



Akut postoperativ fysioterapi för höftprotespatienter

Leslie Skog & Mikael Willstedt

Examensarbete

FT 16

2020

| | |
|--|---|
| EXAMENSARBETE | |
| Yrkeshögskolan Arcada | |
| Utbildningsprogram: | Fysioterapi |
| Identifikationsnummer: | 7064 & 7063 |
| Författare: | Leslie Skog & Mikael Willstedt |
| Arbetets namn: | Akut postoperativ fysioterapi för höftprotespatienter |
| Handledare (Arcada): | Anne Kokko |
| Uppdragsgivare: | Yrkeshögskolan Arcada |
| <p>Sammandrag:</p> <p>Arbetets syfte är att öka vår förståelse gällande de fysioterapeutiska rehabiliteringsmetoder som används inom Åboregionen efter den akuta fasen efter höftprotesoperation. Arbetet är en del av Yrkeshögskolan Arcadas fyssim-projekt, där simuleringsundervisning utvecklas för fysioterapiutbildningen. Arbetets frågeställningar lyder: 1) Hurudana fysioterapeutiska metoder används under akuta fasen efter höftprotesoperation inom Åboregionen? 2) Hur implementeras rehabiliteringen i praktiken? Den akuta fasen är de 6 första veckorna efter operationen. Som datainsamlingsmetod används semistrukturerad temaintervju och som informanter fungerar fyra fysioterapeuter från två enheter i Åbolands sjukvårdsdistrikt. Intervjuguiden är uppbyggd på basis av tidigare forskning. De transkriberade intervjuerna är analyserade med hjälp av innehållsanalys. I resultatet noteras fysisk aktivitet och terapeutisk träning, funktionella tester, handledning samt rådgivning som viktiga fysioterapeutiska metoder i den akuta fasen efter en höftprotesoperation. Vidare lyfts hjälpmedelsträning och smärbehandlingsmetoder fram som väsentliga delar som stöder rehabiliteringen och strävan efter en symmetrisk ställning i alla lägen. Under de första 6 veckorna efter operationen ger fysioterapeuten mycket handledning och råd som stöd till patientens fortsatta, självständiga rehabilitering samt uppmuntrar till normal fysisk aktivitet trots smärta. Efter 6 veckor kallas patienten in på kontroll, då behovet av hjälpmedel undersöks liksom patientens allmänna fysiska tillstånd. Fysioterapeuten kan anpassa träningen genom att justera svårighetsgraden på övningarna och hjälpmedlen eller byta ut dem, vilket ger möjlighet till anpassad och progressiv träning på patientens villkor. Trovärdigheten är god, eftersom vi har ett tydligt syfte och tydliga frågeställningar, samt att vårt resultat stöds av tidigare forskning. Eftersom resultaten inte innehåller några subjektiva antaganden anses objektiviteten också vara god.</p> | |
| Nyckelord: | Höftprotes, akut, fysioterapimetod, fyssim, postoperativ rehabilitering |
| Sidantal: | 23 |
| Språk: | Svenska |
| Datum för godkännande: | 29.4.2020 |

| | |
|---|--|
| DEGREE THESIS | |
| Arcada University of Applied Sciences | |
| Degree Programme: | Physiotherapy |
| Identification number: | 7064 & 7063 |
| Author: | Leslie Skog & Mikael Willstedt |
| Title: | Acute postoperative physiotherapy for patients following hip arthroplasty |
| Supervisor (Arcada): | Anne Kokko |
| Commissioned by: | Arcada University of Applied Sciences |
| <p>Abstract:</p> <p>The aim of this thesis is to increase our knowledge of what kind of methods physiotherapists are using within Turunmaa, during the acute phase of rehabilitation following a hip arthroplasty. This is a part of a project at Arcada called “Fyssim”, which aims to develop simulation education for physiotherapy students. This thesis’ questions are: 1) What kind of physiotherapeutic methods are being used following hip arthroplasty within Turunmaa, and 2) how are they being implemented in practice? A semi-structured theme interview was used to collect data. Four physiotherapists from two units participated as informants. A guide for the interviews was formed based off scientific articles and relevant literature. The interviews were transcribed and analysed through content analysis. Physical activity and therapeutic training, along with functional tests, guidance and advice were noted as important physiotherapeutic methods used in the acute-phase rehabilitation following hip arthroplasty. The support of aids and pain management methods were also mentioned as essential elements that support the rehabilitation process and the aim for a symmetric posture in all positions. During the six-week period following operation entails giving advice and guidance to facilitate the patients’ continued rehabilitation and normal physical activity despite the pain. After six weeks the patient is called to a follow-up, where the need for aids is examined as well as the patient’s physical performance. The physiotherapist can customize the training programme by adjusting the difficulty of the exercises and using different aids, thus allowing a more progressive training. The reliability of this thesis is good, since there is a clear purpose and concrete questions. Furthermore, previous research supports our findings. Objectivity in this thesis is good, since there are no subjective assumptions in the documentation of results.</p> | |
| Keywords: | Hip arthroplasty, acute, physiotherapy method, fyssim, post-operative rehabilitation |
| Number of pages: | 23 |
| Language: | Swedish |
| Date of acceptance: | 29.4.2020 |

| | |
|--|--|
| OPINNÄYTE | |
| Arcada | |
| Koulutusohjelma: | Fysioterapia |
| Tunnistenumero: | 7064 & 7063 |
| Tekijä: | Leslie Skog & Mikael Willstedt |
| Työn nimi: | Akuuttinen postoperatiivinen fysioterapia lonkkaproteesipotilaalle |
| Työn ohjaaja (Arcada): | Anne Kokko |
| Toimeksiantaja: | Ammattikorkeakoulu Arcada |
| <p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, mitkä fysioterapiamenetelmiä käytetään Turun seudulla, lonkkaproteesileikkauksen jälkeen, akuuttisessa vaiheessa. Opinnäytetyö on osa Ammattikorkeakoulu Arcadan fyssim-projektia, missä tarkoituksena on kehittää simulointiopetusta fysioterapiakoulutukseen. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat: 1) Mitkä fysioterapiamenetelmiä käytetään akuuttisessa vaiheessa lonkkaproteesileikkauksen jälkeen Turun seudulla? 2) Miten kuntoutus käytännössä toteutetaan? Akuuttiseen vaiheeseen lukeutuu ensimmäiset kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen haastattelututkimus ja neljä fysioterapeuttia toimi tiedonantajina. Tiedonantajat työskentelevät kahdella eri terveyskeskuksessa Turun seudulla. Haastattelulomake perustuu aikaisempiin tutkimuksiin. Litteroitu haastattelumateriaali on analysoitu sisällönanalyysin avulla. Tuloksessa nostetaan esille fyysinen aktiivisuus, terapeuttinen harjoittelu, manuaaliset menetelmät sekä neuvonta mitkä ovat tärkeät fysioterapeuttisia menetelmiä akuuttisessa vaiheessa lonkkaproteesileikkauksen jälkeen. Lisäksi nostetaan esille apuvälineharjoitusta ja kipuhoitomenetelmiä, mitkä ovat olennaisia osia kuntoutuksessa. Tavoitteena on symmetrinen asento kaikissa vaiheissa. Ensimmäisten kuuden viikon aikana leikkauksen jälkeen fysioterapeutti ohjaa ja neuvoo potilasta jatkuvaan, itsenäiseen kuntoutukseen sekä kannustaa kipua huolimatta tavalliseen fyysiseen aktiivisuuteen. Kuuden viikon jälkeen potilas tulee kontrolliin, missä tehdään apuväline tarpeen kartoitus sekä tarkistetaan potilaan yleinen fyysinen tila. Fysioterapeutti muokkaa harjoitusta vaikeusastetta säätäen, myös harjoituksien ja apuvälineiden osalta. Tämä mahdollistaa muokattua ja etenevää harjoitusta potilaan ehdoilla. Opinnäytetyön uskottavuus on hyvä, koska pyrkimys ja tutkimuskysymykset ovat selkeät, ja ne tukevat aiemmat tutkimustulokset. Objektiiivisuus on hyvä, koska tutkimustulos ei sisällä omakohtaisia arveluja.</p> | |
| Avainsanat: | Lonkkaproteesi, akuuttinen, fysioterapiamenetelmä, fyssim, postoperatiivinen kuntoutus |
| Sivumäärä: | 23 |
| Kieli: | Ruotsi |
| Hyväksymispäivämäärä: | 29.4.2020 |

INNEHÅLL

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Inledning | 1 |
| 1 Bakgrund | 2 |
| 1.1 | 2 |
| 1.2 Höftleden | 4 |
| 1.3 Höftens muskulatur | 5 |
| 1.4 Artros | 7 |
| 1.5 Höftprotesoperation | 7 |
| 2 Syfte och frågeställning | 8 |
| 3 Metod | 8 |
| 3.1 | 9 |
| 3.2 | 9 |
| 3.3 | 10 |
| 3.4 | 12 |
| 4 Etik | 13 |
| 5 Resultat | 14 |
| 6 Diskussion | 17 |
| 6.1 Resultatdiskussion | 18 |
| 6.2 Metoddiskussion | 19 |
| 7 | 19 |
| Källor | 21 |
| Bilagor | 25 |

Figurer

| | |
|--|---|
| Figur 1 Anterior bild av höftledens ligament till femur, ilium, ischium och pubis., Encyclopædia Britannica, Inc. 2011 | 4 |
| Figur 2 Muskler kring höftleden, OpenStax College 2017 | 6 |
| Figur 3 Forskningsintervjuns sju stadier | 9 |

Tabeller

| | |
|---|----|
| Tabell 1 Teman, kategorier och citat från innehållsanalysen | 12 |
|---|----|

INLEDNING

Höftleden är en av människans rörligaste leder, näst efter axelleden, och bär stor del av kroppsvikten. Den förbinder övre kroppen med nedre extremiteterna. Stor belastning och vridning av höftleden kan orsaka skador i leden och eventuellt artros (Joint Academy 2019). Enligt statistikcentralen blir Finlands befolkning allt äldre och operation med tillhörande höftrehabilitering blir allt vanligare runtom i landet (THL 2018).

Vårt intresse för detta ämne väcktes under fysioterapipraktiken där vi fick delta i rehabiliteringen av nyligen opererade klienter. Därifrån väcktes också frågeställningar, till exempel hur fungerar rehabiliteringen i ett akut postoperativt skede? Vi valde detta ämne, för att få djupare insikt i hur vi kan hjälpa människor att återgå till vardagen efter en höftoperation. Med andra ord är vi alltså intresserade av att lära oss mera om höftrehabilitering.

Detta examensarbete stöder också utvecklingen av fyssim-projektet på yrkeshögskolan Arcada. Projektets syfte är att bidra till fysioterapistudenternas kliniska kompetens genom att utföra övningar i simulerade miljöer med patientcase, som fokuserar på den akuta fasen i en fysioterapi- eller rehabiliteringsprocess. Även om fysioterapistudierna omfattar flera kliniska praktikperioder, finns det inte möjlighet för alla studerande att öva sina färdigheter i praktiken inom den akuta fasen av fysioterapin. Detta projekt kommer att erbjuda tillgång till simuleringsundervisning och kommer att möjliggöra en mer mångsidig, samt verklighetsenlig lärandemiljö.

Med arbetet strävar vi efter att öka förståelsen för hurdana fysioterapimetoder klienter får som genomgår en höftoperation. Vi kommer att fokusera på de sex första veckorna efter operationen, vilket omfattar hela den akuta fasen samt kontrollen hos en fysioterapeut sex veckor efter operationen.

1 BAKGRUND

År 2016 gjordes 9656 primära höftprotesoperationer, vilket var 7 % högre än året innan. Bland patienterna hade 29 % av dem redan fyllt 75 år och andelen kvinnliga patienter var totalt 57 % (THL 2018). I ny statistik från THL (2019a) har första gångens höftoperationer ökat med tre

procentenheter på universitetssjukhusen år 2018 jämfört med 2017. Detta med andra ord antyder att höftfrakturer och därmed höftoperationer blir allt vanligare bland den finländska befolkningen. Enligt Ambrose et al. (2013) drabbas äldre människor oftare av höftfrakturer eftersom de har högre risk för att falla. Tidigare fall och liten fysisk aktivitet är också en av de största riskerna för höftfraktur (Taylor et al 2004). Höftfrakturer förorsakar sämre rörelse- och funktionsförmåga och ökar behovet av hjälp som i sin tur gör att livskvaliteten sjunker (Dyer et al. 2016). Höftfrakturer kan också i värsta fall leda till för tidig död (Haentjens et al 2010). Även om behandlingstiderna har sjunkit under 2000-talet, betyder det vård på rehabiliteringscenter under en lång tid efter en höftfraktur (THL 2019b).

1.1 Tidigare forskning

Den akuta rehabiliteringsperioden är ett tidsspann från noll till sex veckor efter operationen. En vårdlinje där patienten självständigt tränar efter protesoperationen utgående från de råd, begränsningar och den information hen fått av fysioterapeut och läkare är effektivt och säkert för att minska smärta och uppmuntra ADL (alldaglig funktion) samt sociala aktiviteter (Umpierres et al. 2014). Träningsprogrammet som patienten får, innehåller rörlighetsövningar i liggande position, förflyttningar och viktöverföring, gångövningar samt muskelstärkande övningar för nedre extremiteternas muskulatur (Van Herck et al. 2010). I en studie av Husby et al. (2009) visade maximal styrketräning, med övningar som benpress och abduktion med elastiskt motstånd, en signifikant skillnad i styrka jämfört med kontrollgruppen som följde konventionell vårdlinje. Muskelstyrka bidrar till att gången blir normal och hjälper dessutom att korrigera symtom på komplikationer (Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 2016). Hos höftpatienter har därtill balansträning i den akuta fasen en mycket positiv inverkan på patientens funktionella rörlighet och balans. Patienter som får balansövningar utöver de typiska ROM (Range Of Motion) och muskelstärkande övningarna påvisar en större förbättring inom de mer balansorienterade testen BBS och TUG (Jogi et al. 2015). Träningen av de nämnda områdena bör ske mellan 2–4 gånger om dagen, gärna med ytterligare träning eller fysisk aktivitet 3–4 gånger dagligen (Van Herck et al. 2010).

Efter sjukhusvistelsen krävs det att patienten är aktiv och tränar regelbundet. Kamel et al. (2003) lyfter i sin artikel fram att tidig mobilisering är viktig. Mobilisering sker med hjälp av gradvis belastning enligt upplevd smärta. Från att först sitta till att stå upp, promenera med gradvis mindre

stöd, trappgång och så vidare (Van Herck et al. 2010). För att förebygga komplikationer efter operationen bör rehabiliteringen (innehållande progressiv muskel- och balansträning) börja så tidigt som möjligt (Huusko et al. 2000). I dagens läge får patienten oftast belasta det opererade benet enligt smärtgränsen, i annat fall ges individuella instruktioner av läkaren (Hochberg et al. 2012).

Benlängdsskillnad – funktionell eller strukturell – kan ibland uppstå efter en höftprotosoperation. Patientens balans och funktionsförmåga kan påverkas negativt av skillnaden, samt att ryggproblem uppstå till följd av ojämn belastning. En RCT-studie av Nakanowatari et al. (2016) undersökte effekten av ett justerbart skoinlägg för hälen och specifika övningar för att behandla patienters funktionella benlängdsskillnad (LLD). Detta gjordes en vecka efter operationen. Skoinlägget justerades progressivt när funktionell LLD förbättrades, tills det kunde uteslutas helt. På kort sikt var skoinlägget jämfört med enbart konventionell fysioterapi mer effektivt då det gällde förbättringen av funktionell LLD. (Nakanowatari et al. 2016)

Sammanfattning

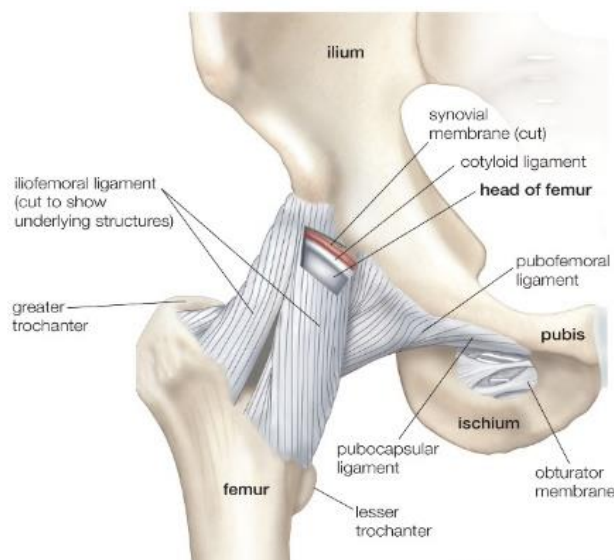
Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts (2016) broschyr *Höftprotosoperation* beskriver händelseförloppet både före och efter en höftprotosoperation. Också här betonas rörelse och motion – i form av både rörlighets- och styrketräning – som väsentligt för att återfå funktionsförmågan. För att minska smärta och därmed göra det möjligt för patienten att röra på sig används smärtmedicinering och kylbehandling som minskar svullnad (Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 2016). Hjälpmedel används för att avlasta höftleden och för att stöda vardagliga aktiviteter (Van Herck et al. 2010; Hochberg et al. 2012). Hjälpmedel kan också förebygga och korrigera felställningar och -belastningar (Nakanowatari et al. 2016)

I de ovanstående artiklarna lyfts bland annat patientens självständighet och säkerhet som kriterier för hemförlovning efter operationen (Hochberg et al. 2012). För att säkerställa att patienten uppfyller kraven för hemförlovning, görs bedömningar av funktionsförmågan och identifiering av begränsande faktorer som påverkar patientens rörlighet och funktionsförmåga (Jogi et al. 2015; Van Herck et al. 2010). Med hjälp av handledning och fysioterapeutiska metoder kan begränsningarnas inverkan mildras, vilket möjliggör mer aktivitet och rörelse. Fysisk aktivitet i

form av vardaglig rörelse och styrketräning bidrar till en snabbare förbättring, och därmed en snabbare hemförlovnin (Kamel et al. 2003; Hochberg et al. 2012).

1.2 Höftleden

Enligt Magee (2014 s. 689) är höftleden en av de största och mest leder i kroppen. Höftleden är en äkta (synovialled) som bildar en kullad höftbenets leddskål (acetabulum) och femurs huvud (caput femoris). Acetabulum bildas av tre olika ben, tarmbenet (os ilium), blygdbenet (os och sittbenet (os ischii). Runt acetabulum finns ett fibröst brosk (labrum acetabulum) som gör ledkapseln djupare och mer stabil (Behnke 2008 s. 176). Ledens



stabila
led
mellan
pubis)

Figur 1 Anterior bild av höftledens ligament till femur, ilium, ischium och pubis., Encyclopædia

rörlighet begränsas av ledkapselns stramhet samt de kraftiga ligamenten som förstärker ledkapseln. Höftens stödande ligament är iliofemorala, ischiofemorala och pubofemorala ligamenten. Det fjärde ligamentet heter ligamentum teres och fungerar som en fysisk kontakt mellan caput femoris och höftleddskålen. (Magee 2014 s. 689 f)

Eftersom höftleden är en kullad så kan rörelseomfånget ske i tre olika plan, det vill säga saggitalplan, frontalplan och horisontalplan (Behnke 2008 s. 177). Rörelsen är störst i saggitalplanet vilket är 140 grader flexion och 15 grader extension. Under normala omständigheter är höftens adduktion 20 grader och abduktion 30 grader. När höften är i flexion är inåtrotationen 70 grader och utåtrotationen 90 grader, medan när höften är i extension så är rotationen märkbart mindre. Detta orsakas av periartikulära samt iliofemorala ligamentet eftersom dessa spänns under höftens extension. (Holmström & Moritz 2007 s. 247 f.)

Under kombinerade rörelser i höftleden blir rörelsen i leden en glidning (Norkin & Levangie 1993). Om leden inte kan utföra denna glidning på grund av någon abnormitet så börjar det förekomma komplikationer såsom kompression eller distraktion av leden (Nordin & Frankel 2001 s. 202 - 221).

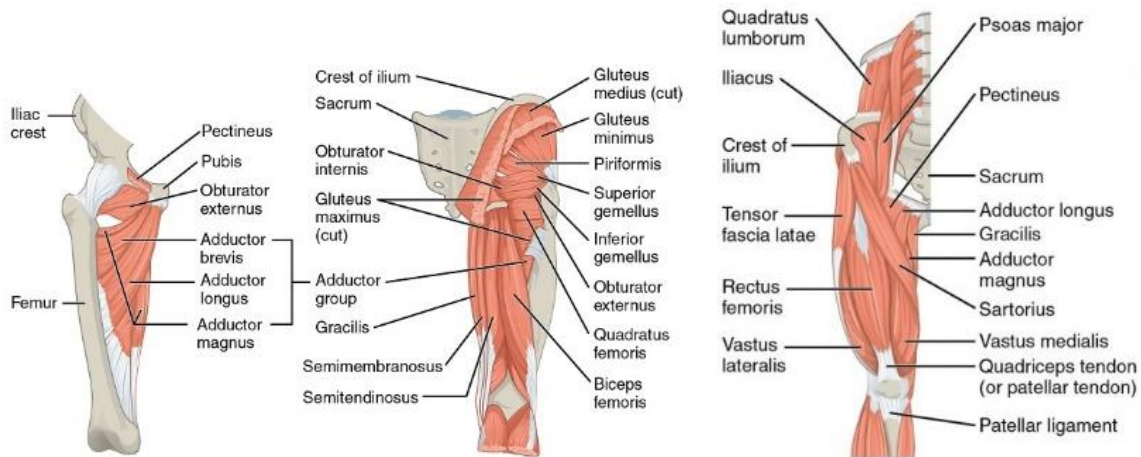
Under vardagen används höften mycket och i samband med alldagliga funktioner (ADL-aktiviteter) ställs det höga krav på höftledens rörlighet. Vid gång i trappor måste höften kunna åstadkomma 60 grader flexion och i sittande ställning måste höften åstadkomma 90 grader flexion. För att en person ska komma ner i huk och för att kunna knyta skosnören måste höften kunna utföra 120 grader flexion. (Holmström & Moritz 2007 s. 248)

För att klara av vardagen så borde höften alltså enligt Magee (2014 s. 702) samt Holmström & Moritz (2007 s. 248) kunna utföra 120 grader flexion, 20 grader utåtrotation och 20 grader abduktion.

1.3 Höftens muskulatur

Musklerna som utför rörelser i höftleden på anteriora sidan är följande: M. psoas major och minor (stora och lilla ländmusklerna), m. iliacus (höftbensmuskeln) som tillsammans blir m. iliopsoas (ljumskmusklerna). Dessa muskler är djupa och deras huvudsakliga funktion är att flektera höftleden. Psoas minor anses inte räknas till en höftledsmuskel eftersom den inte går över höftleden, utan assisterar psoas major. M. sartorius (skraddarmuskeln), m. rectus femoris (knästräckarmuskeln) går över både höftleden och knäleden och dessa två muskler flekterar höftleden. Rectus femoris kan dessutom också utföra en liten abduktion i höftleden. M. tensor fascia latae går på laterala sidan av höften och dess sena förenas med m. gluteus maximus. Tensor fascia latae abducerar höftleden och är med i höftens flektion på grund av dess ursprung. M.

pectineus ligger på mediala sidan av höften och utför flexion, adduktion och utåtrotation av höftleden. (Behnke 2008 s.178 ff.)



Figur 2 Muskler kring höftleden, OpenStax College 2017

Musklerna som utför rörelser i höftleden på posteriora sidan är m. gluteus maximus (stora sätesmuskeln), hamstringsmusklerna och de sex djupa utåtrotatorerna. Gluteus maximus förenas med tensor fascia latae och bildar tractus iliotibialis. Gluteus maximus utför extension och utåtrotation av höftleden. Eftersom muskelbuken går både nedanför och ovanför höftleden så kan gluteus maximus också abducera och adducera höften. Hamstringsmusklerna består av tre muskler: m. biceps femoris (trehövdade lårbensmuskeln), semitendinosus (halvseniga muskeln) och semimembranosus (halvhinniga muskeln). Biceps femoris utför extension samt medverkar i adduktion och utåtrotation i höftleden. Semimebranosus och semitendinosus utför extension av höften samt adduktion och inåtrotation. De sex djupa utåtrotatorerna är piriformis, gemellus superior, obturatorius internus, gemellus inferior, obturatorius externus och quadratus femoris. Dessa muskler såsom namnet säger, roterar höften utåt. (Behnke 2008 s. 180 ff.)

Musklerna som är placerade på mediala (inre) sidan av höften är m. adductor longus, adductor brevis, adductor magnus och gracilis. Adductor longus utför adduktion av höftleden samt medverkar i flexion och utåtrotation. Adductor brevis utför samma rörelse som adductor longus. Adductor magnus har en anterior del och en posterior del. Denna muskel kan därför adducera, flektera och utåtrottera höften samt på grund av dess posteriora del kan den också utföra extension och inåtrotation. Gracilis utför adduktion och flexion i höftleden. (Behnke 2008 s. 182 f.)

På höftens laterala sida finns m. gluteus medius (mellersta sätesmuskeln) och gluteus minimus (lilla sätesmuskeln). Gluteus medius har en anterior och posterior del vilket betyder att den kan utföra abduktion, flexion och inåtrotation samt extension och utåtrotation i höftleden. (Behnke 2008 s. 184)

1.4 Artros

Artros, även kallat ledförslitning eller osteoartrit, är människans vanligaste ledsjukdom och den främsta orsaken till höftprotesoperation. Allt eftersom brosket bryts ned bildar kroppen nytt ben under brosket i stället, vilket medför att ledspringan minskar och därmed också ledens rörlighet. Det här orsakar smärta och med tiden begränsad rörlighet. Ledhinnan kan också bli inflammerad, då samlas vätska i leden och den blir öm. Hög ålder, övervikt, ärftlighet, tunga arbetsuppgifter och rökning är faktorer som förknippas med uppkomsten av artros. Konservativ behandling i form av fysisk träning hjälper för att bibehålla ledrörligheten. När funktionsförmågan störs eller vilosmärta orsakar betydande problem finns det orsak att överväga protesoperation, vilket kan förebygga funktionsnedsättning. (Reumaliitto 2016)

1.5 Höftprotesoperation

Höftprotesoperation betyder att höftleden opereras och en konstgjord protes sätts in. Höftprotesen är ofta gjord av både en skål- och lårbensdel. Det finns olika höftprotesmodeller som har sina för- och nackdelar. Beroende på höftprotesmodellen kan det ha inverkan på hurdana rehabiliteringsinstruktioner patienten får efter operationen. Ytorna kan vara gjorda av olika material såsom polyeten, keramik eller metall. Under förankringen av lårbensdelen kan man använda sig av bencementering. Om kirurgen använder bencementering under operationen, fästs protesen direkt på plats. I annat fall så fäster sig protesens under den nya benbildningsprocessen. Individuella faktorer som bland annat ålder, ben- och muskelkondition, rehabiliteringsmål, och motionsaktivitet påverkar vilken protestyp som är mest lönsam för patienten. Under operationen lösgörs höftmusklerna för att sedan fixeras igen i slutet av operationen. Smärtmedicinering påbörjas genast, så att patienten kan röra på sig självständigt och säkert. När operationssåret börjat läka (vanligtvis inom 2–4 dygn efter operationen) blir patienten utskriven. (Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 2016)

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Arbetets syfte är att öka vår förståelse gällande de fysioterapeutiska rehabiliteringsmetoder, som används inom Åboregionen de första sex veckorna efter en höftprotesoperation. Riktlinjer och tidigare forskning skapar en grund för hur rehabiliteringen ska gå till och vi vill få en bild av hur det implementeras i praktiken.

Våra forskningsfrågor lyder:

1. Hurudana fysioterapeutiska metoder används under akuta rehabiliteringen efter höftprotesoperation inom Åboregionen?
2. Hur implementeras metoderna i praktiken?

3 METOD

Vårt arbete är en kvalitativ studie. Kvalitativ datainsamlingsmetod har som syfte att öka informationen inom ett specifikt ämne med hjälp av en ämnesspecialist. Vi valde intervju som datainsamlingsmetod, eftersom vi vill få en djupare insikt i hur patienter rehabiliteras efter en höftprotesoperation. Vi övervägde om vi skulle använda en enkätstudie men eftersom vi ville få en djupare insikt i ämnet och få en konkret blick i hur fysioterapeuter arbetar i praktiken runtom i Åboregionen, ansåg vi att en intervju var mer ändamålsenlig. För att svara på våra forskningsfrågor använde vi semistrukturerad temaintervju, då vi här kan använda oss av en intervjuguide som tar upp relevanta teman inom det ämne vi vill fördjupa oss i. Med hjälp av intervjuguiden kan vi också ta upp teman i strukturerad ordning och sedan komma med fördjupade frågor under intervjuerna. (Jacobsen 2012 s. 97 – 102) Dessa teman fick vi från artiklarna i den tidigare forskningen.

Före intervjuerna har vi fördjupat oss i relevanta studier om höftledsoperationer och tagit del av information om rehabiliteringen för patientens fortsatta livskvalitet. De relevanta studierna presenterades i kapitel 1.1. Genom att diskutera och ställa relevanta frågor ökar vi vår egen förståelse inom det valda ämnet och får därigenom svar på våra forskningsfrågor (Jacobsen 2012 s. 97 ff.).

3.1 Urval

När vi valde ut deltagarna till den kvalitativa intervjustudien, tog vi hänsyn till syftet genom att kritiskt granska vem som var mest relevant för studien (Henricson 2012 s. 165). Eftersom vår studie behandlade en viss ämnesgrupp och gick in på ett konkret scenario, blev våra deltagare ganska lika varandra. Vi har intervjuat fyra fysioterapeuter på två olika hälsocentraler inom Åbo sjukvårdsdistrikt. Våra informanter har vid tidpunkten av intervjuerna jobbat som fysioterapeuter i 10–15 år. Dessa informanter kontaktades eftersom vi kände till hälsocentralerna och vi visste att dessa fysioterapeuter har jobbat med patienter som är vår fokusgrupp. När informanterna visade intresse för studien skickades ett brev med informerat samtycke, där informanterna fick en insikt i arbetet och dess syfte.

3.2 Datainsamling

För att få en struktur i arbetet använder vi Kvale & Brinkmann (2009) forskningsintervjuns sju stadier. För att utföra en intervjuundersökning, kommer vi börja med själva tematiseringen. tematiseringen aktualiseras nyckelfrågor såsom *vad* och *varför*. Frågan, *vad* ställs för att få kunskap och information inom ämnet som kommer att användas under intervjun och frågan, *varför* ställs för att klarlägga syftet med intervjun. (Kvale & Brinkmann 2009 s. 120 ff.)



Figur 3 Forskningsintervjuns sju stadier

I vårt arbete vill vi få fördjupad insikt i höftprotesrehabilitering och bekantat oss med tidigare forskning inom området. Detta är med andra ord vår tematisering av nyckelfrågan *vad*. Med vårt syfte hittar vi svaret på nyckelfrågan *vad*, det vill säga, hurdana fysioterapeutiska metoder används efter en höftprotesoperation under de sex första veckorna efter operationen samt hur implementeras de i praktiken inom Åboregionen. Följande steg är planering som går ut på att hitta relevanta intervju- och analysmetoder som lämpar sig för forskningen. Under planering ställs

nyckelfrågan *hur*. Svar på nyckelfrågan *hur* beskrevs i metodkapitel. (Kvale & Brinkmann 2009 s. 125 ff.)

Inom *planering* finns också förberedande och utförande av intervju. Under detta stycke tar vi fram *själva intervjudelen* inom forskningsintervjuns sju stadier. Under *själva intervjun* behandlas basinformation, det vill säga hur vi har gått till väga under intervjutillfällena. Efter intervjun kommer det fjärde stadiet, nämligen utskrift. (Kvale & Brinkmann 2009 s. 125 ff.) Med utskrift menas transkribering, alltså att ”intervjun skrivs ner i sin helhet så noggrant som möjligt” (Dahlberg 1997 s. 105).

För att få informanter till vårt examensarbete skickade vi ut e-post till olika hälsocentraler i Åboregionen för att se om det fanns intresse. Det gjordes under våren 2019. De hälsocentraler som vi fick kontakt med deltog gärna i studien. Vi valde att vända oss till dessa hälsocentraler eftersom fysioterapeuterna är i kontakt med höftpatienter ungefär en gång i månaden.

Intervjuerna utfördes i oktober och november 2019 och informanterna intervjuades var för sig. Vi intervjuade fyra informanter som arbetar på två olika enheter i Åboregionen. Intervjuerna ägde rum i informanternas egna jobbutrymmen. Inspelningen gjordes med telefon och pågick mellan 30 – 45 minuter. All information transkriberades sedan till fem sidor text. Före intervjun presenterade vi oss och gick igenom vad denna studie handlar om och vad denna intervju går ut på. Vi diskuterade också informanternas konfidentialitet. Under intervjun använde vi oss av en intervjublankett (se Bilaga 2) som fungerade som guide. Baserat på bakgrundslitteraturen och broschyren av Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt har vi formulerat relevanta frågor gällande temat, med avsikten att besvara våra forskningsfrågor. Efter intervjuerna transkriberade vi noggrant materialet. I båda intervjuerna fanns det citat på finska, som översattes så noggrant som möjligt till svenska.

3.3 Dataanalys

Inom forskningsintervjuns sju stadier är femte stadiet *analys*. I detta kapitel beskriver vi vilken typ av analys vi har använt oss av och analyserar den transkriberade texten. Efter transkriberingen läste vi igenom texten flera gånger för att sedan börja med analyseringen.

Analys av materialet

I innehållsanalysen vill vi förenkla och berika data för att skapa en så kallad "överskådlighet". Vi använde oss av Jacobsens (2012) kvalitativa analysmetod. Vi började med att *tematisera* texten, där vi reducerade texten till en uppsättning av tematiska enheter. Detta betyder i praktiken att vi granskade den transkriberade texten och gick i grunden igenom vad en viss mening behandlar eller uttrycker. Efter tematiseringen fick vi totalt 12 teman. Det nästa vi gjorde var att lägga de 12 teman i kategorier. Syftet med den så kallade *kategorisering* är att förenkla texten från onödiga detaljer och jämföra data i intervjuerna. Kategorierna i vår innehållsanalys blev totalt 3; "fysisk aktivitet", "begränsningar" och "självständighet". Efter att kategorierna var fastslagna, fyllde vi de med innehåll, alltså vi "illustrerade" dem med *citata*. Citaten som valdes ut har som syfte att definiera kategorin. I tabell 2 presenteras våra teman, kategorier och citat. (Jacobsen, 2012 s. 146 ff.)

Till näst räknade vi ihop *antalet gånger* som ett tema nämndes och utsåg vilken kategori som omfattades flest gånger i texten. Våra teman inom kategorierna adderades ihop för att få en uppfattning om vad informanterna ansåg vara viktigt. De flest nämnda kategorierna från högst till lägst är "fysisk aktivitet", "självständighet" och "begränsningar". Begränsningar hade minst antal träffar, men det måste ändå tolkas försiktigt eftersom den hade också lägst antal teman. Efter att teman adderades ihop började vi se om de finns likheter mellan tidigare forskning och vårt resultat och söka förklaringar till dem. (Jacobsen, 2012 s. 149 ff.)

Tabell 1 Teman, kategorier och citat från innehållsanalysen

| Tema | Kategori | Citat |
|--|--|---|
| <p>"Tester"</p> <p>"Träning"</p> <p>"Terapeutisk träning"</p> <p>"Symmetri och balans"</p> <p>"Gång"</p> | <p>Fysisk aktivitet</p> <p>(hur personen rör sig/få personen igång)</p> | <p>"Här finns äldre människor på bäddavdelningen och äldre människor har vissa typiska problem, vi pratar om människor med många olika sjukdomar"</p> |
| <p>"Smärta"</p> <p>"Komplikationer"</p> <p>"Svullnad"</p> | <p>Begränsningar</p> <p>(påverkar/begränsar hur personen rör sig)</p> | <p>Förr var det mer noggrant med begränsningarna efter operation, nu är det ofta bara begränsat till belastning enligt smärtgränsen."</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>”Hjälpmedel”</p> <p>”Handledning”</p> <p>”ADL-funktioner”</p> <p>”Målsättning”</p> | <p>Självständighet</p> <p>(underlätta hur personen rör sig)</p> | <p><i>Man bör sträva till symmetri, hjälpmedlet väljs därefter, eftersom om man ger till exempel en käpp i ett för tidigt skede så kan det vara att patienten inte kan flytta tyngden ordentligt på det opererade benet.”</i></p> |
|---|--|---|

3.4 Trovärdighet och tillförlitlighet

Trovärdigheten i kvalitativ forskning är förknippad med datainsamlingstekniken. Eftersom vi fungerat som intervjuare, kan vi ställa frågan: ”Skulle en annan intervjuare, som gör likadan forskning få samma resultat och slutsatser?” (Denscombe 2016 s. 413 f.) Om en liknande studie skulle göras med liknande frågor i intervjuguiden, anser vi att resultatet skulle vara likartat.

Med tanke på överförbarhet så anser vi att urvalet, deltagaren, datainsamlingen och analysen är omfattande. Vårt resultat i arbetet anser vi att kan överföras till liknande situationer. (Lundman & Hällgren Graneheim s.170)

Tillförlitlighet betyder att vi har noggrant reflekterat våra beslut under hela arbetet. Vi har kritiskt diskuterat våra val under hela arbetet och gjort analysen av intervjuerna gemensamt. Tillförlitligheten i resultatet anser vi att är god. (Lundman & Hällgren Graneheim s. 170)

4 ETIK

Det är viktigt att en forskning alltid görs enligt etiska principer. Inom vårt arbete fungerar *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland* som arbetets etiska riktlinjer (Forskningsetiska Delegationen 2012). Forskningsetiska delegationens riktlinjer tar upp självbestämmanderätten, undvikande av skada och att deltagarnas integritet skyddas. Med självbestämmanderätt menas att det är frivilligt att delta i studien och att informanten när som helst kan avbryta intervjun. Detta tas upp i nedanstående stycke. I vår studie har vi skriftligt bevis på samtycke av informanterna, vilket också är en av punkterna i Forskningsetiska delegationen. Angående kriteriet att undvika skada, har vi behandlat informanterna med respekt och tagit hänsyn

till dem angående rapporteringen. Bortsett från forskningsmaterialet är rapporteringen är till för alla.

Allt material från informanterna har lagrats och behandlats *konfidentiellt*. Med konfidentiell menar vi att vi har lättat på kraven angående anonymitet. Vi gjorde det eftersom regionen där forskningen utfördes är liten och fysioterapeuterna är få, vilket medför en risk och möjlighet att identifiera personen till materialet. (Jacobsen 2012 s. 35 f) I själva intervjun nämns inte namn på informanterna för att skydda deras integritet.

För att en intervjustudie skall godkännas, krävs ett etiskt godkännande. Detta kräver i sin tur att vi har en detaljerad beskrivning hur intervjuerna skall genomföras, hur man har gått till väga angående urvalet av informanter samt intervjufrågorna. (Henricson 2012 s. 147) Efter godkänt examensarbete raderas texterna och ljudinspelningarna.

Informerat samtycke

Den grundläggande principen för informerat samtycke är att informanten frivilligt skall kunna delta i studien. Dessutom bör informanten också veta vilka risker och möjligheter ett deltagande kan innebära. Blanketten om informerat samtycke tilldelades informanterna och finns i arbetet som bilaga (se Bilaga 1). Vi informerade om syftet i vår studie och vad intervjun går ut på samt berättade att intervjun är anonym. Informanten fick också information om att deltagande i intervjun är frivillig, vem som kommer att ha tillgång till materialet och att intervjun kommer att spelas in. (Jacobsen 2012 s. 32 ff.)

5 RESULTAT

I det här kapitlet presenteras resultat från innehållsanalysen av intervjuerna som kommer under stadiet *verifiering* i Kvale och Brinkmanns forskningsintervjuernas sju stadier. Totalt 12 teman kategoriserades till tre kategorier. Den första kategorin, ”Fysisk aktivitet”, visade sig vara central i den akuta rehabiliteringen och är därför också vår största kategori. ”Självständighet” bildar arbetets andra kategori och utgår från den målsättning och de verktyg som underlättar och försnabbar rehabiliteringen. Den tredje kategorin är ”Begränsningar”, där de olika faktorerna identifieras. Begränsningar utgör ramen för planeringen av rehabiliteringen.

De fysioterapeutiska metoder som används inom höftprotesoperationsrehabilitering kan sammanfattas till 1) passiv och aktiv rörlighetsträning, 2) förflyttningar med och utan hjälpmedel samt 3) utredning och uppföljning av funktionsförmågan.

Att få patienten **fysiskt aktiv** och i rörelse är det mest kritiska i det akuta skedet efter en höftprotesoperation. På bäddavdelningen är rehabiliteringen intensiv från början, med två fysioterapisessioner fem dagar i veckan. Belastning och rörelse av leden bidrar till att stärka musklerna och återfå funktionsförmågan, vare sig det sker passivt eller aktivt. Det här återspeglas i all terapeutisk träning som utförs samt den handledning som terapeuterna ger. Våra informanter poängterar strävan efter symmetri i alla rörelser; i liggande, sittande, stående och gång.

”Man bör sträva till symmetri, hjälpmedlet väljs ut därefter, eftersom om man ger till exempel en käpp i ett för tidigt skede så kan det vara att patienten inte kan flytta tyngden ordentligt på det opererade benet.”

Med kartläggning av symmetrin kan terapeuten se om patienten vågar sätta vikt på benet och om hen orkar sitta eller stå självständigt. Det är ett funktionellt mått på patientens uthållighet, styrka, rörlighet och självständighet.

Smärtan är den störta **begränsande faktorn** för patientens rörlighet och påverkar också rehabiliteringen. Smärtan korrigeras med mediciner så att det inte blir ett hinder för patienten att vara fysiskt aktiv. Behovet av smärtmedicinering kontrolleras med VAS (Visual Analog Scale) och justeras enligt det. Med kylbehandling minskas svullnaden och ökar rörelseomfånget i höftleden. När smärtan är under kontroll kommer också rehabiliteringen snabbare igång.

”Förr var det mer noggrant med begränsningarna efter operation, nu är det ofta bara begränsat till belastning enligt smärtgränsen.”

Patienten får normalt göra allt som inte provocerar smärta. I vissa fall – ofta i samband med någon annan komplikation eller bakgrundssjukdom – specificeras begränsningarna i patientberättelsen av avdelningsläkaren. Bland de vanligaste rörelsebegränsningarna hör att undvika djupsittande eller utåtrotation av höftleden. För att förebygga komplikationer och infektioner ska patienten i början inte sitta för länge i sociala utrymmen.

”Under de första dagarna efter operationen rekommenderas det att patienten inte sitter längre än 30 minuter per gången.”

Förflyttningarna är en del av rehabiliteringen och träningen. Att komma upp från sittande till stående med jämn belastning på båda benen berättar mycket om patientens smärtupplevelser, styrka, rädslor och behov av hjälpmedel.

”Uppstigning är ett bra test för att kolla upp deras funktionsförmåga”

Redan innan patienten kommer till avdelningen får hen ett träningsprogram att följa under rehabiliteringen. Programmet innehåller övningar som ska aktivera och stärka musklerna kring den opererade leden. Med handledning från fysioterapeuten anpassas övningarnas svårighetsgrad.

”Terapeuten går upprepade gånger igenom träningsprogrammet tillsammans med patienten.”

Det här är till nytta eftersom patienten kan fortsätta med träningen tryggt efter hemförlovingen. Våra informanter betonade vikten av aktivering av sätesmusklerna samt rullande steg (hålnedslag och tåskuff) under själva gången. Balansen tränas i samband med lägesförflyttningar, där man strävar efter en symmetri i rörelsen.

Patientens **självständighet** är starkt kopplat till funktionsförmågan. För att undersöka fallrisk och funktionsförmågan används olika tester, bland annat SPPB (Short Physical Performance Battery), TUG (Timed Up-and-Go), 5ggr uppresning, 10m gångtest och BBS (Bergs Balance Scale). Informanterna berättar att de ibland modifierar testerna beroende på patientens ork och förmåga. Ofta kontrolleras rörligheten och muskelstyrkan så att den är lik eller jämförbar med den icke-opererade sidan.

Hjälpmedel fungerar som stöd i de vardagliga funktioner (ADL) och minskar belastningen på den opererade leden. Dessa kan till exempel vara ståställning, reumarullator, vanlig rullator, kryckor eller käpp. Dessutom kan terapeuten låna ut olika förhöjningar till wc och till sängen, samt duschstolar.

Benlängdsskillnad kan uppstå som följd efter en höftprotesoperation. Detta skall tas i beaktande och kontrolleras direkt. Om ett sådant fall upptäcks så korrigeras det vanligtvis med skoinlägg. Benlängdsskillnaden kan orsaka ryggproblematik och om det inte behandlas kan det orsaka spinalstenos.

”Problem i ryggen och därefter kan det orsaka spinalstenos [...] detta kontrolleras med röntgen...”

Ett förhöjt infektionsvärde (CRP) tyder på att patientens återhämtning inte går åt rätt håll, vilket kan vara ett tecken på en eventuell komplikation. CRP-värden följs därför med för att utvärdera patientens återhämtning samt förebygga komplikationer. Infektion och varbildning i såret eller nekros hör till de vanligaste komplikationerna. CRP-värden dokumenteras och fysioterapeuten ser igenom värdena före hen börjar jobba med patienten. Protesen kan också lossna från sina fästen eller gå ur led, vilket kan innebära ny operation.

Patienten är på bäddavdelningen mellan 10 och 15 dagar, äldre seniorer brukar vistas två veckor på avdelningen. Först när ärret börjat läka, smärtan är under kontroll och patienten kan röra på sig säkert och självständigt, med eller utan hjälpmedel, blir patienten utskriven och hemskickad. Men eftersom det finns mest seniorer på bäddavdelningen så bör man ta flera saker i beaktande.

”Här finns äldre människor på bäddavdelningen och äldre människor har vissa typiska problem, vi pratar om människor med många olika sjukdomar”

Under intervjuerna pratade vi om patienter med sämre funktionsförmåga och faktorer som påverkar deras rehabilitering. Beroende på om det finns några andra faktorer i bakgrunden som försämrar funktionsförmågan kan patienten behöva stanna längre, upp emot fem veckor på bäddavdelningen. I vissa fall ordnas det också med någon form av äldreomsorg eller hemvård för att stöda patientens funktionsförmåga. Om patienten har minnessjukdomar så kan det också vara att patienten är på bäddavdelningen i fem till sex veckor. Om patienten inte längre klarar sig hemma, ordnas en plats på ett äldreboende eller dylikt.

”Äldre människor vars funktionsförmåga är så pass låg att de inte klarar sig hemma blir inlagda på bädden och sedan därifrån sker rehabiliteringen vidare.”

Sex veckor efter operationen kallas patienten till en kontroll. Under det tillfället kontrolleras rörligheten, behovet av hjälpmedel och smärtmedicinering. Först kontrolleras gången och informanterna nämner vikten av att m. gluteus medius inte ger efter, ett positivt trendelemburg-tecken som betyder att höften inte hålls stabil. Vid kontrolltillfället borde smärtmedicineringen åtminstone ha minskats, helst avslutats helt. Våra informanter berättar att de brukar fråga patienten

om något är svårt och om de är nöjda med resultatet efter operationen. Utgående från deras svar kan fysioterapeuten ge råd och handledning för att stöda patientens målsättning och funktion.

6 DISKUSSION

Syftet med vårt arbete var att fördjupa oss i hurdana fysioterapeutiska metoder används efter en total höftoperation under den akuta fasen och hur de implementeras i praktiken. Det här arbetet kan bidra med praktisk information för utveckling av fyssim-projektet. I vårt arbete kom det inte fram några specifika fysioterapimetoder som används av i praktiken, däremot fick vi svar på våra frågor om hurdana metoder som används. Följaktligen har både vår teoretiska och praktiska kunskap ökat inom ämnet, vilket uppfyller arbetets syfte. Vi anser att vi har skyddat informanternas integritet i hela arbetet, genom att inte ge ut deras namn och inte använt Ortsnamn där man kunde identifiera informanten. Vår uppfattning är att det här arbetet presenterar anonyma data, så objektivt som möjligt.

6.1 Resultatdiskussion

Eftersom vår studie är ett kvalitativt arbete så kan vi inte generalisera resultatet. Den teoretiska bakgrunden stöder däremot de resultat vi fått och ger dem trovärdighet. Trovärdigheten anser vi vara god, eftersom vi har ett tydligt syfte och tydliga frågeställningar. Vi har lyckats upprätthålla objektiviteten, eftersom vi har rapporterat resultaten som de är och inte lagt in våra subjektiva antaganden i resultatet. Trovärdigheten kommer också av att den tidigare forskningen stöder vårt resultat.

I tidigare forskning av bland annat Jogi et al. (2015), Van Herck et al. (2010), Nakanowatari et al. (2016) och Umpierres et al. (2014) samt i rekommendationerna av Hochberg et al. (2012) poängteras vikten av att patienten mobiliseras snarast möjligt och att den opererade leden belastas. Våra informanter poängterade många gånger samma sak som artiklarna, nämligen att fysisk aktivitet är kärnan i rehabiliteringsprocessen. Styrketräning och jämn, symmetrisk belastning i förflyttningar rekommenderas så snart som möjligt, naturligtvis med beaktande av patientens smärtgräns (Kamel et al. 2003). Hochberg et al. (2012), liksom broschyren av Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt (2016), rekommenderar att träningen påbörjas redan inom ett dygn efter operationen. Aktivering av musklerna och passiv rörelse med hjälp av terapeuten utförs flera

gångar om dagen, i enlighet med träningsprogrammet. Träningsprogrammet kan anpassas med progressivt ökande belastning (Husby et al. 2019). Gradvis går patienten från lättare övningar till vardagsmotion och vardaglig rörelse. Informanterna berättar att om patientens tillstånd tillåter går de igenom programmet minst två gånger om dagen. Träningsprogrammets övningar kan förenklas vid behov, medan de enklare övningarna kan bytas ut till mer utmanande alternativ. Som jämförelse kan nämnas rehabiliteringen under 90-talet då träningen skulle göras med patienten sängliggande. Då var också mortaliteten högre. (Kamel et al. 2003; Van Herck et al. 2010)

Smärtan och svullnaden efter operationen är bland de faktorer som mest begränsar ledens rörelseomfång mest. I intervjuerna berättade informanterna att de använder kylbehandling vid sidan om smärtmedicineringen för att minska svullnaden kring leden och göra det lättare för patienten att röra på sig (Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt 2016). Med minskad svullnad och smärta kan patientens rörelseomfång ökas, vilket möjliggör mer effektiv terapi. (Van Herck et al. 2010)

Gångstöd som kryckor eller rullator underlättar och stöder gångfunktionen (Hochberg et al. 2012; Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt 2016). Informanterna vill också lyfta fram att hjälpmedel inte ska introduceras för snabbt, för då ökar risken att patienten inte belastar det opererade benet tillräckligt och blir för beroende av hjälpmedlet. Eftersom patientens utgångsskick beror på olika bakgrundsfaktorer och -sjukdomar, bör ett av rehabiliteringen mål vara att förbättra säkerheten i gång- och rörelseförmåga (Hochberg et al. 2012). Funktionella tester som TUG, SPPB och BBS används för att kartlägga fallrisk och bedöma balansen. I intervjuerna svarade informanterna att fysioterapeuterna oftast bara undersöker funktionsförmågan. De jämför rörligheten med den icke-opererade sidan och undersöker gångens kvalitet. Om däremot något verkar vara i behov av att kartläggas testerna. När kontrollen görs efter sex veckor jämförs tidigare resultat för att konstatera om någon förbättring skett. Informanterna återkommer ofta till att fokus ligger mer på patientens upplevda funktionsförmåga och mål. Efter kontrollen vid sex veckor efter operationen får patienten börja med vattengymnastik, en motionsform som våra informanter rekommenderar och säger att är populär. (Egentliga Finlands Sjukvårdsdistrikt 2016)

6.2 Metoddiskussion

Intervju som forskningsmetod anser vi att är rätt med tanke på våra forskningsfrågor, som är: 1) Hurudana fysioterapeutiska metoder används under akuta fasen efter höftprotesoperation? 2) Hur

implementeras dessa metoder i praktiken? Fördelen med denna typ av metod är att vi fick tidsenlig information och en inblick i de metoder som används inom Åboregionen. Detta medför att vi också fick arbetsrelevans till vår studie och därmed bidrar till vidare forskning inom fyssim projektet. Informanterna som vi intervjuade gav beskrivande och relevanta svar på intervjufrågorna. En av nackdelarna med intervjuerna var att det var tidskrävande. Ifall vi skulle göra om denna forskning så skulle vi i ett tidigare skede fastställa vilken typ av forskningsmetod vi skall använda oss av. Genom att göra detta skulle vi ha mer tid till att fokusera på att hitta fler informanter och därigenom få fler intervjuer, som skulle ge mer generellt resultat. Vi skulle också ha använt oss av en intervjumetod med öppna frågor, eftersom vi hade för specifika frågor i intervjuguiden. Öppna frågor skulle bidra till en mer naturlig konversation, där vår uppgift mera skulle handla om att ställa följdfrågor. Under analysen av data ansåg vi också att vissa frågor var för vägledande, vilket kunde ha påverkat informanternas svar på frågorna. Att svara på våra forskningsfrågor skilt för sig var svårt, eftersom de svar vi fick ofta involverade båda frågeställningarna; vilken metod samt hur den implementerats.

Andra alternativa forskningsmetoder för att samla in liknande data kunde vara litteraturstudie eller enkätstudie. En litteraturstudie skulle troligtvis ge ett mer teoretiskt resultat. I en litteraturstudie skulle man tydligare få fram de rekommenderade och evidensbaserade metoderna som används, men det skulle vara svårt att svara på hurudana metoder som verkligen används på fältet. I en enkätstudie skulle antalet informanter öka, då man direkt skickar frågeformuläret till ett flertal informanter. Genom att skicka frågorna direkt till informanterna, skulle alltså deltagande öka och därigenom mer data samlas in. Med hjälp av ett frågeformulär är det svårt att diskutera ämnet grundligt och att ställa följdfrågor. Det inverkar naturligtvis på kvaliteten eftersom svaren skulle bli begränsade.

7 SLUTSATSER

Med tanke på vidare studier inom akut fysioterapi efter höftprotesoperation, kunde man forska djupare i någon av kategorierna som vi har valt i vårt examensarbete. Forskning kring vilken typ av fysisk aktivitet eller terapeutisk träning som används i Åboregionen av fysioterapeuter under akuta fasen av rehabiliteringen, skulle kunna vara ett ämne för en fortsatt studie. Husby et al. (2019) tog upp både den konventionella metoden och intensiv styrketräning och konstaterade att de som gjorde mer intensiv träning med benpress och abduktionsträning rehabiliterades bättre.

Förmodligen behövs mer forskning för att reda ut vilken typ av träning man kan använda redan i det akuta skedet.

Detta examensarbete utfördes för att öka förståelsen för hurdana fysioterapeutiska metoder som används i akut rehabilitering efter en total höftprotesoperation, samt hur de nyttjas i praktiken. Forskningsdata i detta examensarbete är litet, vilket begränsar arbetets djup. Höftoperationer är vanliga, varav den vanligaste orsaken är fall. Eftersom vår population blir äldre ökar också antalet höftoperationer. Fysisk aktivitet förebygger och rehabiliterar patienten efter en höftprotesoperation. Om patienten förstår betydelsen av fysisk aktivitet kan hen aktivt bidra till att bli mer självständig i sin rehabilitering.

KÄLLOR

Ambrose, A.F., Paul, G. & Hausdorff, J.M., 2013, *Risk factors for falls among older adults: a review of the literature*, Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23523272>
Hämtad 18.1.2020.

Behnke, S.R., 2008, *Anatomi för idrotten*, 1a uppl., Sisu, Idrottsböcker.

Dahlberg, K., 1997, *Kvalitativa metoder för vårdvetare*, 2 uppl., Lund, Studentlitteratur.

Denscombe, M., 2016, *Forskningshandboken, För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, 3 uppl., Lund, Studentlitteratur.

Dyer, S.M., Crotty, M. & Fairhall, N., 2016, *A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture*, Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27590604>
Hämtad: 18.1.2020.

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt., 2016, *Höftprotesoperation*, Tyks Tules-toimialue, Tillgänglig:
<https://hoitoohjeet.fi/OhjepankkiVSSHPRuotsi/H%C3%B6ftprotesoperation.pdf> Hämtad: 21.2.2019.

Forskningsetiska Delegationen., 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*, Tillgänglig:
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad 25.2.2020

Haentjens, P., Magaziner, J. & Colón-Emeric, C.S., 2010, *Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men*, Tillgänglig:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20231569> Hämtad: 18.1.2020

Henricson, M., 2012, *Vetenskapsteori och metodik*, Lund, Studentlitteratur.

- Hochberg, M.C., Altman, R.D., April, K.T., Benkhalti, M., Guyatt, G., McGowan, J., Towheed, T., Welch, V., Wells, G. & Tugwell, P., 2012, American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*. Vol. 64, Nr. 4, 2012, s. 465–474.
- Holmström, E. & Moritz, U., 2007, *Rörelseorganens funktionsstörningar, Klinik och sjukgymnastik*, 3 uppl., Lund, Studentlitteratur.
- Husby, V., Helgerud, J., Bjorgen, S., Husby, O., Benum, P. & Hoff, J., 2009, Early maximal strength training is an efficient treatment for patients operated with total hip arthroplasty. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 90, 2009. s.1658–1667.
- Huusko, T.M., Karppi, P. & Avikainen, V., 2000, *Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia*, Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11061730> Hämtad: 18.1.2020.
- Jacobsen, I., 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring, Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund, Studentlitteratur.
- Jogi, P., Overend, T.J., Spaulding, S.J., Zecevic, A. & Kramer, J.F., 2015, *Effectiveness of balance exercises in the acute post-operative phase following total hip and knee arthroplasty: A randomized clinical trial*, Tillgänglig: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679229/pdf/10.1177_2050312115570769.pdf, Hämtad 25.04.2019.
- Joint Academy., 2019, *Höftens anatomi*, Tillgänglig: <https://www.artros.org/skelett-och-leder/hoftens-anatomi/>, Hämtad: 29.04.2019.
- Kamel, H.K., Iqbal, M.A. & Mogallapu, R., 2003, *Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes*, Tillgänglig: [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14630887](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14630887) Hämtad: 18.1.2020.
- Krippendorff, K., 2004, *Content analyses. An introduction to its Methodology*, 2 uppl., Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, 2 uppl., Lund, Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., 2012, *Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, 2 uppl., Lund, Studentlitteratur, s. 187 – 199.
- Magee, D. J., 2014, *Orthopedic Physical Assessment*, 6 uppl., St. Louis, Missouri.
- Nakanowatari, T., Suzukamo, Y. & Izumi, S.I., 2016, The Effectiveness of Specific Exercise Approach or Modifiable Heel Lift in the Treatment of Functional Leg Length Discrepancy

in Early Post-surgery Inpatients after Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial with a PROBE design. *Physical Therapy Research*, nr 19, s. 39 – 49.

Nordin, M. & Frankel, V.H., 2001, Biomechanics of the hip. I: Nordin, M. och Frankel V.H. (red.), *Basic biomechanics of the Musculoskeletal System*, 3e uppl., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. S. 202 – 221.

Norkin, C.C. & Levangie, P.K., 1993, *Joint structure & function, a comprehensive analysis*, 2 uppl., Philadelphia, F A Davis Company.

Openstax.org, 2017, *Hip and thigh muscles*. Tillgänglig: <https://openstax.org/resources/48a26b0c6351a2052a16c4fcd338bc092505e492> Hämtad 25.02.2020

Reumaliitto., 2016, *Ledförslitning*, Tillgänglig: <https://www.reumaliitto.fi/sv/reuma-abc/reumatiska-sjukdomar/ledforslitning> Hämtad 29.04.2019.

Taylor, B.C. Schreiner, P.J. & Stone, K.L., 2004, *Long-term prediction of incident hip fracture risk in elderly white women: study of osteoporotic fractures*, Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15341549> Hämtad: 18.1.2020.

THL., 2018, *Höft- och knäproteser 2016*, Tillgänglig: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/specialiserad-sjukvard/hoft-och-knaproteser>, Hämtad: 15.02.2019.

THL., 2019a, *Lonkan ja polven tekonivelet 2018*, Tillgänglig: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138482/Tr31_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Hämtad: 6.11.2019.

THL., 2019b *Lonkkamurtuma 2017*, Tillgänglig: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/lonkkamurtuma> Hämtad: 18.1.2020.

Umpierrez, C., Ribeiro, T., Marchisio, A., Galvao, L., Borges, I., Macedo, C. & Galia, C., 2014, Rehabilitation following total hip arthroplasty evaluation over short follow-up time: randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, vol. 10, 2014. s. 1567–1578.

Van Herck, P., Vanhaecht, K., Deneckere, S., Bellemans, J., Panella, M., Barbieri, A. & Sermeus, W., 2010, Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. vol. 16, 2010. s. 39–49.

BILAGOR

BILAGA 1

INFORMERAT SAMTYCKE

Information till deltagarna i studien "Akut Postoperativ Fysioterapi För Höftprotespatienter". Denna studie är en del av fyssim projektet. Vi är tredje årets fysioterapistuderande vid Arcada och skriver vårt examensarbete om hurdana rehabiliteringsmetoder fysioterapeuten använder sig av efter en akut höftprotesoperation. Arbetets syfte är att förstå hurdana fysioterapeutiska rehabiliteringsmetoder, gällande patienter som genomgått höftoperation, som används inom Åboregionen.

Deltagandet i intervjun är frivilligt och informanten har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i intervjun eller vägra svara på frågor som ställs. Ifall informanten väljer att avbryta sitt deltagande mitt i intervjun eller efter det, har intervjuaren rätt att använda det material som har erhållits till dess. Intervjun uppskattas ta ungefär 30 minuter. Intervjun utförs i fysioterapeutens arbetsutrymmen. Frågorna ges inte på förhand. Intervjun spelas in och transkriberas sedan. Efter att intervjun har renskrivits, förstörs ljudmaterialet. När studien är klar, förstörs även det skriftliga materialet från intervjun. I arbete kommer inga namn att nämnas och det är endast vi och våra handledare som kommer att ha tillgång till intervjumaterialet. Saker som kommer upp under intervjun återberättas i studien på ett sätt där de intervjuade inte kan kännas igen. Eventuellt kan direkta citat användas, då beaktas anonymiteten. Examensarbetet kommer att publiceras på Arcada och internetadressen www.theseus.fi.

Om ni har frågor angående studien kontakta: Mikael Willstedt, tfn: 045***** eller Leslie Skog, tfn: 040*****. Arbetets handledare kan också kontaktas, vid namn Anne Kokko, tfn +358***** eller Linnéa von Hedenberg-Löfmann, tfn +358 *****

Jag har fått tillräcklig information angående intervjun, samt läst och förstått informationen jag fått. Härmed anmäler jag mig som frivillig deltagare till undersökningen.

Datum och ort

Underskrift

Namnförtydligande

Skribent: Mikael Willstedt, Leslie Skog, Yrkeshögskolan Arcada

Handledare: Anne Kokko, Linnea von Hedenberg-Löfmann

BILAGA 2

TEMAINTERVJUBLANKETT

1. Vad går sexveckorskontrollen ut på?
 - a. Hur bedöms/undersöks patientens funktionsförmåga?
 - b. Hurudana råd till fortsatt rehabilitering ger ni patienten?
 - c. Hurudant är behovet av fysioterapi?
 - d. Modifierar ni träningsprogrammet som patienten får i samband med den preoperativa? Varför/varför inte?
2. Hur skiljer sig fysioterapin för de som kommer in på bäddavdelningen från de som är mer självständiga?
3. Litteraturen nämner att man bör träna balans, styrka och rörlighet. Hur tillämpas det i rehabiliteringen?
4. Test och mätningar:
 - a. TUG och BBS brukar bland andra nämnas som viktiga mätinstrument för att bedöma funktionsförmågan hos äldre, hur använder ni er av dem i rehabiliteringen efter en höftprotesoperation.
 - b. Använder ni något annat verktyg, till exempel frågeformulär som WOMAC?
5. Vilka möjligheter finns det till vattenterapi? Hur populärt är det?
 - a. Hur ofta / många gånger?
6. Enligt riktlinjerna finns det begränsningar på vad patienten får göra efter operationen beroende på operationssnittet och protestypen. Hur ser den situationen ut i praktiken och hur inverkar det på rehabiliteringen?
 - a. Hur viktigt är det med sårvård? Går ni igenom det med patienten?