kan påverka individens hälsa och välbefinnande. De vardagliga rutinmässiga aktiviteterna, t.ex. koka kaffe, borsta tänderna och klä på sig, görs utan större eftertanke och kräver ingen större enegriätgång (Erlandsson & Persson, 2014; Kielhofner, 2012; Radomski & Trombly, 2008). Utifrån litteraturen som belyser aktivitetens betydelse för hälsa var författarnas antagande att upplevelsen av aktivitetsutförandet skulle spegla individens upplevda hälsotillstånd.

#### **1.1.4. Handen i aktivitet**

Då handen har en vital betydelse för aktivitetsutförande kommer en funktionsförlust i denna att påverka den drabbade i många avseende. Det kan i sin tur påverka individens delaktighet och det kan vara svårt att fungera socialt. Med händernas rörelse visar vi sinnesstämning, åsikter och förmedlar känslor. Det kan även vara svårt att självständigt utföra aktiviteter i det dagliga livet, klara av arbetsuppgifter och andra aktiviteter som är meningsfulla för individen (Runnquist, Cederlund & Sollerman, 1992). För arbetsterapeuter är det viktigt att fokusera på konsekvenserna av handskadan och titta på hur funktionen i handen påverkar förmågan i de aktiviteter individen upplever som meningsfulla under rehabiliteringen (Cooper, 2008).

I aktivitet engageras oftast båda händerna där den ena agerar som den primära handen, den dominanta. Även om den dominanta handen gör huvuduppgiften har hjälphanden, den icke dominanta, en betydande roll i utförandet (Theorin & Johansson, 2010). Dock kan denna rollfördelning mellan händerna skifta beroende på målet i utförandet, istället för att enbart baseras på hänthet. Om målet är att öppna en skruvkork på en flaska; tar och håller man sannolikt flaskan med hjälphanden och öppnar med den primära handen. Om målet däremot är att dricka kommer rollfördelningen mellan händerna troligtvis att skifta; istället kommer



den primära handen ta, hålla och föra flaskan till munnen medan hjälphanden skruvar av korken (Theorin, 2009). Naturlig användning av den opererade handen i vardagliga aktiviteter kan vara större utmaning om det rör sig om den dominanta handen.

Enligt Nationalencyklopedin [NE] (1992) är ca 90 % högerhänta och resterande 10 % vänsterhänta. Den dominanta handen har bättre precision (Lundborg, 2011) och enligt Armstrong och Oldham (1999) är den dominanta handen generellt sett 10 % starkare än den icke dominanta. Däremot visade sig vänsterhänta lika starka eller starkare i sin icke dominanta högra hand (Armstrong & Oldham, 1999). Theorin (2009) menar att aktivitetsutförande med icke dominant hand är mer tidskrävande och kvalitén av resultatet tenderar att bli betydligt sämre. Tummen är avgörande för en normal handfunktion och är involverad i nästan varje ADL-aktivitet, t.ex. öppna en flaska eller hålla ett verktyg. Tumbasartros orsakar därför stora funktionsbegränsningar (Angst et al., 2005).

Det finns mycket litteratur (Lundborg, 2011; Lundborg & Björckman, 2015; Theorin, 2009) om handens betydelse, funktion och påverkan i aktivitet. Däremot finns ett behov av att belysa eventuella skillnader under gipstiden, då immobilisering samt smärta medför begränsningar i aktivitetsutförande, beroende på om man opererats i sin dominanta eller icke dominanta hand. Många ADL-aktiviteter, såsom att borsta tänderna och öppna burk, görs främst med den dominanta handen och en skada i den kan då ha större inverkan än en skada i den motsatta. Utifrån detta var författarnas antagande inför studien att samtliga deltagare skulle ha svårt i aktivitetsutförandet men att de som opererats i dominant hand skulle uppleva betydligt större svårigheter. Vidare kan dessa svårigheter leda till att personens autonomi påverkas och självkänslan försämras, samt att delaktigheten begränsas då personen undviker sociala sammanhang. Som följd kan personens upplevda hälsotillstånd och välmående påverkas negativt. Detta var grunden till författarnas vidare antagande att de som opererats i dominant hand därmed även skulle uppleva sämre hälsotillstånd.

## *1.2. Syfte*

Studiens syfte är att jämföra upplevelsen av aktivitetsutförandet samt hälsotillståndet under gipstiden hos personer som genomgått tumbasplastik för tumbasartros i den dominanta eller den icke dominanta handen.

### **1.2.1. Frågeställningar**

- Finns det skillnad i upplevt aktivitetsutförande om man opererats i dominant eller icke dominant hand?
- Finns det samband mellan upplevt aktivitetsutförande och upplevt hälsotillstånd?

## **2. Metod**

### *2.1. Design*

I denna retrospektiva, tvärsnittsstudie användes mixed method (Creswell, 2009). Studien var enkätbaserad självskattning av upplevd förmåga aktivitetsutförandet och hälsotillstånd under gipstiden, då personen var immobiliserad i flera av handens leder, efter tumbasplastik för tumbasartros. I enkäten fanns även utrymme för egna kommentarer.

### *2.2. Urval*

Inklusionskriterierna för att delta var att man genomgått tumbasplastik för tumbasartros och gjort sin sista avgipsning på en klinik innan förfrågan om deltagande ställdes. Vidare fanns krav på att deltagaren skulle kunna läsa och förstå svenska. Exklusionskriterierna för studien var att deltagaren inte fick ha andra skador, förutom artros, i motsatt hand som hade betydande inverkan på aktivitetsutförandet.

Alla som avgipsades på de aktuella klinikerna och uppfyllde ovanstående kriterier för studien tillfrågades, oavsett kön, ålder, hänthet eller opererad hand. För en beskrivning av deltagarna i studien se 4. Resultat (s. 15).

### *2.3. Datainsamling*

Författarna utformade en enkät (se Bilaga 1) som användes för att samla in data. Enkäten innebar att deltagarna skattade sina upplevelser av aktivitetsutförandet i specifikt utvalda ADL-aktiviteter samt deras upplevda hälsotillstånd. Inspiration till val av aktiviteter som skulle inkluderas baserades på aktiviteter och uppgifter utifrån ICF (WHO, 2008). Aktiviteterna sällades därefter utifrån tre aspekter; att täcka olika ADL-aktiviteter, involvera olika krav på funktion (så som kraft, grepp och rörlighet), samt risk för kränkning av den personliga integriteten. Enkäten hade både strukturerade frågor och utrymme för att lämna egna kommentarer för att ge deltagaren möjlighet att komplettera sina svar. Enligt Patel och

Davidson (2011) innebär strukturerade frågor fasta svarsalternativ, medan ostrukturerade innebär öppna frågor.

Enkäten inleddes med att deltagaren uppgav ålder, kön, dominant hand och vilken hand som opererats. Vidare omfattade enkäten fem kategorier varav fyra var aktivitetsbaserade och en bestod av frågor om upplevt hälsotillstånd. De fyra aktivitetsbaserade kategorierna var; *Matlagning*, *Personlig hygien*, *Påklädnad* och *Övrigt*, som i sin tur var uppdelade i delmoment. Alla delmoment inleddes med frasen “Under gipsningstiden, hur skulle Du bedöma Din förmåga att...”. Delmomenten för *Matlagning* var; *hacka, hälla, röra* och *öppna burk*. För *Personlig hygien*; *borsta tänderna, tvätta ansiktet, kamma håret* och *sminka/raka sig i ansiktet*. För *Påklädnad*; *knäppa knapp, knäppa dragkedja, dra på kjol/byxor* och *knyta skosnöre*. För *Övrigt*; *skriva för hand, hantera plånbok, stryka* och *diska för hand*. Under kategorin *Upplevt hälsotillstånd* ställdes fyra frågor som alla inleddes med “Med anledning av gipset, hur ofta har Du...”. De fyra frågor som berördes var; *undvikit aktiviteter, känt frustration, upplevt rädsla* och *upplevt smärta*. Sista frågan i enkäten var “Med anledning av gipset, hur upplevde Du...*Ditt allmänna välmående*”.

Frågorna besvarades genom att, med en markör, skatta på en tio centimeter lång skala inspirerad av instrumentet Visuell Analog Skala [VAS] (Huskisson, 1974). Deltagaren blev ombedd att med markören precisera sin upplevda förmåga eller upplevelse i de olika frågorna. Skalorna för kategori ett till fyra hade ändvariablerna “Ingen svårighet” och “Omöjligt att göra”. Skalorna för kategori fem, fråga a till d hade ändvariablerna “Aldrig” och “Alltid”, och fråga e “Mycket bra” och “Mycket dålig”. Varje fråga hade även variabeln “Ej aktuellt” som skulle anges om sysslan inte fanns i deltagarens aktivitetsrepertoar. Sista frågan som berörde deltagarens *allmänna välmående* hade istället variabeln “Oförändrad”. Det fanns utrymme att skriva en kommentar efter varje kategori där deltagaren hade möjlighet att ge ytterligare information om utförandet.

Enkäten besvarades av fyra oberoende testpersoner innan den delades ut. Testpersoner används för att få en uppfattning om tidsåtgång för ifyllnad och eventuella otydligheter i utformningen (Bell, 2000). Efter återkoppling ändrades “*Din hälsorelaterade livskvalité*” till “*Ditt allmänna välmående*” på grund av otydlighet i tolkning av begreppen. En ny testgrupp om fyra personer fick besvara enkäten. Därefter gjordes inga fler ändringar.

## *2.4. Procedur*

Enhetschefen på en klinik i södra Sverige kontaktades (se Bilaga 2) för att undersöka om det fanns intresse och möjlighet av att samla in data från klinikens patienter. Under ett möte på kliniken presenterades projektplan och tillvägagångssätt för datainsamling. Efter godkännande från enhetschef överlämnades samtligt material för datainsamling (se Bilaga 1, Bilaga 3, Bilaga 4) på kliniken. Författarna träffade personalen som arbetade med avgipsning på kliniken för att informera om studien och urvalet. Skriftliga instruktioner om hur förfrågan till patienterna skulle ställas och ett skriftligt underlag att besvara eventuella frågor från deltagarna tilldelades personalen. All information gällande studien; så som syfte, instruktioner, sekretess, och frivilligt deltagande, fanns även i informationsbladet som delades ut till deltagarna. Patienten blev tilldelad information kring studien, samt tillfrågad om att delta i undersökningen vid sitt sista avgipsningstillfälle. Vid accepterat deltagande fick deltagaren enkäten att fylla i på plats och återlämna till personalen på den aktuella kliniken, alternativt ta med sig hem för att sedan returnera via post till författarna. Eftersom deltagarna fick skriva på en samtyckesblankett var enkäterna inte anonyma men konfidentialitet garanterades. Ingen numrering av enkäterna gjordes innan de delades ut eftersom påminnelse inte skulle skickas ut (Patel & Davidson, 2011).

Efter sex veckor från det att datainsamlingen påbörjats kontaktades personal på kliniken för uppföljning. Insamlade enkäter hade inte uppnått önskat antal vid denna tidpunkt. Beslut fattades om att ta kontakt med fler verksamheter. Datainsamlingen utökades till ytterligare tre verksamheter, vilket innebar att det geografiska området för insamlingen utökades. Verksamheterna tilldelades material och datainsamlingen pågick i ytterligare sex månader till oktober 2015. Studien pågick under ett tidsförlopp på drygt ett år. Projektplan skrevs under fem veckor hösten 2014. Enkäten utformades och testades, och datainsamling påbörjades i februari och pågick till oktober 2015. Dataanalys och sammanställning av studien genomfördes under sex veckor hösten 2015.

## *2.5. Dataanalys*

Vid mätning av upplevelser, data från skattningsskalor, kan man med fördel analysera det som ordinaldata (Lind, 2001). Insamlad data, råvärdena (Eggeby & Söderberg, 1999), samt deltagarnas demografi överfördes och behandlades i datorprogrammet Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (Davis, 2013) och redovisades som deskriptiv statistik och

stapeldiagram (Patel & Davidson, 2011). Vid polytom, tre eller flera kategorier (Eggeby & Söderberg, 1999), användes frekvenstabell. Tabeller och diagram skapades i Excel.

Skattningen gjordes på en tio centimeter lång skala som valdes eftersom det går fort för deltagaren att skatta och kräver ingen större ansträngning. Vid användning av denna typ av skala behöver deltagaren inte heller gradera sin upplevelse med ord som kan ha olika innebörd för olika personer (Aitken, 1969). Skattningen på skalorna mättes med linjal för att kunna transformera den subjektiva upplevelsen till ett kvantitativt värde. Måtten delades in i tre olika värdegrupper; 0-3,9 cm, 4-6,9 cm, 7-10 cm. Värdegrupperna kodades sedan om i SPSS till tre olika kategorier (polytom) utifrån upplevelse (ordinaldata). I aktiviteterna ett till fyra rubricerades kategorierna som "Bra", "Måttlig" och "Dålig". I kategori fem a till d rubricerades de som "Sällan", "Ibland" och "Ofta", och fem e som "Bra", "Måttligt" och "Dåligt". Eftersom en individs upplevelse inte går att väga mot en annans, kan man inte göra jämförelser av råvärden (Hartman, 2004), därför valde författarna att kategorisera. Utvalda kommentarer som förtydligade resultaten presenterades som citat och användes även som underlag för diskussion. I analysen sorterade författarna även delmomenten utifrån om enhands- och tvåhandsgrepp användes i utförandet. Utvalda delar av inhämtad data valdes att inte redovisas i resultatet eftersom det enligt författarna inte visade något av intresse.

### 3. Etiskt övervägande

Enligt Etiska koden (FSA, 2012) ska legitimerade arbetsterapeuter delta i och bidra till forsknings- och utvecklingsarbete. I Vetenskapsrådet [VR] (2002) forskningsetiska principer hittar man riktlinjer som syftar till att vägleda forskaren i sitt etiska övervägande. Forskning kan granskas utifrån två etiska aspekter. Forskningskravet, som innebär principer för att forskning håller hög kvalitet och att kunskaper och metoder förbättras, samt individskyddskravet, som värnar om deltagarens integritet och fysiska och psykiska hälsa i forskning. I det etiska övervägandet står individskyddskravet i centrum och delas in i fyra huvudkrav; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*.

*Informationskravet* innebär att god information ges kring undersökningen, t.ex. eventuella risker och behandling av uppgifter. Eftersom endast skriftlig information gavs via arbetsterapeuterna på klinikerna var det av stor vikt att förmedla tillräcklig information, på ett

tydligt och lättförståeligt sätt, för att motivera till deltagande men även försäkra personens trygghet och sekretess.

*Samtyckeskravet* syftar till att ett samtycke alltid ska lämnas inför ett aktivt deltagande. Forskaren ska informera om frivilligt deltagande, rätten att avbryta sin medverkan samt presentera alla tänkbara faktorer som kan inverka på deras beslut att delta. Liksom informationskravet är formulering och innehåll inför ett samtycke viktig, för att försäkra att patienten känner till sina rättigheter. Vid utdelning av enkäten gick personalen igenom all information med deltagaren och svarade på eventuella frågor.

*Konfidentialitetskravet* innebär att alla uppgifter hanteras med högsta sekretess och att deltagarna ges konfidentialitet. Något att ha i åtanke är att etisk sårbarhet kan skilja sig mellan samhälle, kultur och generation. Alla som tillfrågades informerades om frivilligt deltagande och att de kunde avsluta sitt medverkande när som helst under studiens gång. Det gavs även information om att deras val för deltagande inte skulle komma att påverka vidare behandling samt garanterad anonymitet. All information gavs skriftligt till varje deltagare i samband med utlämning av enkät. För garantera deltagarnas sekretess kodades all insamlad data, deltagarna avidentifierades samt att data förvarades på ett sådant sätt där endast författarna hade tillgång. Det enda som framgick var om deltagaren opererats i sin dominanta eller icke dominanta hand, kön, ålder och hänthet. Vid citat användes fiktiva namn.

*Nyttjandekravet* omfattar att insamlad data endast används för den aktuella forskningens syfte. Utöver den färdigställda uppsatsen kommer all resterande data att raderas efter avslutat projekt.

Det kan upplevas som ett intrång i integriteten vid frågeställningar kring vardagsaktiviteter så som personlig hygien. Författarna ansåg dock att det fanns behov att studera svårigheter i aktivitetsutförande efter tumbasplastik. Att vidare jämföra svårighetsgraden beroende på om personen opererats i sin dominanta eller icke dominanta hand kunde vara till fördel för arbetsterapeutiska åtgärder. Efter övervägande om vilka ADL-aktiviteter som skulle vara med i studien, och hur pass intima de var, kom författarna fram till att de positiva aspekterna vägde upp de negativa och ansåg att studien borde genomföras. Dock exkluderades vissa ADL-aktiviteter som var extra känsliga för den personliga integriteten, såsom toalettbesök.

Även då inga etiska dilemman ansågs finnas tog författarna fasta på vikten av god och tillräcklig information, formulerad på ett begripligt och tydligt sätt, då detta skulle vara avgörande för studiens genomförande ur ett etiskt perspektiv.

## 4. Resultat

Enkäten (se Bilaga 1) besvarades av totalt 28 personer, varav fyra var män och 24 var kvinnor. Medelåldern på deltagarna var 61,6 år där den yngsta var 50 år och den äldsta 77 år. 15 av deltagarna var opererade i sin dominant hand [DH], där samtliga var högerhänta. Resterande 13 deltagare var opererade i sin icke dominant hand [IDH], varav två var vänsterhänta och övriga 11 var högerhänta. Tabellernas svarsfrekvens redovisar antalet insamlade svar på de delmoment som inkluderades. Exempel; Tabell 1: samtliga 28 deltagare (15 DH och 13 IDH) svarade på de fyra delmoment som ingick i aktiviteten *matlagning* där svarsfrekvensens total räknades ut som  $15 \cdot 4 = 60$  och  $13 \cdot 4 = 52$  svar.

Resultatet av studien visade att samtliga deltagare upplevde svårigheter i utförandet av ADL-aktiviteter under gipstiden (se Figur 1, Figur 2). Störst svårighet för alla deltagare förekom i aktiviteterna *Matlagning* och *Påklädning*. Vid skattning av *Upplevt hälsotillstånd* var det en jämn spridning över skalan om än större antal som skattade ”sällan”. På frågan hur deltagarna upplevt sitt *Allmänna välmående* skattade flertalet ”bra” till ”måttligt”. Inom alla aktiviteter förekom skattning av variabeln ”ej aktuellt”, främst inom *Övrigt*, och vid två tillfällen saknades det skattning, variabelbortfall (se Tabell 3, Tabell 7).

### 4.1. Finns det skillnad i aktivitetsutförandet under gipstiden hos personer som genomgått en tumbasplastik i sin dominant eller sin icke dominant hand?

Studien visade att det fanns skillnad i upplevd förmåga i aktivitetsutförandet hos personer som opererats i DH jämfört med IDH. Störst svårighet upplevde de som opererats i DH. Denna grupp hade skattat ”dålig” och ”måttlig” i större utsträckning och ”bra” i mindre utsträckning än de som opererats i IDH.

### 4.2. Under gipstiden, hur såg skattningen av förmågan ut hos de som opererats i sin dominant jämfört med sin icke dominant hand inom de olika aktiviteterna?

Tabell 1. Svarsfrekvens på aktiviteten *Matlagning*, fördelat mellan dominant och icke dominant hand

	Dominant	Procent	Icke Dominant	Procent
Bra	3	5 %	13	25 %
Måttlig	16	26,7%	9	17,3 %
Dålig	39	65 %	27	51,9%
Ej Aktuellt	2	3,3 %	13	5,8 %
Variabelbortfall	0	0 %	0	0 %
Totalt	60	100 %	52	100 %

Tabell 1 visar sammanställningen av skattning i delmomenten (*hacka, hålla, röra och öppna burk*) i aktiviteten *Matlagning*. I båda grupperna, DH och IDH, hade majoriteten skattat sin förmåga som ”dålig”. Samtidigt hade endast 5 % i DH skattat ”bra”, medan 25 % i IDH skattade ”bra”. I delmomentet *hacka* hade 73,3 % av DH skattat ”dålig” och ingen skattat ”bra”, medan IDH skattat 46,2 % respektive 15,4 %. I delmomentet *hålla* hade IDH skattat sin förmåga som både ”bra” och ”dålig” till 46,2 %. I samma delmoment skattade DH högre (60 %) på ”dålig” och lägre (13,3 %) på ”bra”. Flertalet i båda grupperna skattade *Öppna burk* som ”dålig”; DH 86,7 % och IDH 84,7 %.

Kommentarer från två av deltagarna;

”Lite ”fumligt” med att hålla fast det som ska hackas”

Ulla, 59 år, IDH

Öppna burk, m. hjälpmedel”

Elsa, 63 år, DH

I aktiviteten, *personlig hygien*, hade övervägande flertalet i gruppen IDH skattat sin upplevda förmåga som ”bra” och 7,7 % som ”dålig”. I gruppen DH var fördelningen av skattningen jämn över skalan. DH hade skattat minst svårighet i delmomentet *kamma håret* och IDH i delmomentet *borsta tänderna*.

**Tabell 2.** Svansfrekvens på aktiviteten *Påklädnad*, fördelat mellan dominant och icke dominant hand

	Dominant	Procent	Icke Dominant	Procent
<b>Bra</b>	9	15 %	2	3,8 %
<b>Måttlig</b>	10	16,7%	16	30,8%
<b>Dålig</b>	39	65 %	33	63,5%
<b>Ej Aktuellt</b>	2	3,3 %	1	1,9 %
<b>Variabelbortfall</b>	0	0 %	0	0 %
<b>Totalt</b>	60	100 %	52	100 %

*Påklädnad* (se Tabell 2) var den aktivitet där båda grupperna upplevde stora svårigheter. Av IDH hade 63,5 % skattat sin förmåga som ”dålig” och 30,8 % som ”måttlig”. Även DH hade skattat över 60 % på ”dålig”, samtidigt var detta den aktivitet där DH skattat högre på ”bra” än IDH. *Knäppa knapp* och *knyta skosnöre* var de delmoment inom *påklädnad* där både DH och IDH hade skattat ”dålig” i störst utsträckning. I delmomentet *knäppa knapp* skattade DH sin förmåga som ”dålig” till 86,7 % och IDH till 69,2 %. *Knyta skosnöre* skattades som



”dålig” av 80 % i DH respektive 84,6 % i IDH. Ingen i gruppen IDH hade skattat sin förmåga som ”bra” i delmomenten *knäppa knapp*, *knäppa dragkedja* och *knyta skosnöre*.  
Kommentar från en av deltagarna;

”Gummibandsbyxor ej knappar”

Maria, 71 år, DH

I kategorin *Övrigt*, med delmomenten *skriva för hand*, *hantera plånbok*, *stryka* och *diska för hand*, hade IDH skattat sin förmåga som ”bra” respektive ”dålig” till 36,5 %. Hälften av DH hade skattat ”dålig” och 5 % ”bra”. Störst skillnad sågs i delmomentet *skriva för hand* där ingen i DH skattat ”bra” i jämförelse med IDH som skattat 76,9 % ”bra”. Vidare, hade DH skattat sin förmåga som ”dålig” till 73,3 %, medan IDH skattat 15,4 % som ”dålig”.

Kommentar från en av deltagarna;

”Skriver med vänster hand”

Håkan, 62 år, DH

#### 4.3. Under gipstiden, hur såg skattningen av upplevt hälsotillstånd ut hos de som opererats i sin dominant hand jämfört med sin icke dominant hand?

Tabell 3. Svansfrekvens på kategorin *Upplevt hälsotillstånd* (exkl. allmänt välmående, se tabell 4), fördelat mellan dominant och icke dominant hand

	Dominant	Procent	Icke Dominant	Procent
Sällan	21	35 %	20	38,5%
Ibland	19	31,7%	16	30,8%
Ofta	17	28,3%	14	26,9%
Ej Aktuellt	3	5 %	1	1,9 %
Variabelbortfall	0	0 %	1	1,9 %
Totalt	60	100 %	52	100 %

I kategorin *Upplevt hälsotillstånd* (se Tabell 3) sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna DH och IDH, likaså fanns det inte någon markant spridning på skalan inom vardera grupp. I *undvikit aktiviteter* hade 60,7 % av samtliga deltagare skattat ”ibland” till ”ofta”, ingen signifikant skillnad mellan DH och IDH. I delmomentet *känt frustation* hade 66,6 % i DH, respektive 76,9 % i IDH skattat ”ibland” till ”ofta”. Vidare, i frågeställningen om *upplevd rädsla* hade övervägande flertalet av båda grupperna skattat ”sällan”. Däremot hade 86,7 % i DH respektive 92,3 % i IDH skattat ”ibland” till ”ofta” i frågan om *upplevd smärta*.

Kommentarer från några av deltagarna;

*"Ej kunnat cykla, köra bil, sy, sticka och annat skapande"*

Anita, 64 år, DH

*"Allt har jag gjort med vänster hand p.g.a. illasittande gips har jag ej kunnat böj armbåge tillräckligt"*

Katarina, 60 år, DH

*"Upplevt smärta efter omgipsningen som gjordes för hårt fick uppsöka sjukvård, gipset bändes "upp" vid två tillfällen"*

Elsa, 63 år, DH

*"felgipsad vid omgipsning därav smärta"*

Steinar, 71 år, IDH

**Tabell 4.** Svarefrekvens för delkategorin *Ditt allmänna välmående*, fördelat mellan dominant och icke dominant hand

	<b>Dominant</b>	<b>Procent</b>	<b>Icke Dominant</b>	<b>Procent</b>
<b>Bra</b>	6	40 %	5	38,5%
<b>Måttligt</b>	8	53,3%	5	38,5%
<b>Dåligt</b>	0	0 %	3	23,1%
<b>Oförändrat</b>	1	6,7 %	0	0 %
<b>Variabelbortfall</b>	0	0 %	0	0 %
<b>Totalt</b>	15	100 %	13	100 %

På frågan om hur deltagarna upplevde sitt *allmänna välmående* (se Tabell 4) under gipsningstiden skattade 93,3 % i DH "bra" till "måttligt". En person i DH skattade sitt *allmänna välmående* som "oförändrat", samtidigt som ingen skattade "dåligt". Gruppen IDH hade skattat 38,5 % på "bra", 38,5 % på "måttligt" och 23,1 % på "dåligt".

Kommentar från en av deltagarna;

*"Har man mkt. ont av sin tumbasartros så är man väldigt tacksam och glad för att få den hjälp som går att få, alltså att bli op. och då måste man vara positivt inställd under rehabiliteringen både under gipstiden och tiden därefter, det har en övergång..."*

Susanne, 56 år, DH

#### 4.4. Under gipstiden, hur såg skattningen ut i delmoment med enhands- respektive tvåhandsgrepp hos de som opererats i sin dominanta jämfört med sin icke dominant hand?

Tabell 5. Delmomenten fördelade mellan enhands- och tvåhandsgrepp

Enhandsgrepp	Tvåhandsgrepp
Hälla	Hacka
Borsta tänderna	Röra
Kamma håret	Öppna burk
Sminka/raka sig	Tvätta ansiktet
Skriva för hand	Knäppa knapp
	Knäppa dragkedja
	Dra på byxor/kjol
	Knyta skosnöre
	Hantera plånbok
	Stryka
	Diska för hand

Tabell 6. Svarsfrekvens på delmoment med enhandsgrepp, fördelat mellan dominant och icke dominant hand

	Dominant	Procent	Icke Dominant	Procent
<b>Bra</b>	18	24 %	41	63,1%
<b>Måttlig</b>	18	24 %	4	6,2 %
<b>Dålig</b>	37	49,3%	11	16,9 %
<b>Ej Aktuellt</b>	2	2,7 %	9	13,8 %
<b>Variabelt bortfall</b>	0	0 %	0	0 %
<b>Totalt</b>	75	100 %	65	100 %

I moment med enhandsgrepp (se Tabell 5) hade DH större svårighet i samtliga delmoment än IDH. Sammanställningen (se Tabell 6) visar att majoriteten i IDH skattat ”bra”. I delmomentet *hälla* skattade DH 60 % på ”dålig” och IDH 46,2 %. Som tidigare redovisats sågs störst skillnad i delmomentet *skriva för hand* där 73,3 % i DH skattat ”dålig” medan 76,9 % i IDH skattat ”bra”.

Kommentarer från två av deltagarna;

*”Fick använda vänster hand”*

Elisabeth, 70 år, DH

*”Använt vänster hand”*

Inga-lill, 67 år, DH

**Tabell 7.** Svarefrekvens på delmoment med tvåhandsgrepp, fördelat mellan dominant och icke dominant hand

	Dominant	Procent	Icke Dominant	Procent
<b>Bra</b>	19	11,5 %	27	18,9 %
<b>Måttlig</b>	37	22,4 %	35	24,5%
<b>Dålig</b>	93	56,4 %	72	50,3%
<b>Ej Aktuellt</b>	15	9,1 %	9	6,3 %
<b>Variabelbortfall</b>	1	0,6 %	0	0 %
<b>Totalt</b>	165	100 %	143	100 %

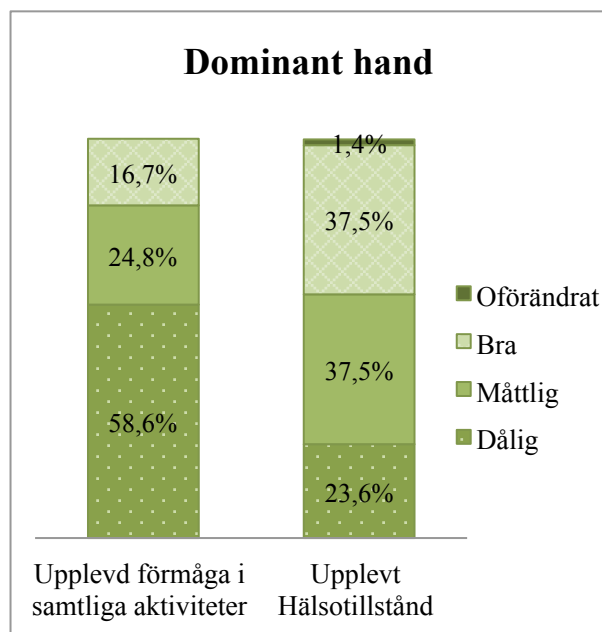
Tabell 7 visar resultatet av jämförelsen av DH och IDH i delmomenten med tvåhandsgrepp (se Tabell 5). Skattningen ”dålig” var likvärdig i de båda grupperna; 56,4 % i DH och 50,3 % i IDH. Även skattningen på ”bra” och ”måttlig” var likvärdig mellan grupperna. *Stryka* var det delmoment inom samtliga aktiviteter där flest deltagare skattat variabeln ”ej aktuellt”.

Kommentarer från två av deltagarna;

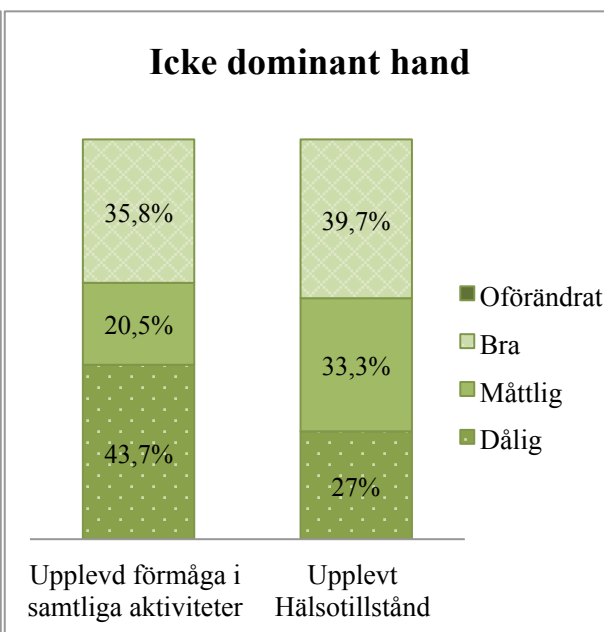
*”Vänster hand måste göra det mesta”*  
Elisabeth, 70 år, DH

*”Vä hand var till stor hjälp”*  
Elsa, 63 år, DH

#### 4.5. Under gipstiden, hur såg sambandet ut mellan upplevd förmåga i samtliga aktiviteter och upplevt hälsotillstånd hos de som opererats i sin dominanta och sin icke dominant hand?



**Figur 1.** Jämförelse mellan upplevd förmåga i samtliga aktiviteter (exkl. variabeln ”ej aktuellt”) och upplevt hälsotillstånd (inkl. allmänt välmående) i DH



**Figur 2.** Jämförelse mellan upplevd förmåga i samtliga aktiviteter (exkl. variabeln ”ej aktuellt”) och upplevt hälsotillstånd (inkl. allmänt välmående) i IDH

Figur 1 och Figur 2 visar att båda grupperna, DH och IDH, hade skattat sin upplevda förmåga som ”bra” i samtliga aktiviteter procentuellt lägre jämfört med sitt upplevda hälsotillstånd.

16,7 % i gruppen DH skattade sin förmåga i aktivitet som ”bra” samtidigt som dubbelt så många skattat ”bra” på sitt *Upplevda hälsotillstånd*. Vidare, hade närmare 60 % skattat ”dålig” på sin förmåga i aktivitet och 23,6 % ”dålig” på sitt *Upplevda hälsotillstånd*. En person i DH skattade sitt *Upplevda hälsotillstånd* som oförändrat. I gruppen IDH hade 35,8 % skattat sin förmåga i aktivitet som ”bra” och 39,7 % ”bra” på sitt *Upplevda hälsotillstånd*. Samtidigt skattade 43,7 % ”dålig” på sin förmåga i aktivitet och 27 % ”dålig” på sitt *Upplevda hälsotillstånd*. Drygt dubbelt så många i IDH hade skattat sin förmåga i aktivitet som ”bra” jämfört med DH, medan skattningen ”bra” i *Upplevt hälsotillstånd* var likvärdig mellan grupperna.

Kommentar från en av deltagarna;

*”P.g.a. att jag måst hjälpa till med vänstran även före operation,  
hade jag en viss träning att använda vänster hand”*

Elisabeth, 70 år, DH

## 5. Diskussion

### 5.1. Resultatdiskussion

Studiens syfte var att jämföra upplevelsen av aktivitetsutförandet samt hälsotillståndet under gipstiden hos personer som genomgått en tumbasplastik för tumbasartros i den dominant eller den icke dominant handen. Resultatet visade att samtliga deltagare upplevde svårigheter i aktivitetsutförandet under gipstiden (se Figur 1, Figur 2). Enligt ICF (WHO, 2008) påverkas aktivitetsutförande starkt av individens kapacitet att kunna använda händerna i aktivitet. De personer som opererats i dominant hand [DH] upplevde generellt sett större svårighet i aktivitetsutförande än de som var opererade i icke dominant hand [IDH], vilket bekräftade antagandet. Som tidigare nämnts byggde antagandet på det faktum att dominant hand oftast utför huvuduppgiften eftersom denna har bättre kraft och precision, och en funktionsförlust skulle därmed innebära ett svårare utförande (Lundborg, 2011; Theorin, 2009; Theorin & Johansson, 2010). Enligt Lundborg och Björkman (2015) blir enkla aktiviteter i vardagen, t.ex. skriva för hand och knäppa en knapp, stora utmaningar även vid en lindrig funktionsnedsättning i handen.

Deltagarna ansåg sig ha relativt god upplevd hälsa, där endast ett fåtal upplevde sitt hälsotillstånd som dåligt, vilket motsäger antagandet. Utifrån resultatet bekräftas det humanistiska perspektivet på hälsa som enligt Medin och Alexanderson (2000) innebär att en individ kan uppleva hälsa även vid skada eller sjukdom.

### **5.1.1. Enhandsgrepp**

Störst skillnad av upplevd förmåga i aktivitetsutförandet mellan DH och IDH sågs i delmomenten med enhandsgrepp (se Tabell 6), där DH hade störst svårighet i samtliga delmoment (se Tabell 5). Vid aktiviteter som kräver noggrannhet och kraft förklarar Lundborg (2011) att vi automatiskt föredrar att använda vår dominanta hand. Vid en funktionsinskränkning i denna blir personen tvungen att använda sin icke dominanta hand vilket kan försvåra utförandet. Detta är aktuellt både före och efter operation, då t.ex. smärta och minskad kraft kan hämma utförandet. Elisabeth (DH) kommenterade (se s. 21) att hon använt sin icke dominanta hand före operation och på så sätt redan tränat denna hand i aktivitet. Detta kan vara till god hjälp efter operation i de moment som inte kan utföras p.g.a. gips, smärta eller restriktioner. Eftersom hjärnan är plastisk kan man träna upp och förbättra funktionen i sin icke dominanta hand (Lundborg, 2011). Inom delmomenten med enhandsgrepp finns moment som kan utföras med den icke dominanta handen utan större ansträngning, medan andra moment innebär betydligt större svårighet. DH upplevde minst svårighet i delmomentet *kamma håret* som kan bero på att det inte innebär lika stor utmaning med gips. En annan förklaring kan vara att man kan kompensera för utförandet med sin icke dominanta hand utan större ansträngning. Däremot var det en signifikant skillnad i *skriva för hand* då detta är ett delmoment som kunde vara väldigt svårt att utföra med sin icke dominanta hand. Detta sågs hos deltagaren Håkan (DH) som kommenterade (se s. 17) att han skrivit med vänster hand eftersom han upplevde att det var omöjligt att utföra momentet med sin dominanta hand.

### **5.1.2. Tvåhandsgrepp**

I motsats till momenten med enhandsgrepp sågs stora svårigheter i båda grupperna, DH och IDH, i delmomenten med tvåhandsgrepp (se Tabell 5, Tabell 7). Något som kan förklaras av att det ställer höga krav på funktion i båda händerna i utförandet. Exempel på detta visade sig främst i delmomenten; *knäppa knapp* och *knyta skosnöre* eftersom det kräver god finmotorik i båda händerna. Även delmomenten *hacka* och *öppna burk*, där man behöver greppförmåga

och kraft var stora utmaningar för deltagarna. En av deltagarna, Elsa (DH), kommenterade (se s. 16) att hon öppnat burk med hjälp av hjälpmedel och Maria (DH) kommenterade (se s. 17) att hon använt resårbyxor utan knappar. Tekniska hjälpmedel, t.ex. burköppnare, och strategier som att välja anpassade kläder är exempel på arbetsterapeutiska åtgärder som är användbara både före och efter operation. Hjälpmedel kompenserar för förlorad funktion och genom anpassning av miljön eliminerar man hinder, t.ex. att använda resår istället för knapp/dragkedja (FSA, 2012). Dock menar Runnquist, Cederlund och Sollerman (1992) att eftersom det är vanligt att man negligerar sin skadade hand är det av största vikt att inkludera handen i dagliga aktiviteter efter operation för att undvika permanent funktionsnedsättning.

### **5.1.3. Matlagning**

Matlagning är en aktivitet som innehåller många moment med tvåhandgrepp och som kräver både kraft och precision. Detta kan vara en förklaring till att samtliga deltagare upplevde stora svårigheter i utförandet (se Tabell 1). Matlagning ingår i många aktivitetsrepertoar och skapar rutin och struktur i vardagen. Genom våra vardagliga aktiviteter identifierar vi oss i våra roller och en funktionsförlust kan därför innebära minskad autonomi hos individen och ha negativ inverkan på dennes självbild (Kielhofner, 2012). Ulla (IDH) skrev (se s. 16) att hon tyckt det var fulmligt att hålla fast det hon skulle hacka. Detta är ett exempel på ett moment i en aktivitet som kan vara svårt att utföra oavsett vilken hand som är gipsad. Även om det är den dominanta handen som kräver bäst funktion är den hjälpande handen viktig för genomförandet (Theorin & Johansson, 2010). Svårigheter i ett delmoment kan medföra att individen tvingas förändra utförandet eller eventuellt undvika aktiviteten helt. Att ofrivilligt behöva förändra aktiviteten t.ex. förenkla matlagningen skulle kunna innebära att meningsfullheten går förlorad. Vidare menar Kielhofner (2012) att undvikande av aktivitet kan ha negativ inverkan på individens hälsa och välbefinnande. Genom arbetsterapeutiska åtgärder kan man istället kompensera för funktionsbegränsningar. Exempel på detta kan vara förstorade och vinklade grepp, samt hjälpmedel som fixerar det som ska hackas, röras eller skalas. Det finns även skärmaskin och hackredskap som endast kräver en hand i aktiviteten.

### **5.1.4. Personlig hygien**

Deltagarna, framförallt i IDH, upplevde generellt sett sin förmåga som god inom aktiviteten *Personlig hygien* (se s. 16), där tre av fyra moment innebär enhandsgrepp. Detta styrker det mönster för moment med en- och tvåhandsgrepp som resultatet visade. En förklaring till detta

kan vara att delmomenten inom *Personlig hygien* inte kräver samma kraft och precision som t.ex. *hacka* och *öppna burk* gör. Enligt Kristoffersen (1998) är vår personliga hygien starkt kopplad till vår hälsa och välbefinnande och hon menar att skötseln av vår personliga hygien har en djupare mening än endast vård av det yttre. Hon belyser också hur orken kan påverka utförandet även vid en lindrigare skada. Trots att många av deltagarna upplevde sin förmåga som bra var det en tredjedel av DH som upplevde den som dålig. Om individen upplever utförandet som väldigt svårt kan den personliga hygien och upplevd hälsa och välbefinnande bli lidande.

### 5.1.5. Påklädnad

I aktiviteten *Påklädnad* upplevde båda grupperna, DH och IDH störst svårigheter i sitt utförande (se Tabell 2). En orsak till detta kan vara att samtliga delmoment innebar tvåhandsgrepp och som tidigare nämnts krävs det god funktion t.ex. avancerad finmotorik och god precision i båda händer i utförandet av dessa. Genom våra kläder uttrycker vi, både medvetet och omedvetet, vår identitet, värderingar och attityder (Jacobson, 1994; Kristoffersen, 1998). Om påklädnad innebär tillräckligt stor utmaning att man måste anpassa sin klädsel kan identitetskänslan tillfälligt försvagas. *Knäppa knapp*, *knäppa dragkedja* och *knyta skosnöre* var de delmoment där deltagarna upplevde störst svårigheter. Detta kan verka som små hinder men kan innebära att individen förlorar något meningsfullt, vilket gör det desto viktigare att medvetandegöra patienten om de strategier som finns för att underlätta utförandet. Skälet till att det var så få i IDH som upplevde sin förmåga som bra kan bero på att gruppen förväntade sig ett enklare utförande med den dominant hand intakt. Medan en förklaring till varför DH istället skattat bra i högre utsträckning kan vara att deras förväntningar var att påklädnad skulle bli en ännu större utmaning med den dominant hand gipsad. Aktivitetsutförandet kan underlättas med enklare medel, t.ex. nyckelring eller ögla i dragkedjan för att lättare kunna dra den upp och ner (SUS, u.å.).

### 5.1.6. Övrigt

I kategorin *Övrigt* ingick moment som är en naturlig del av mångas vardag (se s. 17). Trots detta fanns inte *stryka* med i flera av deltagarnas aktivitetsrepertoar. Hos de deltagare där *stryka* var aktuellt sågs svårigheter i båda grupperna. Theorin (2009) menar att om man tittar



närmare på utförandet av ett moment som tycks involvera endast en hand ser man att det egentligen krävs två händer för ett effektivt utförande. Ingen i DH upplevde sitt utförande som bra vilket kan bero på att den dominanta handen gör huvuduppgiften i momentet. Även upplevd svårighet sågs i IDH som indikerar på att även den hjälpande handen har stor betydelse för ett effektivt utförande. Som tidigare nämnts var *skriva för hand* väldigt svårt för DH eftersom gipset begränsade utförandet. Då mycket idag är digitaliserat skriver vi det mesta på t.ex. dator och telefon, vilket innebär att behovet av att *skriva för hand* inte är lika stort längre. Det är däremot fortfarande en angelägenhet eftersom endast en deltagare skattat variabeln ”ej aktuellt”. Att skriva under med sitt namn är i flera situationer fortfarande ett sätt att identifiera sig och därför viktigt att kunna utföra på ett sätt som inte avviker från ID-handlingar i allt för stor utsträckning. Om detta inte är möjligt är det viktigt att hitta alternativa åtgärder, t.ex. ett anpassat grepp på pennan. Anledningen till varför *diska för hand* var svårt för deltagarna kan bero på att man inte kan använda den gipsade handen som stödhand eftersom gipset inte får vara i vatten.

#### **5.1.7. Hälsotillstånd**

Majoriteten av samtliga deltagare upplevde sitt *Hälsotillstånd* som relativt bra under gipstiden (se Tabell 3). Detta motsäger antagandet vilket var att de svårigheter i aktivitetsutförandet som framkom skulle i större utsträckning spegla en sämre upplevelse av hälsotillståndet. En möjlig anledning att det upplevda hälsotillståndet inte påverkats mer kan berott på att deltagarna visste att gipstiden endast varade under en begränsad period och att de kunnat förbereda sig. Utifrån detta kan Ryff och Singers (1996) definition av välbefinnande och dess koppling till autonomi, hantering av omgivningen och positiva relationer diskuteras. Även om tillfälligt minskad autonomi förekom kunde detta kompenseras av att deltagaren gjort sin omgivning hanterbar genom träning och anpassning samt genom stöd av personer i sin närhet. Även förhoppningen om att bli bättre kunde ha medfört en positiv inställning som speglas i upplevt hälsotillstånd. Vidare var antagandet att DH skulle upplevt ett sämre hälsotillstånd jämfört med IDH p.g.a. att DH upplevde större svårigheter i aktivitetsutförandet. Att så inte var fallet kan berott på att deltagarna i DH haft större svårighet i sitt aktivitetsutförande innan operation eftersom denna hand oftast utför huvuduppgiften. Därmed kan de ha förväntat sig större vinst och känt mer motivation att genomgå behandlingen. Av deltagarna hade flertalet i både DH och IDH *undvikit aktivitet* någon gång under sin gipstid. Individerna har ett starkt medfött behov av att vara aktiv och detta är tydligt länkat till dennes upplevda hälsa och

välbefinnande (Erlandsson & Persson, 2014; Kielhofner, 2012). Anita (DH) poängterade (se s. 18) att hon varken kunnat cykla, köra bil, eller ägna sig åt skapande aktiviteter. Som nämnts innan, diskuterades det om deltagarna som undvikit aktiviteter på grund av gipset haft hjälp av någon i sin omgivning med utförandet. Att behöva ta hjälp i aktiviteter som normalt utförs självständigt och ingår i individens aktivitetsrepertoar kan innebära att känslan av självständighet minskas (Kielhofner, 2012). Att inte kunna utföra vissa aktiviteter, t.ex. köra bil kan medföra att individen inte kan vara lika delaktig. Arbetsterapi belyser vikten av social interaktion och att känna delaktighet (Eklund, 2010).

Flertalet deltagare hade även *upplevt frustration*. Även då DH upplevde mer svårighet i aktivitetsutförandet hade IDH *upplevt frustration* i större utsträckning. Som diskuterats tidigare kan detta berott på att DH och IDH haft olika förväntningar på tiden med gipset. Nio av tio utav deltagarna *upplevde smärta* och flera betonade (se s. 18) att detta var p.g.a. illasittande gips. Smärta kan ibland vara orsak till större begränsningar än gipset i sig och göra att den gipsade handen inte kan fungera som stödhand. Därför är det viktigt att informera patienten om att ta kontakt om gipset besväras. Avlastning kan genom kompenserande hjälpmedel och strategier vara viktiga både för att förbättra funktion och för att minska smärtupplevelsen. Även om flertalet av deltagarna undvikit aktiviteter och upplevt både frustration och smärta under gipstiden var deltagarnas *allmänna välmående* bättre än förväntat. Det mest anmärkningsvärda var att DH upplevt sitt välmående bättre än IDH. Detta kan ha tytt på, som Susanne (DH) beskrev (se s. 18), tacksamhet och en positiv inställning inför behandlingen eftersom tumbasartrosen tidigare orsakat mycket smärta.

### **5.1.8. Samband**

Sambandet mellan upplevd aktivitetsförmåga och *upplevt hälsotillstånd* visade liknande mönster i de båda grupperna (se Figur 1, Figur 2). Störst andel deltagare hade upplevt sin förmåga i samtliga aktiviteter som dålig i respektive grupp, samtidigt hade störst andel upplevt sitt hälsotillstånd som bra. Detta motsäger antagandet som var att *upplevt hälsotillstånd* skulle spegla upplevelsen av aktivitetsutförandet. Detta är i linje med WHO's definition och det humanistiska perspektivet på hälsa som inte endast innebär frånvaro av sjukdom eller skada, utan även personens upplevelse av sitt tillstånd. En individs hälsa och välbefinnande påverkas av många olika faktorer, både yttre och inre (WHO, 1948; Medin & Alexanderson, 2000). Utifrån ovanstående definition kan det diskuteras att även om en av faktorerna försämras behöver det inte innebära en försämring av hälsotillståndet i stort. Vidare

visade sambandet att DH upplevde störst svårighet i aktivitet men att det inte var någon signifikant skillnad i jämförelse med IDH i deras upplevda hälsotillstånd. Eftersom det inte framgick hur deltagarna upplevde sitt hälsotillstånd innan operation gick det inte att konstatera i vilken utsträckning gipset påverkat deras mående. Som tidigare nämnts är hjärnan plastisk (Lundborg, 1999; Lundborg, 2011) vilket innebär att individen har förmåga att förändra ett redan inlärt utförande, på så sätt kan träning av hjälphanden i aktivitet innan operation ha underlättat gipstiden. Detta kan ha varit en motivering till varför DHs upplevda hälsotillstånd var jämförbart med IDHs trots att den upplevda aktivitetsförmågan var sämre. *Upplevd smärta* var något som skattades högt av flertalet deltagare och flera nämnde även att detta var p.g.a. illasittande gips. Trots detta var deltagarnas *upplevda hälsotillstånd* relativt bra vilket kunde berott på att deltagarna upplevde desto mer smärta innan operation. Vidare diskuterades det om smärtan p.g.a. det illasittande gipset påverkade till deltagarnas sämre upplevda aktivitetsutförande då smärtan i sig var begränsande. Deltagarnas goda hälsotillstånd kan även vara ett resultat av klinikernas goda kunskap om rehabiliteringen för tumbasartros. Att patienten får rätt information och kunskap är avgörande för dennes förutsättning till förbättring (Brodén, 2010). Träningsprogram, stöd, tips på strategier och hjälpmedel, samt rätt information främjar en god rehabilitering. Som diskuterats tidigare kunde aktiviteter, så som *personlig hygien* och *påklädnad*, ha negativ inverkan på upplevd hälsa om utförandet inte kunde genomföras på ett effektivt och tillfredställande sätt. Trots denna vetskap hade deltagarnas upplevda hälsotillstånd inte påverkats i någon större utsträckning vilket kunde berott på att det endast gällde en kortare tid.

## 5.2. Metoddiskussion

I studien användes en enkät (se Bilaga 1) med en struktur som var lätt att följa och med en tydlig utformning, t.ex. förstorad text. För att få information om deltagarna ombads de att ange ålder, kön, hänthet och opererad hand. För en mer politisk korrekt ansats skulle alternativet ”Annat” funnits med i frågan om kön, samt alternativet ”Ambidex” i hänthet. Vidare hade det varit intressant att fråga om deltagarnas sysselsättning som en aspekt i jämförelsen. Enkäten besvarades av oberoende testpersoner för att få fram eventuella otydligheter och få en uppfattning om tiden för ifyllnad.

Eftersom skattning på VAS-skala är lätt, användes denna för att samla in deltagarnas subjektiva upplevelse. En annan anledning till användandet av denna insamlingsmetod var att det ansågs finnas en risk med att använda fasta svarsalternativ då Aitken (1969) menar att ett

begrepp kan ha olika innebörd för olika personer. För att undvika missförstånd och felskattning var skalornas ändvariabler konsekventa genom hela enkäten. Som alternativ till skattningsskalan fanns även variabeln ”ej aktuellt” där formuleringen var ”*Om Du inte utfört sysslan kryssa i ”ej aktuellt”*”. Denna variabel skulle anges då sysslan inte varit en del av personens aktivitetsrepertoar under gipstiden. Tolkningen kunde dock varit att variabeln skulle anges om sysslan undvikts p.g.a. gipset. För att undvika missförstånd kunde formuleringen varit tydligare. Kommentarsfälten kompletterade de slutna frågorna i enkäten och gav en djupare förståelse av skattningen (Kristensson, 2014). Då Wilcock (2006) menar att meningsfulla aktiviteter är avgörande för vårt välmående hade det varit en intressant aspekt att även fråga deltagarna om hur de upplevde aktiviteternas meningsfullhet. Eftersom att det var många av deltagarna som angivit ”ej aktuellt” i delmomentet *stryka* skulle detta moment kunnat exkluderas. Vidare skulle transport kunna inkluderas som en kategori med delmoment som t.ex. cykla och köra bil. Att kunna transportera sig kan vara en förutsättning för delaktighet och social interaktion som Eklund (2010) menar är kopplat till vår upplevda hälsa. Vid frågan om upplevt *allmänt välmående* skulle det behövts preciserats att det var upplevelsen av välmående p.g.a. gipset som efterfrågades eftersom andra omständigheter i deltagarens liv kan påverkat skattningen. Även en kompletterande fråga om deltagarens mående innan operation hade gett en tydligare uppfattning av gipsets påverkan.

Ett exklusionkriterium var att deltagarna inte fick ha annan skada i motsatt hand som kunde påverka aktivitetsutförandet. Eftersom man kan ha artros i båda händerna (Runnquist, Cederlund & Sollerman, 1992) exkluderades inte de personerna. Detta kan ha haft inverkan på resultatet eftersom det eventuellt kan medföra funktionsbegränsningar även i den icke opererade handen.

För att nå fler deltagare delades enkäten ut i pappersform på klinikerna, vilket också var ett sätt att försäkra sig om att den delades ut vid rätt tidpunkt, d.v.s. vid avgipsningstillfället. Stressade och ogenomtänkta svar från deltagarna på grund av tidspress kan leda till ett felaktigt resultat (Kristensson, 2014), därför gavs alternativet att ta med den hem för ifyllnad. Således medföljde ett returkuvert.

Sex veckor efter att datainsamlingen påbörjades gjordes en uppföljning. Om en studie har för få deltagare kan det medföra att resultatet inte blir tillförlitligt (SBU, 2003), dock kan den användas som pilotstudie för vidare forskning. På grund av bl.a. vårdplatsbrist förlöpte inte insamlingen som förväntat, vilket ledde till att ytterligare kliniker kontaktades för att fånga

upp fler deltagare. Antalet kliniker eller den geografiska spridningen ansågs inte ha påverkat resultatet, snarare sågs det som en styrka.

Det sågs en fördel med att kategorisera deltagarnas skattning för att inte värdera rådata från en deltagares upplevelse mot en annans. I efterhand upptäcktes brister i att behandla och presentera data på detta sätt då det medförde otydligheter för hur spridningen inom de olika kategorierna såg ut. Som följd kunde intressanta resultat gått förlorad, vilket eventuellt kunde åtgärdats genom ett utökat antal kategorier. Som alternativ till vald analysmetod kunde medianvärde använts.

## **6. Konklusion**

Denna studie beskrev personers upplevda förmåga av sitt aktivitetsutförande och upplevda hälsotillstånd under gipsningstiden efter en tumbasplastik. Studien visade att personer som opererats i sin dominant hand upplevde generellt större svårighet i utförandet, samtidigt var upplevt hälsotillstånd relativt bra oberoende vilken hand som opererats. Vidare visade sig moment med tvåhandsgrepp vara svårt för majoriteten av samtliga deltagare, medan enhandsgrepp upplevdes lättare av de som opererats i icke dominant hand. Utifrån resultatet framhövs betydelsen av att ge information och tips på strategier och hjälpmedel för att underlätta personens aktivitetsutförande. Det är viktigt att kartlägga klients aktivitetsrepertoar och vilka aktiviteter denne upplever meningsfulla. Studien belyste även vikten av att ta hänsyn till vilken hand som opererats och vilka svårigheter i aktivitetsutförande det kunde medföra, och därmed behovet av anpassade strategier och hjälpmedel. Ytterligare studier bör göras med större antal deltagare för att få ett generaliserbart resultat, även skattning gällande delaktighet och meningsfullhet bör inkluderas.

## 7. Referenser

Aitken, RCB. (1969). Measurement of Feelings Using Visual Analogue Scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62, 989-993.

Angst, F., John, M., Goldhahn, J., Herren, D.B., Pap, G., Aeschlimann, A., et al. (2005). Comprehensive assessment of clinical outcome and quality of life after resection interposition arthroplasty of the thumb saddle joint. *Arthritis Care and Research*, 53, 205–213. doi: 10.1002/art.21085

Ataker, Y., Ece, S., Canbulat, N., Gudemez, E. & Gulgonen, A. (2012). Rehabilitation protocol after suspension arthroplasty of thumb carpometacarpal joint osteoarthritis. *Journal Of Hand Therapy*, 25(4), 374-383. doi:10.1016/j.jht.2012.06.002

Armstrong, C. A. & Oldham, J. A. (1999). A Comparison of Dominant and Non-dominant Hand Strengths. *Journal of Hand Surgery (British and European Volume, 1999)* 24B(4), 421-425. Från [http://ac.els-cdn.com/S026676819990236X/1-s2.0-S026676819990236X-main.pdf?\\_tid=c2a444ae-89f4-11e4-a98b-00000aacb361&acdnat=1419264695\\_49f897f750074e229a46a6e241cd6204](http://ac.els-cdn.com/S026676819990236X/1-s2.0-S026676819990236X-main.pdf?_tid=c2a444ae-89f4-11e4-a98b-00000aacb361&acdnat=1419264695_49f897f750074e229a46a6e241cd6204)

Bell, J. (2000). Introduktion till forskningsmetodik. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bergström, K. (2014). *Diagnoser: Primär Artros*. Hämtad 22 dec, 2014, från Sahlgrenska Universitetssjukhuset, <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/5/Verksamheter/Handkirurgi-och-Plastikkirurgi/Undervisning/Handkirurgi-undervisning/Kandidater/Diagnoser/#Primarartors>

Brodén, S. (2010). *Till dig som ska opereras med tumbasartroplastik* [Broschyr]. Kristianstad: Informateket, CSK – Centralsjukhuset Kristianstad. Från <https://www.skane.se/upload/Webbplatser/CSK/patinfo/ortoped/tumbasartroplastik.pdf>

Chug, M., Williams, N., Benn, D. & Brindley, S. (2014). Outcome of uncemented trapeziometacarpal prosthesis for treatment of thumb carpometacarpal joint arthritis. *Indian Journal Of Orthopaedics*, 48(4), 394-398. doi:10.4103/0019-5413.136270

- Cooper, C. (2008). Hand Impairments. In M.V. Radomski & C.A.T. Latham (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction*. (pp. 1131-1170). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (3. ed.) Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Davis, C. (2013). *SPSS for applied sciences [Elektronisk resurs] : basic statistical testing*. Melbourne: CSIRO Publishing.
- Eggeby, E. & Söderberg, J. (1999). *Kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB
- Eklund, M. (2010). Aktivitet, hälsa och välbefinnande. I M. Eklund, B.Gunnarsson & C. Leufstadius (red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering*. (s. 19-40). Lund: Studentlitteratur.
- Erlandsson, L. & Persson, D. (2014). *ValMo-modellen: ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ernst Bravell, M. (2013). Biologiskt åldrande. I M. Ernst Bravell (Red.), *Äldre och åldrande – Grund bok i gerontologi*. (s. 93-117). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA). (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992, reviderad 2004 och 2012*. ([5.], rev. uppl.) Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. (2., [utök. och kompletterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Heyworth, B. E., Lee, J. H., Kim, P. D., Lipton, C. B., Strauch, R. J. & Rosenwasser, M. P. (2008). Original scientific article: Hylan Versus Corticosteroid Versus Placebo for Treatment of Basal Joint Arthritis: A Prospective, Randomized, Double-Blinded Clinical Trial. *Journal Of Hand Surgery*, 3340-48. doi:10.1016/j.jhsa.2007.10.009
- Huskisson, EC. (1974). Measurement of pain. *The Lancet*. 9: 1127-1131.
- Jacobson, M. (1994). *Kläder som språk och handling: om unga kvinnors användning av klädseln som kommunikations- och identitetsskapande medel = [Clothes, speech and action] :*

[about young women's use of clothing as a means of communication and identity creation].

Diss. Umeå : Univ. Stockholm.

Kielhofner G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3<sup>rd</sup>ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company.

Kielhofner, G. (2012). *Model Of Human Occupation; teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kjeken,I., Darre, S., Slatkowsky-Cristensen, B., Hermann, M., Nilsen, T., Eriksen, C. & Nossun, R. (2013). Self-management strategies to support performance of daily activities in hand osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2013;20:29–36

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kristoffersen, N. J. (Red.). (1998). *Allmän omvårdnad. 3: Patient och sjuksköterska - kropp, behov och metoder*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Lind, L. (2001). *Handbok i medicinsk och biologisk forskning*. Stockholm: Liber.

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

Lundborg, G. (2011). *Handen och hjärnan: från Lucys tumme till den tankestyrda robothanden*. Stockholm: Atlantis.

Lundborg, G. & Björkman, A. (2015). *Handkirurgi*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

MacGregor, A. J., Li, Q., Spector, T. D. & Williams, F. K. (2010). The Genetic Influence on Radiographic Osteoarthritis if Site Specific at the Hand, Hip and. *Romanian Journal Of Rheumatology*, 19(2), 107-111.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.



Moriatis Wolf, J., Turkiewicz, A., Atroshi, I. & Englund, M. (2014). Prevalence of doctor-diagnosed thumb carpometacarpal joint osteoarthritis: an analysis of Swedish health care. *Arthritis Care & Research*, 66(6), 961-965.

Nationalencyklopedin (NE). (1992). "Hänthet". Band 9, s. 264. Höganäs: Bra böcker.

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB

Poole, J. L., Walenta, M. H., Alonzo, V., Coe, A. & Moneim, M. (2011). A Pilot Study Comparing of Two Therapy Regimens Following Carpometacarpal Joint Arthroplasty. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 29(4), 327-336.

doi:10.3109/02703181.2011.613530

Radomski, M. V. & Trombly, C. A. (2008). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Region Skåne. (2010). *Till dig som ska opereras med Tumbasartroplastik: Råd under gipsningstiden* [Broschyr]. Kristianstad: Informateket, CSK

Runnquist, K., Cederlund, R. & Sollerman, C. (Red.). (1992). *Handens rehabilitering: Undersökning, Behandling*. Lund: Studentlitteratur AB.

Ryff, C. D. & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.

Skånes universitetssjukhus (SUS). (u.å.). *Råd angående belastning av handen efter tumbasplastik*. [Broschyr]. Malmö: Rehabiliteringsavdelningen Handkirurgiska kliniken Malmö.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2003). *Undvik fallgropar när forskningen sammanfattas*. Hämtad 2015-10-23, från <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap-Praxis/Vetenskap-och-praxis/2053/>

Södersjukhuset (2009). *Information till dig som har tumbasartros: Efter operationen*. [Broschyr]. Stockholm: Södersjukhuset

Theorin, A. (2009). *To select one hand while using both: neural mechanisms supporting flexible hand dominance in bimanual object manipulation*. Diss. (sammanfattning) Umeå : Umeå universitet, 2009. Umeå.

Theorin, A. & Johansson, S. R. (2010). Selection of Prime Actor in Humans During Bimanual Object Manipulation. *The Journal of Neuroscience*, 30(31), 10448-10459. doi: 1523/JNEUROSCI.1624-10.2010

Vetenskapsrådet (VR). (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare: Slack.

World Health Organization (WHO). (1948). *Constitution of the Health Organization*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2008). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2014) *Chronic rheumatic conditions: Osteoarthritis*. Hämtad 19-12-2014, från <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

## Skala för bedömning av aktivitetsutförandet under gipsningstiden

Syftet med dessa frågor är att utvärdera Din upplevda förmåga av utförandet i vardagsaktiviteter och Ditt upplevda hälsotillstånd under gipsningstiden. Vi vill utifrån **Din åsikt** veta hur tiden med gips har påverkat Dig och vilka eventuella begränsningar det har inneburit.

Du kommer att få besvara frågor om olika sysslor i vardagen. Vi ber Dig att skatta på en skala hur Du upplevde utförandet i vardagsaktiviteter.

---

Vänligen fyll i informationen nedan

---

Jag är: \_\_\_\_\_ år

Jag är:  Man  Kvinna

Jag är:  Högerhänt  Vänsterhänt

Jag är opererad i:  Höger hand  Vänster hand


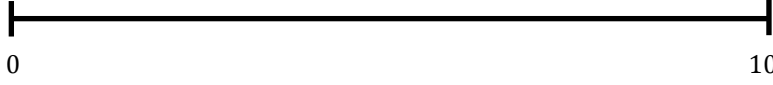


Sätt **ett kryss** på strecket efter varje fråga för att gradera Din egen upplevelse.

Om Du inte utfört sysslan kryssa i ”ej aktuellt”.

Skriv i kommentarsfältet om Du vill tillägga ytterligare information.

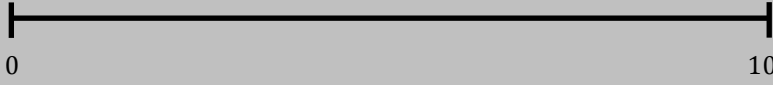
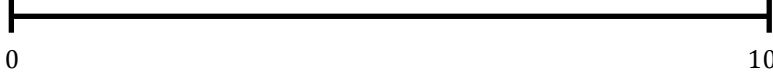


## 1. MATLAGNING

Under gipsningstiden, hur skulle Du bedöma Din förmåga att...

	Ingen svårighet	Omöjligt att göra	Ej aktuellt
a) hacka			<input type="checkbox"/>
b) hälla			<input type="checkbox"/>
c) röra			<input type="checkbox"/>
d) öppna burk			<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

## 2. PERSONLIG HYGIEN

Under gipsningstiden, hur skulle Du bedöma Din förmåga att...

	Ingen svårighet	Omöjligt att göra	Ej aktuellt
a) borsta tänderna			<input type="checkbox"/>
b) tvätta ansiktet			<input type="checkbox"/>
c) kamma håret			<input type="checkbox"/>
d) sminka/raka sig i ansiktet			<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

### 3. PÅKLÄDNAD

Under gipsningstiden, hur skulle Du bedöma Din förmåga att...

	Ingen svårighet	Omöjligt att göra	Ej aktuellt
a) knäppa knapp			<input type="checkbox"/>
b) knäppa dragkedja			<input type="checkbox"/>
c) dra på byxor/kjol			<input type="checkbox"/>
d) knyta skosnöre			<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

### 4. ÖVRIGT

Under gipsningstiden, hur skulle Du bedöma Din förmåga att...

	Ingen svårighet	Omöjligt att göra	Ej aktuellt
a) skriva för hand			<input type="checkbox"/>
b) hantera plånbok			<input type="checkbox"/>
c) stryka			<input type="checkbox"/>
d) diska för hand			<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

## 5. UPPLEVT HÄLSOTILLSTÅND

Med anledning av gipset, hur ofta har Du...

	Aldrig	Alltid	Ej aktuellt
a) undvikit aktiviteter			<input type="checkbox"/>
b) känt frustration			<input type="checkbox"/>
c) upplevt rädsla			<input type="checkbox"/>
d) upplevt smärta			<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

Under gipsningstiden, hur upplevde Du...

	Mycket bra	Mycket dålig	Oförändrad
e) Ditt allmänna välmående			<input type="checkbox"/>

Kommentar:

---

Tack för Din medverkan!

Fanny Johannesson & Linn Johansson



## LUNDS UNIVERSITET

### Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till enhetschef [REDACTED]

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”Jämförelse av aktivitetsutförandet hos personer som genomgått en tumbasplastik i sin dominanta eller sin icke dominanta hand.”

Syftet med vår studie är att jämföra aktivitetsutförandet under gipsningsbehandlingen hos personer som genomgått en tumbasplastik för tumbasartros i den dominanta eller den icke dominanta handen. Många ADL-aktiviteter, såsom matlagning och personlig vård, görs främst med den dominanta handen och en skada i den handen kan ha större inverkan än en skada i den motsatta.

Studien är en enkätbaserad självskattning av upplevd aktivitetsförmåga hos personer som genomgått en tumbasplastik för tumbasartros. Alla patienter får tillfrågas om deltagande, oavsett kön och ålder. Patienten måste kunna läsa och förstå svenska och får inte ha några andra skador i motsatta handen som på något sätt kan påverka aktivitetsutförandet. Datainsamling kommer fortlöpa till dess att önskat deltagarantal på minimum 30 personer uppnåtts. Insamlad data kommer överföras till datorprogrammet Excel och redovisas som beskrivande statistik.

Information kring studien kommer att ges muntligt av arbetsterapeut på kliniken och skriftligt i enkäten. Patienterna kommer att tillfrågas om att delta vid sitt sista avgipsningstillfälle. Samtycke inhämtas skriftligt i samband med accepterat deltagande, deltagandet är frivilligt och anonymitet garanteras. All data behandlas konfidentiellt och resultatet kommer att redovisas som beskrivande statistik.

Vi anhåller om att få hjälp av [REDACTED] arbetsterapeuter för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier. En skriftlig förfrågan till arbetsterapeuterna medföljer.

Ansökan kommer inte skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) efter beslut från handledare.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet.

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

Med vänlig hälsning  
Linn Johansson & Fanny Johannesson

## Blankett för medgivande av enhetschef

Titel på studien ” Jämförelse av aktivitetsutförandet hos personer som genomgått en tumbasplastik i sin dominanta eller sin icke dominanta hand.”

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande och titel

\_\_\_\_\_  
Verksamhetsområde





## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Nedan följer instruktioner för datainsamlingen till studien ”Jämförelse av aktivitetsutförandet hos personer som genomgått en tumbasplastik i sin dominanta eller sin icke dominanta hand.”

*Inklusionskriterierna* för att delta är att man ska ha genomgått en tumbasplastik för tumbasartros och varit gipsad i fyra veckor. *Exklusionskriterierna* för studien är personer som inte läser och förstår svenska. Deltagaren får inte ha några andra skador i motsatta handen som på något sätt kan påverka aktivitetsutförandet.

Förfrågan till patienten om deltagande i studien sker när denne kommer till kliniken för att ta bort gipset efter fyra veckor, förfrågan sker *efter* det att gipset avlägsnats.

Det kuvert som Ni delar ut till patienten innehåller ett informationsbrev om vår studie, en samtyckesblankett, en enkät samt ett adresserat, portofritt svarskuvert.

Patienten kan välja att fylla i enkäten och samtyckesblanketten på plats (på kliniken) för att sedan återlämna direkt till Er. Alternativt tar de med kuvertet hem, fyller i enkät och samtyckesblankett för att sedan lägga det i svarskuvertet och posta det till oss (Lunds universitet).

Enkäten består av fem kategorier (matlagning, personlig hygien, påklädning, övrigt & upplevt hälsotillstånd) med fyra-fem frågor under vardera kategorin och tar totalt ca 3-5 minuter att fylla i.

Ni får gärna bistå med svar om patienten har några frågor, information om vår studie finner ni i Informationsbrevet. Patienter är även välkomna att kontakta oss direkt vid eventuella frågor.

Med vänlig hälsning

Linn Johansson & Fanny Johannesson



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

## INFORMATIONSBREV

Information om deltagande

”Jämförelse av aktivitetsutförandet hos personer som genomgått en tumbasplastik i sin dominanta eller sin icke dominanta hand.”

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Tumbasartros är en av de vanligaste ledsjukdomarna och dess symptom kan resultera i svårigheter att utföra sina vardagsaktiviteter, såsom matlagning och att sköta sin personliga hygien.

Syftet med studien är att undersöka Din upplevda förmåga att utföra olika aktiviteter under gipsningsbehandlingen hos Dig som genomgått en tumbasplastik för tumbasartros. Vidare kommer en jämförelse att göras beroende på vilken hand som varit gipsad.

Den metod som kommer att användas är en enkätbaserad självskattning.

Efter att önskat deltagarantal uppnåtts kommer data sammanställas och analyseras. Resultatet kommer att presenteras som beskrivande statistik i kandidatuppsats på arbetsterapiprogrammet, januari 2016.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogade enkät så fullständigt som möjligt och återlämnar den på plats eller skickar tillbaka den i det adresserade, portofria svarskuvertet.

Ditt deltagande är helt frivilligt och Ditt val om medverkan kommer inte påverka Din behandling.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras och behandlas 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.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapiprogrammet.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss, eller till vår handledare

Med vänlig hälsning

Linn Johansson & Fanny Johannesson

**Samtyckesblankett**

Jag har tagit del av informationen om ” Jämförelse av aktivitetsutförandet hos personer som genomgått en tumbasplastik i sin dominanta eller sin icke dominanta hand”

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 delta i studien genom att fylla i bifogad enkät.

*Underskrift av undersökningsperson*

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer