



EXAMENSARBETE I ARBETSTERAPI, 15 hp

Fördjupningsnivå 1

Inom arbetssterapeutprogrammet, 180 poäng

Titel

Att klara sig med en hand. En kvalitativ studie av personer med flexorseneavskärning, under immobiliseringsperioden.

Författare

Ann Bergman
Leg. arbetssterapeut
Birgitta Verhagen
Leg. arbetssterapeut

Handledare

Anna-Lisa Thorén-Jönsson
Med dr., leg. arbetssterapeut, universitetslektor

Examinator

Gunilla Forsberg-Wärleby
Med dr., leg. arbetssterapeut

Sammanfattning

Bakgrund: Handen har stor betydelse för människan med sin förmåga att gripa och utföra precisionsarbete. Handen förmedlar kroppsspråk, ger trygghet och uttrycker känslor. En flexorsenskada i handen innebär att den drabbade handen inte får användas på sex veckor, vilket medför att man måste klara sig med en hand. Personer hanterar denna period på olika sätt, både praktiskt och upplevelsemässigt. Kunskap om detta behövs för att arbetssterapeuter skall kunna förbättra behandlingen. Om detta finns inte mycket skrivet och det har därför väckt vårt intresse.

Syfte: Att undersöka hur personer vid flexorsenskada, genomför dagliga aktiviteter vid immobilisering av ena handen i sex veckor samt hur de upplever denna period.

Metod: En kvalitativ metod användes. Fem personer, som behandlades på Handrehab Sahlgrenska Universitetssjukhuset, intervjuades. Intervjuerna spelades in på band och analyserades enligt Malterud.

Resultat: Vid analys av materialet framkom två teman med underteman. Temana är *strategier i det dagliga livet* samt *upplevelser under immobiliseringsperioden*. Personerna i undersökningen valde enkla lösningar vid praktiska problem eller bad om hjälp av andra. De gjorde avkall på kvalitet, förändrade aktivitetsmönster samt mobiliserade tålamod. Upplevelser under immobiliseringstiden har varierat för olika personer och i olika situationer. Frustration, passivitet och tristess men också positiva upplevelser som att få tid för vila framkom. Alla accepterar situationen.



RESEARCH PROJECT IN OCCUPATIONAL THERAPY,

15 credits

Advanced level 1

Within Occupational Therapy programme, 180 credits

Title

Managing with one hand. A qualitative study of the experiences during immobilisation following flexor tendon injuries.

Author

Ann Bergman
Reg. OT
Birgitta Verhagen
Reg. OT

Supervisor

Anna-Lisa Thorén-Jönsson
Ph. D., Reg. OT

Examiner

Gunilla Forsberg-Wärleby
Ph. D., Reg. OT

Abstract

Background: The hand is of significant importance for human beings owing to its ability to grip and carry out precision work. The hand conveys body language, gives a sense of security and is also used to express feelings. People who have suffered a flexor tendon injury must use only one hand for a period of six weeks. People cope in different ways during this period both practically and experience wise. Knowledge concerning this area is needed in order for Occupational Therapists to improve treatment. Very little has been written on this topic and this has aroused our curiosity.

Purpose: To investigate firstly how people with a flexor tendon injury carry out their daily activities whilst having one hand immobilised for six weeks and secondly how they experience this period.

Method: A qualitative method was used. Five people receiving treatment at the Hand rehabilitation clinic at Sahlgrenska University Hospital were interviewed. The interviews were taped and analysed according to Malterud.

Results: The analysis resulted in two themes with subthemes. These are *strategies in daily life* and *experiences during immobilisation*. The people in the investigation coped either by using simple solutions for practical problems or by asking others for help. They also accepted a lower quality, changed pattern of activity and used a greater degree of patience. Experiences during the period of immobilisation varied for different people and different situations. These ranged from frustration, passivity and boredom to positive experiences such as taking time to rest. Everybody accepted their situation.

Keywords: Occupational Therapy, hand injuries, rehabilitation, tendon injuries

Innehållsföreckning

Bakgrund	4
Syfte	6
Metod	6
Urval och undersökningsgrupp.	6
Genomförande	6
Databearbetning	7
Resultat	8
Strategier i dagliga aktiviteter	8
Praktisk problemlösning	8
Mobilisera tålamod.....	9
Göra avkall på kvalitet	9
Ta emot hjälp av andra	9
Förändra aktivitetsmönster	10
Upplevelser under immobiliseringsperioden	10
Frustration	10
Passivitet.....	11
Tristess	11
Uppehåll i arbetslivet	11
Acceptans	11
Andras välvilja och förvåning	11
Diskussion	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	13
Referenser	17
Bilaga 1	19
Bilaga 2	20
Bilaga 3	21
Bilaga 4	22
Bilaga 5	23

Bakgrund

Att vara aktiv är grunden för alla levande varelser och deltagandet i aktiviteter är en nödvändig komponent i människans fysiska och psykiska välbefinnande. Störningar i aktivitetsfunktionen kan orsaka andra störningar, exempelvis sociala (1). Reilly (2) hävdar att människan, genom att använda sina händer, med den kraft hon får från själ och vilja, kan påverka sitt eget hälsotillstånd. Handen är nödvändig för många av människans aktiviteter med sin förmåga att gripa och utföra precisionsarbete och den påverkar vilket intryck vi ger (3,4,5). Handens känsel gör att det går att känna sig fram utan att se, den tar emot vid fall och skyddar oss därigenom mot skador. Handen förmedlar mycket av kroppsspråket, med handen vidrör vi, ger trygghet och uttrycker känslor. Förlust av handfunktion genom skada eller sjukdom påverkar alltså mycket mer än de mekaniska uppgifter som handen utför (3). En handskada kan påverka den skadades och dennes familjs livssituation, ekonomiskt och socialt och påverkar varje daglig aktivitet (3,4).

Handskador är vanligt förekommande, 20-25 % av olycksfallen vid en akutklinik utgörs av handskador och vid ungefär en tredjedel av alla arbetsskador rör det sig om handskador (4). Flexorsenskador behandlas enbart på landets sju handkirurgiska kliniker. På handkirurgiska kliniken i Göteborg, som har upptagningsområde Västra Götaland samt norra Halland, behandlades år 2007 74 patienter (medelålder 34 år) med denna skada (Flexorsenskaderegistret, Svensk Handkirurgisk Förening, opublicerat material).

Handens anatomi är komplex och handkirurgi kan kallas ”glidyornas kirurgi”. Till varje finger finns det två böjsenor. En längre som ligger djupast, Flexor Digitorum Profundus (FDP) och en kortare som ligger ytligast, Flexor Digitorum Superficialis (FDS). Flexorsenskador i området mellan det distala böjvecklet i handen och fästet av FDS ses som svårast att behandla därför att senorna där löper i tunna senskidor innanför ett fibröst pulleysystem bestående av volara tvärgående band som håller kvar senan vid benet samt att ärrbildning ger sammanväxningar (3,4). Detta område kallas zon II eller ”no mans land” (3). Inom zon II repareras senan vanligen akut. Många olika metoder av postoperativ behandling används med det gemensamma målet att underlätta glidning för senan och minimera sammanväxningar (3).

På handkirurgiska kliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) tillämpas eftervård enligt May (6), som är en modifierad form av Kleinerts (7) metod. Patienten kommer till handkirurgiska kliniken akut efter skadan. Senan eller senorna och eventuella andra skador, sutureras så snart som möjligt. Dagen efter operationen träffar patienten en arbetsterapeut, som konstruerar ett gummibandsdrag på befintligt gips och som patienten behåller i fyra veckor. Om enbart tummen är skadad får endast denna gummibandsdrag, om det är någon av de andra fingrarna som är skadad får alla fyra fingrarna gummibandsdrag. Detta håller fingrarna i flexion men tillåter att patienten sträcker på fingrarna och låter gummibandet dra tillbaka dem i flexion. Dagtid skall patienten träna aktiv extension och passiv flexion samt göra en försiktig kontraktion då fingrarna förhåller sig i maximal passiv flexion. Detta skall patienten upprepa tio gånger vid tio tillfällen utspridda över dagen. Dessutom skall patienten, som ödem- och kontrakturprofylax, göra tio ”armar uppåt sträck” per timma under dagen samt dygnet runt ha handen i högläge i största möjliga utsträckning. Till natten får patienten en volar platta som håller proximala interphalangealeden (PIP-leden) och distala interphalangealeden (DIP-leden) i extension. De flesta patienter är ineliggande i två dagar efter operation, för att starta träningen (6). Efter fyra veckor får patienten ett nytt gips som stödjer handleden men inte fingrarna. Detta behålles i två veckor. Han eller hon har nu inte

kvar gummibandsdraget men däremot extensionsplattan till natten. Det är nu tillåtet att böja försiktigt på fingrarna aktivt (6).

I de flesta fall efter en handskada uppmanas patienten att använda handen i så stor utsträckning som möjligt (8). Vid en flexorsenskada däremot är det motsatt förhållande (6). Vid första besöket hos arbetsterapeuten får patienten noggranna instruktioner om att varken använda hand eller arm över huvud taget under de första sex veckorna. Därefter får patienten börja att försiktigt använda handen med successiv stegring av belastningen. Exempelvis får patienten bara utföra lätta aktiviteter så som att hålla en bulle eller att röra i en kaffekopp den första aktiva veckan. Andra veckan ökas belastningen så pass att det tillåts att hålla ett äpple med den skadade handen. Först efter tolv veckor tillåts full belastning (6). Allt detta för avvägningen av att låta senan glida i senskidan men inte belasta så att den kan gå av. Alla patienter kommer till arbetsterapeut för behandling och uppföljning vid minst sex tillfällen efter skadan. Därutöver sker behandling och uppföljning efter behov.

Enligt McMillan (9) är det lämpligt att arbeta utifrån en biomekanisk referensram för att förhindra försämring, upprätthålla rörlighet samt för att återställa rörlighet och därmed kunna utföra dagliga aktiviteter igen. Arbetsterapeuten använder ett Top-Down perspektiv, men olika yrkesgrupper kan använda olika förhållningssätt vilket innebär att den biomekaniska modellen blir olika beroende på vem som använder den (9). Frågan om någon av Bottom-Up eller Top-Down är bättre än den andra ställs av Gwen Weinstock-Zlotnick (10). Ett Top-Down perspektiv börjar med att utreda roller och mening och vilka aktiviteter som styr olika roller, för att sedan bedöma och behandla färdigheter. Ett Bottom-Up perspektiv börjar däremot med grundläggande faktorer för att bedöma och behandla personers begränsningar, svårigheter och styrkor. Därifrån går man vidare till hur detta påverkar aktivitetsutförande. I artikeln framgår att Bottom-Up perspektivet är lämpligt då problemet är fysiskt där tiden är bråd för att behandla innan det är för sent och skadan blir permanent och därmed förhindrar aktivitetsutförande i framtiden. Artikeln beskriver att arbetsterapeuten måste ha ett klientcentrerat förhållningssätt för att välja det lämpligaste perspektivet. Att använda ett klientcentrerat förhållningssätt framhålls också i Etisk kod för arbetsterapeuter (11).

Immobilisering i en hand påverkar aktiviteter i hög grad. Små och stora uppgifter blir svåra eller omöjliga att utföra (4). Det finns endast begränsad litteratur som beskriver copingstrategier hos patienter kort efter traumatisk handskada. I en studie av patienter med allvarliga traumatiska handskador löste patienterna sina praktiska problem genom att söka hjälp av andra eller genom att lösa problemen själva med praktiska anpassningar och knep (12). De kunde också ge upp aktiviteter som inte längre gick att utföra. Patienterna använde copingstrategier för att bemöta den tillfälliga situationen och synen på framtiden exempelvis genom att jämföra med någon värre situation de varit med om eller som kunde ha uppstått vid olyckstillfället. Patienterna använde sig också av positivt tänkande, att lita på sin egen personliga förmåga, distansering från problemet och att distrahera tankarna. En del menade att de fick acceptera situationen, flera sökte socialt stöd hos omgivningen medan andra ville behålla kontrollen själv och avvisade därför hjälp (12). I en annan studie där personer med flexorsenskador intervjuades tolv veckor efter skada, framkommer att erfarenheten vid flexorsenskada av denna art har en signifikant inverkan på livet (13). Det framkom i studien att personerna minimerade konsekvenserna av skadan och var nöjda med hur de klarat perioden men att de egentligen hade haft stora problem. De tappade självförtroende och motivation som återkom först då handen fungerade bra igen. De var beroende av hjälp från andra, framför allt nära familj och vänner. Vidare kände de frustration, förlorade sina vanliga roller och blev uttråkade.

Endast en artikel har hittats som belyser hur patienter klarar sig praktiskt samt upplever immobilisering av en hand under en begränsad tid (13). Den undersökningen var dock gjord i England och förhållandena där kan skilja sig från de i Sverige vad gäller kultur, sjukvårdsbehandling eller sjukskrivningens längd. Därför kvarstår behovet av att få mer kunskap så att arbetsterapeuter skall kunna förbättra behandlingen efter en böjsenskada.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur personer, vid immobilisering av ena handen i sex veckor i samband med flexorsenskada, genomför dagliga aktiviteter samt hur de upplever denna period.

Metod

För att undersöka hur personer genomför dagliga aktiviteter och upplever tiden vid immobilisering av ena handen i sex veckor, i samband med flexorsenskada, valdes en kvalitativ metod. Detta för att den dels lämpar sig vid undersökning av ett nytt område, som det handlar om i detta fall och dels är lämplig för att studera hur människor upplever och erfar sin värld (14).

Urval och undersökningsgrupp.

Undersökningsgruppen bestod av två män och tre kvinnor i åldern 26 – 55 år, medianålder 29 år, som var opererade på handkirurgiska kliniken på SU. Inklusionskriterier var att de skulle vara opererade med sutur av flexorsena eller flexorsenor samt kunna kommunicera på svenska utan tolk. Även personer med nerv- eller blodkärlsavsättning inkluderades i studien. Exklusionskriterier var om personen hade ytterligare skador, betydande annan sjukdom eller missbruk. Vid urvalet eftersträvades olikheter hos dem som skulle ingå i undersökningsgruppen, såsom variationer i ålder, kön, civilstånd och hemmavarande barn. Personerna i undersökningsgruppen var alla yrkesverksamma. Där fanns ensamboende och sammanboende, personer med äldre och yngre barn, både landsbygd och stad var representerade liksom boende i såväl hus som lägenhet. Samtliga personer hade varit sjukskrivna hela immobiliseringsperioden av sex veckor.

Genomförande

Kontakt togs med verksamhetscheferna för handkirurgiska kliniken och arbetsterapiverksamheten inom SU (bilaga 1, 2) samt enhetschefen för arbetsterapienheten SU/Sahlgrenska (bilaga 3) för tillstånd till denna studie. Personerna tillfrågades och informerades muntligt och skriftligt (bilaga 4) om deltagande i studien av behandlande arbetsterapeut, vid återbesök en eller två veckor efter skadan. De informerades då om att all data skulle komma att behandlas konfidentiellt och att deltagandet var frivilligt. Efter detta gav sedan personerna muntligt svar om deltagande eller ej.

Intervjuerna gjordes på Handrehab, i samband med återbesök på kliniken sex veckor efter skadan. Frågeområdena (bilaga 5) omfattade både praktiskt utförande och upplevelser. Praktiskt utförande handlade om personlig vård, boende såsom matlagning, tvätt, städning, inköp och trädgårdsarbete, fritid såsom umgänge och nöjen samt arbete. Upplevelser handlade om hur personerna har känt sig under dessa sex veckor och hur de upplevt omgivningens

reaktioner. Innan själva intervjun påbörjades ställdes bakgrundsfrågor, om vilken hand de skadat, boende och arbete.

Den av författarna som inte arbetade på Handrehab vid intervjutillfället, genomförde intervjuerna, som spelades in på band. Detta ledde till att båda författarna genomförde intervjuer. Intervjuerna varade i cirka 30 minuter. Först genomfördes en provintervju. På grund av dess innehållsrikedom behölls denna. Båda turades om att skriva ut intervjuerna ordagrant efteråt, så nära i tiden som möjligt.

Databearbetning

Datamaterialet analyserades kvalitativt, enligt Malterud (14). Det var inte möjligt att få mättnad i analysmaterialet inom ramen för detta arbete.

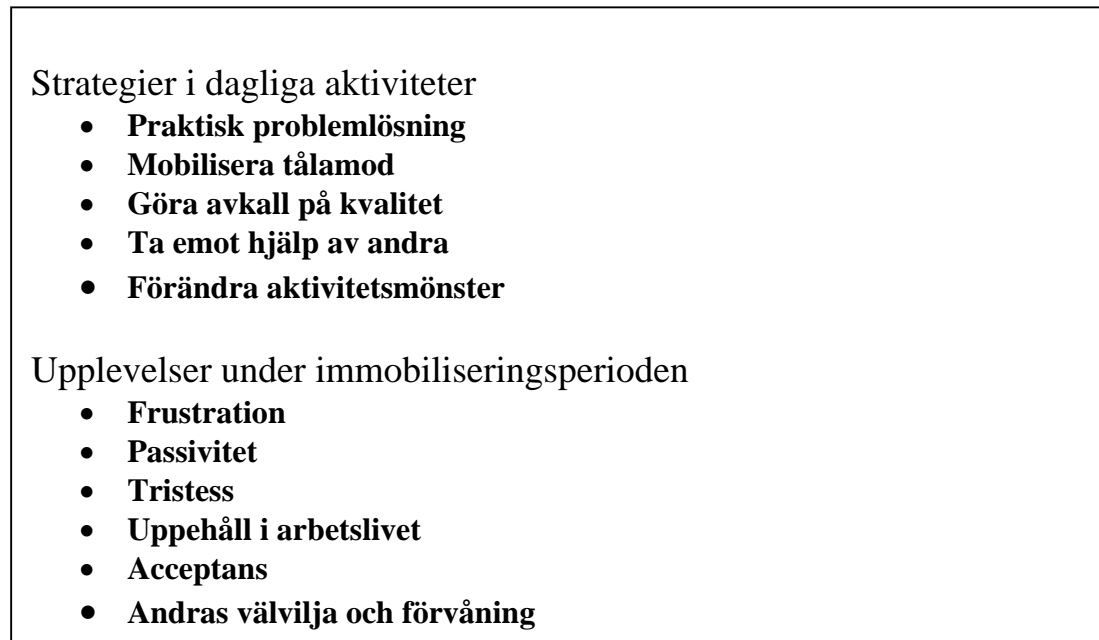
Intervjuerna lästes igenom för att få ett helhetsintryck av innehållet. Därefter ströks meningsbärande enheter under och numrerades konsekutivt. Parallellt med detta kodades de meningsbärande enheterna och grupperades. Varje intervju kodades var för sig, i första hand användes befintliga kodord som framkommit i tidigare analys. Nya kodord tillkom dock vid kodning av varje intervju.

Då den första kodningen inte var tillfredsställande eftersom den inte svarade mot syftet genomfördes en ny kodning med alla meningsbärande enheter samtidigt. Då trädde nya kodord fram och en del av de tidigare behölls. Dessa grupper av meningsbärande enheter med kodord kondenserades och fördes samman till teman som sammanfattade vad materialet visade som svar på syftet med denna studie.

Citat används i resultatdelen för att belysa varje tema. För att anpassa citaten till skriftspråk har mindre justeringar gjorts dock utan att innebörden ändrats (15). När citat tagits ur en mening inleds citatet med tre punkter (...) och när något utelämnats markeras citatet med tre punkter inramat av snedstreck (/.../) (16). Hakparentes [...] har använts för att förtydliga ord i citat.

Resultat

Vid analys av intervjumaterialet framkommer två teman med underteman (figur 1). Dessa visar hur personerna har klarat av att under sex veckor vara immobiliserade och under denna tid bara kunna använda en hand. Temana visar både strategier för att lösa praktiska göromål men också upplevelsen av immobiliseringsperioden under dessa sex veckor.



Figur 1 Sammanställning över teman och underteman som belyser hur personer klarar dagliga aktiviteter och upplever immobiliseringsperioden, då endast en hand får användas under sex veckor, i samband med flexorseneavskärning.

Strategier i dagliga aktiviteter

Personerna använder olika strategier för att klara av sitt dagliga liv. Var och en finner sina lösningar med förändringar och anpassningar. Dessa strategier kräver tålamod då det mesta tar längre tid att utföra. Sämre kvalitet accepteras i somliga fall. Vad man tar hjälp med respektive klarar själv varierar men alla tar emot hjälp i större eller mindre grad och allra mest av nära anhöriga. Somliga aktiviteter avstår man ifrån och ibland påverkas personerna i hög grad.

Praktisk problemlösning

För att bli självständiga gör personerna anpassningar av olika slag. Det används föremål som underlättar, såsom borste med långt skaft att tvätta sig med eller kläder och skor som är lätta att ta på. Vid matlagning föredras rätter som är lätta att äta med ett bestick.

”Det har väl gått bra men jag...jag tänker på vad jag lagar för mat...om man säger så. För det är ju inget som jag inte kan äta med en hand. Så det måste vara mjukt och...jag äter bara med gaffel alltså.”

Vidare förenklas utförandet av aktiviteter såsom att hålla schampot direkt i håret och man står kvar länge för att kunna skölja ur eller att använda skivat bröd och pålägg. Att använda mothåll med hjälp av föremål eller med hjälp av kroppen är ett annat sätt att lösa praktiska göromål. För att kunna breda smörgåsen själv placeras brödskivan med ett mothåll.

Att kompensera med kroppen genom att hålla fast hunden med knäna när denna snabbt skall kopplas upp vid promenad. Det framkommer att den skadade handen används någon gång men med försiktighet såsom när bh:n skall tas på eller hjälpa till med oskadat finger på skadad hand för att kunna klä sitt barn. Personerna har löst sin vardag, var och en på sitt sätt. Det sägs sammanfattningsvis att det gäller att hitta på nya lösningar till allting och att allt praktiskt går att lösa om man bara vill.

Mobilisera tålamod

Att aktiviteter tar längre tid eller är besvärliga är en vanlig åsikt. Till exempel gäller det att sköta personlig hygien och att klä på sig. Finmotoriska moment som att klara dragkedjor och knappar är besvärligt. Bestyr runt maten uppges som krångligt och tidsödande, liksom instrumentella dagliga aktiviteter såsom att hänga tvätt. Däremot går det bra att sitta vid datorn även om det tar längre tid än normalt. Generellt är det mycket som kräver tålamod men personerna tycker ofta att det får ta den tid det tar.

” Man klarar ju av det fast det tar ju sådan tid. Bara en sådan sak som att duscha. Det är ju inte bara att hoppa in i duschen längre. Det ska vara påsar och det ska vara tejp och det ska vara grejer.”

Göra avkall på kvalitet

Personerna gör alla avkall på kvaliteten vid utförande av aktiviteter i det dagliga livet. De påverkas olika mycket av detta. En del tar det naturligt medan det för andra är mer kännbart, påfrestande, en större förlust. Det är framför allt vid personlig vård som kvalitetsförsämring framkommer. Detta kan innebära att duscha mer sällan eller inte skölja ur håret tillräckligt bra. Det kan yttra sig i att göra enklare håruppsättningar än vanligt eller att avstå från make up. Sämre bordsskick rapporteras, såsom att bita av köttbiten i stället för att skära. Angående hushållsarbete och fritid tar personerna upp färre situationer om avkall på kvalitet. Det handlar om att bädda på enklare sätt, att inte nå överallt med dammsugaren och att trädgården blir sämre efterhållen. Inte någon stryker sin tvätt trots att de brukar göra det.

”Det går att damma med vänster, och så dammsugarslangen den virar man runt så här och så kör du med vänster. Det kanske inte blir riktigt lika rent men någorlunda.”

Ta emot hjälp av andra

Samtliga personer ber om och får hjälp, då till allra största delen av nära anhöriga. Det kan ibland vara svårt att acceptera hur någon annan utför det man själv brukar göra om resultatet inte upplevs tillfredsställande. I hög grad varierar det vad personerna får hjälp med. Dock klarar sig ingen helt själv. Vid personlig vård får en del hjälp med dusch och vid måltider behövs hjälp för att skära kött. Matlagning utförs i normal eller mindre utsträckning än vanligt men ingen utför detta helt självständigt. Tvåhandsaktiviteter såsom att diska, städa och sköta tvätt har personerna fått hjälp med under denna period.

”Byta påslakan kan jag ju glömma. Det har ju han fått göra. För det klarade jag inte. Där gick begränsningen”.

Att sköta ett litet barn har varit svårt och inte kunnat utföras utan hjälp. Av trädgårdsskötsel har till exempel gräsklippning övertagits av partnern.

Förändra aktivitetsmönster

Alla personer som intervjuats har på något sätt förändrat sitt aktivitetsmönster under perioden. Det kan innebära att lägga till nya vanor, exempelvis intas måltider hos föräldrar i stället för att laga mat själv. Det kan innebära en ökning av uppskattade aktiviteter, såsom att läsa eller att umgås mer än vanligt. Vidare att utföra aktiviteter som utfyllnad trots att de inte är särskilt roande såsom att promenera, åka buss till staden eller sitta vid dator och TV.

”Att sitta vid datorn och så går ju..., det tar ju längre tid med det fungerar. Jag har ju inte så mycket annat att göra /.../ Datorn är väl inte så spännande.”

Det kan också innebära att utföra aktiviteter i mindre utsträckning än vanligt såsom att vara ute mindre på kvällarna och att träffa färre människor. Till sist innebär det också att helt avstå från aktivitet.

”Jag har ju inte haft några gäster här under den här tiden, inte direkt så, så att jag har bjudit på någonting, för det fixar jag ju inte.”

Somliga aktiviteters frånvaro har präglat dagarna mycket men att avstå från bilkörning har varit det mest framträdande. Det har påverkat personernas aktiviteter mycket genom att inköp, hälsa på vänner med mera har försvårats.

Upplevelser under immobiliseringsperioden

Immobiliseringstiden upplevs påfallande olika av de intervjuade personerna. Alla upplever dock frustration framför allt av ökad tidsåtgång i många aktiviteter. Passivitet finns när man tappat initiativförmågan då gamla vanor och roller faller bort. Med passiviteten blir det också tristess. Också upplevelser av att njuta av den lediga tiden och att vara ifrån arbetet en period uttrycks. Omgivningen upplevs tillmötesgående men förvånad över den långa sjukskrivningstiden.

Frustration

Att bara få använda ena handen uttrycks som ”att känna sig handikappad” och fastlåst eller onyttig när man ser vad som behöver göras men inte kan. Påklädning upplevs som frustrerande generellt och att ta på byxorna i synnerhet. En person berättar att det svåraste var att lyssna på barnet som grät på natten och själv inte kunna göra något åt det. Det är frustrerande att be någon göra sysslor som brukar utföras av personen själv och att personen själv bara kan peka. Att träna handen tio gånger per dag kan kännas som något man får tvinga sig till och som hindrar annan aktivitet. Någon tycker att allting är frustrerande i början, då finns känslan av att inte kunna göra någonting alls. Någon uttrycker att det inte är en omöjlighet att klara perioden men att det är påfrestande.

”Man blir ju fruktansvärt arg på sig själv. Det tar ju sådan tid allting. /.../ Man blir ju väldigt frustrerad alltså emellanåt. Man klarar ju av det fast det tar ju sådan tid.”

Passivitet

Att inte kunna använda sin skadade hand leder ibland till passivitet. Att inte kunna göra vad man brukar och inte veta om man klarar av saker, hindrar initiativen. Aktiviteter som hade kunnat utföras för att använda tiden, blir inte utförda.

”Så då, om man är hemma, det är inte alltid man orkar ta sig för så jättemycket att göra heller.”

Tristess

Att vara hemma dessa sex veckor är långsamt och tråkigt, en lång väntan på att tiden ska gå. Det är tråkigt att spendera mycket tid ensam i lägenheten och humöret är inte alltid så bra.

”Det är långa dagar, tycker jag att det blir i och med att man måste träna och allt det här. Hela tiden va! Annars hade man kunnat försöka sova bort tiden men det är ju svårt att göra det nu, man måste ju vara vaken och sköta allting.”

Uppehåll i arbetslivet

Att vara sjukskriven en sådan här relativt lång period har upplevts olika. Det kan vara så att man behöver en paus för att vila och uppskattar därför den första tiden av sjukskrivning. Det kan ge möjlighet att få sova ut och likaså bearbeta händelser i livet.

”Det var tydligen det [sjukskrivning] som behövdes. Jag var nog rätt trött, det [omständigheter i livet] blev för jobbigt.”

Det kan vara så att man är trött på sitt arbete men efter några veckor finner sig längta tillbaka dit med de sociala kontakter det innebär och att man ser fördelar med sin arbetsplats som man kanske inte sett tidigare. Det kan också upplevas som olustigt att vara borta så länge som tre månader från arbetet. Oro för att bli bortglömd eller över att vara ersättlig, där ens frånvaro inte märks särskilt mycket har uttryckts.

Acceptans

Den första tiden är omvälvande. Sjukvård har sökts efter en liten skärskada med förväntan om att kanske sy några få stygn och det visar sig vara mycket mer komplicerat än så. Detta kanske varar i en eller två dagar men kan också vara i ett par veckor med känsla av förlamning och att inte kunna göra någonting praktiskt. Situationen accepteras dock när personerna märker att det går att lära sig att utföra aktiviteter med en hand, även om det är påfrestande. Gipsets påverkan på sömnen är liten och accepteras liksom att träningen sköts i första hand.

”Jag har tänkt så också, att jag försöker sköta detta i första hand så bra jag kan så jag inte riskerar någonting.”

Andras välvilja och förvåning

Det är framför allt två reaktioner som berättas om omgivningens beteende. Det ena är att det upplevs att människor är extra snälla och hjälpsamma, till exempel i affären då främmande människor ser gipset med gummibandsdrag. Det andra är människors förvåning över att det tar så lång tid för senan eller senorna att läka och att sjukskrivningsperioden är så lång.

”Folk har ju svårt att förstå att det ska ta så lång tid. När man var på jobbet och hälsade på, - när kommer du tillbaka? Ja, sa jag, jag är sjukskriven fram till Lucia. De bara tittade på mig precis som att, men vaddå! Du skar dig ju bara lite. Det är väl oftast reaktionen man får annars. De har väldigt svårt att förstå att det ska ta så lång tid.”

Diskussion

Metoddiskussion

För att studera hur personer utför dagliga aktiviteter och upplever immobiliseringsperioden efter flexorsenskada, valdes en kvalitativ metod. Detta är en lämplig metod för att studera hur människor upplever och erfar sin värld (14). De beskrivningar som framkom vid denna intervjustudie hade inte kunnat erhållas genom litteratur- eller enkätstudie, eftersom det finns begränsad litteratur inom ämnet och en enkätstudie inte hade gett samma djup och innehållsrikedom.

Intervjuerna genomfördes på Handrehab, SU/S, vilket fungerade smidigt för personerna eftersom intervjuerna skedde i samband med återbesök hos läkare och arbetsterapeut, sex veckor efter operationen. Tankar fanns på att intervjua personerna i sin hemmiljö, vilket man ofta gör vid denna typ av studie, men vi tror inte att detta varit lämpligt för denna patientgrupp eftersom de varit immobiliserade så kort tid. Detta hade både tagit mer tid i anspråk både för personerna och författarna och personerna kunde ha känt större krav på att förbereda hemmet, när en främmande arbetsterapeut skulle besöka dem. Det kunde också inneburit att fler personer avböjt att delta i studien.

Författarna arbetade inte samtidigt på Handrehab under den period intervjuerna utfördes. Den som inte arbetade på Handrehab vid tillfället, genomförde intervjuerna. Därmed var inte personerna beroende av arbetsterapeuten som behandlare, vilket kan innebära att personerna kunde berätta fritt från vardagen utan att känna sig låsta av tidigare samtalsämnen. Det kan också innebära att personen såg intervjuaren mer som en neutral individ än som arbetsterapeut. Intervjuaren hade heller inte några förkunskaper om personen och hade inte skapat sig någon uppfattning om denna.

Vi intervjuade fem personer och uppnådde förhållandevis god spridning (14). Urvalet gjordes strategiskt och personerna hade olikheter som ålder, kön, civilstånd, boende och hemmavarande barn. Personerna valdes ut successivt för att få denna spridning. Trots att vi fått frågorna besvarade från många olika synvinklar hade det varit intressant att inkludera fler personer. Inom ramen för detta arbete var det inte möjligt att genomföra fler intervjuer och därför inte heller möjligt att få så kallad mättnad i materialet (14).

Att vara två personer som genomförde denna studie upplevdes som positivt. Det har gett fler infallsvinklar under analysfasen då vi bidrar med olika erfarenheter och upplevelser. Detta är viktigt eftersom tolkningen beror på undersökaren och påverkas av de erfarenheter denne bär med sig (14, 17). Vi har också ett arbetsterapeutiskt synsätt vilket påverkar tolkningen, en annan yrkeskategori med ett annat synsätt kunde ha lyft fram annan information från datamaterialet.

För att kunna koncentrera sig på samtalet i stället för att föra anteckningar och därmed få god innehållsrikedom i materialet, spelades intervjuerna in på band. Dessutom fick båda författarna genom bandinspelningen del av hela materialet och det fanns också möjlighet att gå tillbaka och lyssna igen (15). När intervjun skrevs ut och kunde läsas flera gånger, erhöles bättre förståelse för materialet. Detta var också bra för den författare som inte deltagit vid intervjutillfället.

Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor, vilket är det vanligaste sättet att inleda en intervju, för att kunna beskriva undersökningsgruppen (17). Dessa frågor hade en annan karaktär än den kvalitativa intervjun. Detta kan ha inverkat på olika sätt. Det kan ha medfört att den intervjuade personen fortsatt att svara kortfattat i stället för att berätta mer uttömmande men det kan också ha medfört att vi etablerade en kontakt och därför underlättade när den kvalitativa delen av intervjun startade. Vi upplevde att det var ett bra sätt för att skapa kontakt.

Frågor om hur personerna upplevt sin immobiliseringsperiod ställdes i slutet av intervjun. Om upplevelser tagits upp först, kunde det tänkas gett mindre uppdelning av praktiskt och upplevelsemässigt och därmed gett en bredare bas för svaren. Vi tror att det var bra att ställa de praktiska frågorna först, för att personerna genom detta vågade öppna sig och berätta mer om sina känslor, då de byggt upp ett visst förtroende för intervjuaren.

Att hjälpmedel för enhandsbruk inte längre finns med i Västra Götalandsregionens hjälpmedelssortiment medförde att vi inte kunnat använda oss av detta frågeområde. Möjligheten att förskriva dessa hjälpmedel upphörde under den tid studien gjordes. Vid tiden för de första intervjuerna var det fortfarande möjligt, varför alla patienter med flexorsenskador erbjöds detta. Dock var det ingen av de intervjuade som önskade hjälpmedel. Det kunde annars ha varit intressant att studera om hjälpmedel kan underlätta vardagen för denna patientgrupp eller om det utförs fler aktiviteter genom att använda hjälpmedel.

Vår första kodning av meningsbärande enheter svarade inte tillräckligt bra mot syftet på studien (14). Vi kodade då om alla enheter samtidigt och riktade oss så mer mot syftet vilket gav ett bra resultat. Vi fick då ett mönster i materialet och kunde lättare och bättre finna teman och underteman.

Resultatdiskussion

Alla personer i undersökningen har klarat perioden, med hjälp av andra människor - främst närmast anhöriga, och med egna praktiska lösningar. Perioden har upplevts påfallande olika, både positivt och negativt. Samtliga har varit helt sjukskrivna under hela perioden.

Det är besvärande att bara kunna använda en hand i sex veckor men det är trots allt en förhållandevis kort tid (4). Vetskapen om att det är en begränsad tidsperiod kan göra det är lättare att ta emot hjälp av andra. Aktiviteter försvåras av att endast en hand får användas, både i rena tvåhandsaktiviteter men också av att inte få använda den skadade handen som stödhand. Föreliggande studie visar att det i viss mån går att träna upp sig till enhänthet på sex veckor. Motivation och praktisk tillämpning är viktigt för inläring och eftersom personerna inte fått använda sin skadade hand har de varit motiverade för att lära sig klara av uppgifter med en hand. Det tar tid att lära sig något nytt (18). Det kan dessutom tänkas att behovet av att vara självständig kan vara mindre jämfört med om det handlar om ett bestående funktionshinder. Detta kan också påverka vid problemlösningar. Personerna finner enkla

lösningar på problem som uppstår. Det läggs inte ner mycket energi på att finna praktiska lösningar eftersom tiden är kort och det går förhållandevis bra ändå. Perioden är klart begränsad med tydliga riktlinjer för hur länge handen inte får belastas, hur belastningen sedan skall trappas upp samt att full belastning kan ske tolv veckor efter operationen (6). Den som följer riktlinjerna kan vara nästan helt säker på att bli återställd i handen. Detta ger en helt annan situation än vid kroniska skador och sjukdomar. Vid all arbetsterapeutisk behandling är det angeläget att använda den ansats som bäst främjar patientens aktivitetsfunktion på sikt. Efter en flexorsenskada börjar träningen dagen efter operationen. Träningen är vital för framtida handfunktion och därmed förmågan till aktivtetsutförande och patienterna måste veta vilket aktivitetsmål de strävar mot, därför är Bottom-Up det naturliga valet (10).

Det mesta som skall utföras med en hand i stället för två tar längre tid att utföra. Uppgifter som vanligtvis utförs automatiskt och med lätthet kräver nu koncentration, stor finmotorisk ansträngning samt tålamod (4). Detta kan bli påfrestande i längden och personerna har också blivit frustrerade. Frustration hos personer med denna diagnos framhålls också av Fitzpatrick (13). Att lyssna när barnet gråter på natten och inte kunna göra något åt det har uppfattats som det svåraste, trots att det är mycket annat som krävt mer än vanligt har den känslomässiga kontakten med barnet varit det viktigaste.

Avkall görs på kvalitet då det gäller sitt eget utseende och hemmets utseende. Personerna kan låta sig vara mindre propra än vanligt, ingen make up, ostrukna kläder och att duscha mindre ofta (12). Detta kan tänkas vara lättare att acceptera då det är en kortare period och då inte lika mycket tid tillbringas tillsammans med andra som vanligt, till exempel inte är på arbetet. Att bädda på ett enklare sätt eller att inte hålla efter trädgården så väl som vanligt, skulle också kunna vara en eftergift som går bra en viss period då det inte förväntas att allt skall fungera normalt. Vi hade förväntat oss avkall på kvalitet vid matlagning i större utsträckning men då har personerna i stället oftast bett om hjälp, vilket lett till förändrade vanor (1). Till exempel hade vi förväntat oss ökad användning av halvfabrikat och färdiglagad mat för att själv kunna ordna middag men det rapporterar ingen, inte heller att äta ”ute” vilket framkommit i en annan studie (12).

Alla personer tar emot hjälp främst av nära anhöriga, vilket även rapporteras i andra studier (12, 13). När det mesta tar längre tid och mycket är svårare att göra kan det tänkas vara bekvämt att inte behöva utföra allt som i sig hade varit möjligt eftersom det mesta som skall utföras tar längre tid än vanligt. Sammanlagt utförs alla mer eller mindre nödvändiga uppgifter av någon av de intervjuade men ingen gör allt själv. Undantaget från detta är att sköta litet barn och att klippa gräs som ingen har klarat helt.

Samtliga av de intervjuade personerna besväras av att inte kunna köra bil under perioden vilket gett upplevelser av att känna sig fastlåst. De förändrar sitt aktivitetsmönster aktivt och väljer andra sätt för transport såsom att ta bussen eller bli skjutsad. Inte alla finner en annan lösning utan inväntar att få lov att köra bil igen och till dess stannar de helt enkelt hemma. Ibland tycks de vara relativt nöjda med detta, i andra fall accepterar man med otillfredsställelse. Att flera av intervjupersonerna bor på landet med begränsad tillgång till allmänna transportmedel kan ha påverkat detta.

Immobiliseringsperioden innebär en stor skillnad i personernas liv, trots att perioden är relativt kort. Enhäntheten har stor inverkan på det dagliga livet (12, 13). Upplevelsen skiljer sig mycket mellan de olika personerna. För någon är det en tid personen måste ta sig igenom och för någon annan är det en välbehövlig paus i livet. De hanterar problemen olika och kan se möjligheter eller hinder. Det framkommer stor skillnad mellan att bli passiviserad och att

fortsätta nästan som vanligt med matlagning, däckbyte och så vidare. Vi tänker oss här att personlighet och socialt nätverk påverkar mer än praktiska möjligheter och hinder. Aktivitet är ett naturligt sätt att använda tiden, vilket ger en känsla av mening och utan detta blir människor uttråkade, deprimerade och ibland destruktiva (19). Dagliga aktiviteter hindras av att träna minst tio gånger om dagen. Även om träningen inte tar särskilt lång tid gäller det att komma ihåg att göra den och då blir det ett avbrott.

En fråga som kan ställas är om oro för att göra fel i rehabiliteringen leder till passivitet som hade kunnat undvikas om restriktionerna inte varit fullt så hårda. För somliga människor blir oro en sporre till ökad inlärning för andra blir det ett hinder (18). Någon som är fylld av oro och inte har tilltro till att bli frisk har sämre möjlighet att tillfriskna. (8, 18). Rehabiliteringen efter flexorsenskador skiljer sig både nationellt och internationellt och det är inte tillräckligt studerat hur skillnaderna påverkar slutresultatet. Inte heller är det studerat hur mycket det skiljer sig i hur de olika regimerna är möjliga att följa för personerna som det gäller (20).

Under intervjuerna framkommer variationer av upplevelser av hur det är att vara sjukskriven från arbetet i tre månader. Hur detta har uppfattats kan dels ha att göra med hur trivseln är med arbetsuppgifter och arbetskamrater, dels hur personerna ser på sig själva, sin arbetsinsats och betydelse på arbetsplatsen vidare på hur de har det socialt på sin fritid. I föreliggande studie uttrycks oro för hur arbetskamraterna ser på personens normala arbetsinsats eftersom det också fungerar då personen inte finns på plats. Personerna har alltså tappat en del av sina vanor och roller (1). Ett avbrott som detta kan ge möjligheter såsom ökad tid för sociala kontakter. Däremot kan det innebära ett otrevligt avbrott i socialt liv om arbetet innebär en stor del av det sociala kontaktnätet (1). Att det sociala livet påverkas godtar personerna på olika sätt. Då de upplever balans är de nöjda. En fråga är om det påverkar att vara ensamstående, då det krävs att ta sig ifrån hemmet eller bjuda hem gäster för att ha sällskap jämfört med om det kommer hem någon varje dag per automatik. Det är viktigt med balans mellan ensamhet och relationer (21).

Det är inte förvånande att människor blir överrumplade när de kommer till sjukhuset eller vårdcentralen i tro att deras skada är liten och skall vara läkt inom några dagar. En del har till och med tvekat om de skall söka hjälp över huvud taget och istället visar det sig att de har en rehabiliteringstid på tre månader framför sig och inte alls får använda handen de första sex veckorna. Det kräver att tänka om hur uppgifter skall lösas och en del som man planerat kanske inte går att genomföra eller får skjutas upp. Det ställer andra krav på omgivningen och personen själv. Att vänja sig vid gips nattetid tycks inte vara ett stort problem, även om det påverkar sömnen till viss del i kortare eller längre period. Det är intressant att se hur mycket det skiljer i tid för de olika personerna innan de accepterat situationen, lärt sig utföra aktiviteter efter bästa förmåga och löst vardagen.

Omgivningen uttrycker förvåning över att rehabiliteringstiden är så lång och fylld av restriktioner av något som man skulle ha uppfattat som en liten skada. Generellt tycks allmänheten inte känna till problemet med läkning av senor i handen. Däremot tycks människor som personerna möter vara hjälpsamma eftersom de har såpass stort gips, speciellt med gummibandsdragen. Vi misstänker att det är svårare att förklara varför inte skadad hand används då gipset är borttaget och restriktionerna fortfarande är hårda vilket också visas i annan forskning (13). Första veckan efter sista gipset får handen belastas så mycket som att lyfta en bulle men inte ett äpple. Till exempel innebär detta att fortfarande inte kunna lyfta i varor i samband med inköp men det syns inte utanpå att handen är känslig.

En av de intervjuade personerna tror att det går att klara sig helt utan hjälp. Vi uppfattar också att det skulle kunna gå att klara sig utan hjälp av andra under dessa omständigheter men med visst avkall på kvalitet och genom att avstå från somliga aktiviteter. Kanske förutsätter det att den skadade är sjukskriven eftersom tidsåtgången för dagliga aktiviteter är längre. Flera av de personer som Fitzpatrick (13) intervjuade arbetade i vanlig utsträckning med sina ordinarie eller med anpassade arbetsuppgifter. Dessa personer rapporteras ha haft mycket stort behov av hjälp (13).

Det finns mycket mer inom detta område som vore intressant att studera. Exempelvis hur upptrappningen av belastning i aktivitet vecka sju till tolv klaras av och hur upplevs den perioden. Vidare hur träningen upplevs och sköts och vad ger det för effekter på resultatet. Likaså att jämföra olika träningsregimer och restriktioner som finns inom och utom landet, jämföra hur personer klarar sig och upplever dessa samt vad de ger för olika resultat (20). Naturligtvis hade det varit intressant att genomföra denna studie med ett större underlag.

Referenser

1. Kielhofner G. Grundläggande begrepp i arbetsterapi. FoU-rapport nr 7. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 1994.
2. Reilly M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *Am J Occup Ther* 1962;16:1-9.
3. Kasch M C, Nickerson E. Hand and upper extremity injuries. In: Pedretti L. W., Early I. Occupational therapy: practice skills for physical dysfunction. 5 edition. St Louis: Mosby; 2001. p. 833-66.
4. Lundborg G. Handkirurgi: skador, sjukdomar, diagnostik och behandling. Upplaga 2. Lund: Studentlitteratur; 1999.
5. Lundborg G. Handen – själens instrument. I: Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering. Vol 1, Undersökning, behandlingsprinciper, behandlingsmetoder. Lund: Studentlitteratur; 1992. s. 21-4.
6. May E. Controlled mobilization after flexor tendon repair in the hand: techniques, methods and results [dissertation]. Göteborg: University of Göteborg; 1992.
7. Kleinert H, Kutz J, Atasoy E, Stormo A. Primary repair of flexor tendons. *Orthop Clin North Am* 1973;4:865-76.
8. Runnquist K, Cederlund R, Sollerman C. Handens rehabilitering. Vol 1, Undersökning, behandlingsprinciper, behandlingsmetoder. Lund: Studentlitteratur; 1992.
9. Duncan E. Editor. Foundation for practice in occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
10. Weinstock-Zlotnick G, Hinojos J. Bottom-up or top-down evaluation: Is one better than the other? *Am J Occup Ther* 2004;58:594-9.
11. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Etisk kod för arbetsterapeuter. Nacka: FSA; 2005.
12. Gustafsson M, Persson L, Amilon A. A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury. *J Clin Nurs* 2002;11:594-602.
13. Fitzpatrick N. A phenomenological investigation of the experience of patients during a rehabilitation programme following a flexor tendon injury to their hand. *The British Journal of Hand Therapy* 2007;3:76-82.
14. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 1998.
15. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 1994.
16. Trost J. Att skriva med akribi. Lund: Studentlitteratur; 2002.

17. Patel R, Tebelius U. Om bearbetning och analys av verbal information. I: Patel R, Tebelius U, redaktörer. Grundbok i forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 1987. s. 116-22
18. Mosey AC. Psychosocial components in occupational therapy. New York: Raven Press; 1986.
19. Wilcock A. An occupational perspective on health. Thorofare: Slack; 1998.
20. Thien TB, Becker JH, Theis JC. Rehabilitation after surgery for flexor tendon injuries in the hand. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD003979
21. Hasselkus BR. The meaning of Everyday Occupation. Thorofare: Slack; 2002.

Till
Ann Nachemson
Verksamhetschef
Handkirurgiska kliniken
SU
Göteborg

Göteborg 050906

Förfrågan om att få genomföra en studie vid handkirurgkliniken.

Under hösten 2005 och våren 2006 önskar undertecknade genomföra en kvalitativ studie. Syftet med studien är att undersöka hur personer upplever och klarar sig i dagliga aktiviteter vid immobilisering av ena handen i sex veckor, i samband med flexorseneavskärning.

Planerat är att fem till sex patienter, som är opererade på handkirurgiska kliniken på SU, intervjuas i samband med besök sex veckor efter skadan. Intervjun beräknas ta cirka en timma och spelas in på band. Patienterna informeras om att deltagandet i studien är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande utan att det påverkar deras fortsatta behandling på kliniken.

Studien genomföres inom ramen för en c-uppsats, 10 poäng vid Göteborgs Universitet, institutionen för arbetsterapi och fysioterapi.Handledare är Anna-Lisa Thorén-Jönsson, Med dr, universitetslektor.

Projektplan bifogas.

Vi är tacksamma för svar på nedanstående talong.

Med vänlig hälsning

Ann Bergman
leg arbetsterapeut
SU/Mölndal
Tfn ank 310 37

Birgitta Verhagen
leg arbetsterapeut
SU/Sahlgrenska
tfn ank 231 95

Undertecknad ger härmed tillstånd till Ann Bergman och Birgitta Verhagen att genomföra studien med arbetsnamnet "Att klara sig med en hand. En kvalitativ studie av personer med flexorseneavskärning under immobiliseringsperioden."

Göteborg den

Ann Nachemson
Verksamhetschef
Handkirurgiska kliniken
SU/Sahlgrenska

Till
Birgitha Archenholtz
Verksamhetschef
Arbetsterapiverksamheten
SU
Göteborg

Göteborg 050906

Förfrågan om att få genomföra en studie vid handkirurgkliniken.

Under hösten 2005 och våren 2006 önskar undertecknade genomföra en kvalitativ studie. Syftet med studien är att undersöka hur personer upplever och klarar sig i dagliga aktiviteter vid immobilisering av ena handen i sex veckor, i samband med flexorseneavskärning.

Planerat är att fem till sex patienter, som är opererade på handkirurgiska kliniken på SU, intervjuas i samband med besök sex veckor efter skadan. Intervjun beräknas ta cirka en timma och spelas in på band. Patienterna informeras om att deltagandet i studien är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande utan att det påverkar deras fortsatta behandling på kliniken.

Studien genomföres inom ramen för en c-uppsats, 10 poäng vid Göteborgs Universitet, institutionen för arbetsterapi och fysioterapi.Handledare är Anna-Lisa Thorén-Jönsson, Med dr, universitetslektor.

Projektplan bifogas.

Vi är tacksamma för svar på nedanstående talong.

Med vänlig hälsning

Ann Bergman
leg arbetsterapeut
SU/Mölndal
Tfn ank 310 37

Birgitta Verhagen
leg arbetsterapeut
SU/Sahlgrenska
tfn ank 231 95

Undertecknad ger härmed tillstånd till Ann Bergman och Birgitta Verhagen att genomföra studien med arbetsnamnet "Att klara sig med en hand. En kvalitativ studie av personer med flexorseneavskärning under immobiliseringsperioden."

Göteborg den

Birgitha Archenholtz
Verksamhetschef
Arbetsterapiavdelningen
SU

**Information om en studie på Handrehabiliteringen, SU/Sahlgrenska,
under hösten 2005 och våren 2006.**

Det finns lite kunskap om hur det är att klara sitt dagliga liv när man inte får använda hand och arm efter en senskada. Därför gör vi en studie om detta. Med det som underlag hoppas vi kunna bättre förstå våra patienters situation och därmed bättre kunna stödja och hjälpa.

Härmed tillfrågas Du om Du vill delta i denna studie. Studien genomföres av två arbetsterapeuter, en arbetsterapeut, som inte arbetar på Handrehabiliteringen för närvarande, intervjuar Dig. Intervjun sker när det gått sex veckor efter skadan och Du alltså inte har använt skadad hand och arm under denna tid. Du blir intervjuad på kliniken, i samband med besök där. Intervjun beräknas ta ungefär en timma och spelas in på band, för att intervjuaren skall kunna koncentrera sig på samtalet.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring och utan att det påverkar Din behandling på kliniken.

De uppgifter Du lämnar är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till dessa. Ditt namn kommer att ersättas med en kod så att Du som enskild individ inte kan urskiljas. Endast den som är ansvarig för studien har tillgång till ”kodnyckeln”. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Ansvariga för studien, som också kan bidra med mer information:

Ann Bergman, 031-343 10 37

Birgitta Verhagen 031-342 31 95

Handledare för studien är Anna-Lisa Thorén-Jönsson, Med dr, universitetslektor, institutionen för arbetsterapi och fysioterapi vid Göteborgs Universitet. 031-773 10 00.

Göteborg

Ann Bergman
Leg arbetsterapeut

Birgitta Verhagen
Leg arbetsterapeut

Två arbetsterapeuter

Undersökning: praktiskt klara sig med bara en hand under 6 veckor, samt upplevelsen under denna tid.

Något du undrar över?

Sätta på bandspelaren

Först vill jag ställa några allmänna frågor:

- Är det den dominanta handen som är skadad?
- Bor du ensam?
- Har du barn? Hur många? Vilka åldrar?
- Bor du i hus eller lägenhet?
- Arbetar du? Hel- eller deltid?
- Vad har du för arbete?
- Har du varit sjukskriven? Hel- eller deltid?
- Har du fått information om enhandshjälpmedel?
- Ville du ha hjälpmedel?
- Vilka hjälpmedel har du fått?

ADL – personlig vård

(T ex tvätta sig, duscha, tvätta håret, make up, raka sig, toalettbesök, äta och klä sig.)
gjort något annorlunda?

ADL – boende

del i hemarbetet före skadan?

(T ex tillaga mat, bädda, tvätta och stryka, städa och sköta inköp, bilkörning)
gjort något annorlunda?

ADL – fritid

(T ex umgänge, nöjen, trädgård)

gjort något annorlunda?

Hjälpmedel

använt dem?

mer självständig?

Är det något du önskat klara själv men inte kunnat?

Psykiska upplevelser

beskriva känslan?

upplevt veckorna?

omgivningens reaktioner?

Tack för din medverkan!