



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademien för hälsa, vård och välfärd

PATIENTERS TOLKNING AV POSTOPERATIVA RESTRIKTIONER INFÖR ELEKTIV TOTAL HÖFTPLASTIK

En kvalitativ intervjustudie

PHILIP BÄCK

SEBASTIAN LINDKVIST

Huvudområde: Fysioterapi med
beteendemedicinsk inriktning
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Fysioterapeutprogrammet
Kursnamn: Fysioterapi: examensarbete med
inriktning beteendemedicin
Kurskod: FYSO10

Handledare: Ann-Christin Johansson
Examinator: Eva Denison

Seminariedatum: 2018-03-15
Betygsdatum: 2018-04-10

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vid höftplastik tilldelas patienterna postoperativa restriktioner som införts i syfte att sänka antalet fall av luxation av den nya höften. På senare år har forskningen visat att restriktionerna inte verkar ha den effekt man önskat. I nuläget finns inte tillräcklig evidens som visar på hur patienterna tolkar, upplever och vilka förväntningar de har på dessa restriktioner.

Syfte: Studiens syfte är att undersöka hur patienter som är planerade för elektiv total höftplastik tolkar postoperativa restriktioner, förväntningar på dessa, samt upplevd förmåga att följa dem.

Metod: Författarna använde sig utav en kvalitativ studiedesign med induktiv ansats. Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes med patienter som nyligen fått postoperativa restriktioner i samband med en preoperativ information. Materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys samt tolkades utifrån socialkognitiva teorin.

Resultat: Resultaten kunde delas upp i 6 kategorier och 14 underkategorier. Kategorierna bestod av deltagarnas tolkning av och förväntningar på postoperativa restriktioner samt upplevd förmåga att följa dessa, och delades upp i: Kunskapsbaserat, Följsamhet, Omfattning, Förändring, Nödvändighet och Begränsningar.

Slutsatser: Studien visar att postoperativa restriktioner kan tolkas av patienterna utifrån både positiva och negativa aspekter, dock verkade fokus ligga på den positiva inverkan av restriktionerna. Utöver detta hade deltagarna varierande uppfattningar avseende begreppet restriktioners omfattning. Uppfattningarna var olika beroende på om patienterna hade tidigare erfarenhet av höftoperation eller ej.

Nyckelord: Beteendemedicin, fysioterapi, kvalitativ metod, restriktioner, total höftplastik, tolkningar.

ABSTRACT

Background: Following hip replacement, patients are assigned postoperative restrictions with the intent of reducing the risk of luxation of the new joint. Recent studies show that restrictions don't seem to give the desired effects. Currently, there's not enough evidence displaying the interpretations and expectations that patients have on postoperative restrictions following total hip replacement.

Aim: The purpose of this study is to investigate the interpretations, expectations, and perceived ability of adherence to postoperative restrictions among patients who are planned to undergo total hip replacement.

Method: The study was qualitative with an inductive approach. Six semi-structured interviews of patients that were recently assigned postoperative restrictions during a briefing regarding their upcoming operation were made. Data was analyzed using qualitative content analysis and the authors also interpreted the result using the social cognitive theory.

Result: The data was divided in six categories, with a total of 14 subcategories. The categories consisted of the participants' interpretations, expectations, and perceived ability of adherence to postoperative restrictions. The following categories were used: Knowledge based, Adherence, Meaning, Change, Necessity, and Limitations.

Conclusion: The study shows that postoperative restrictions on total hip replacement can be interpreted in both positive and negative aspects. However, the focus seemed to be on the positive impact of the restrictions. In addition, the participants had varied perceptions regarding the extent of the concept, restrictions. The study show differences between people with previous experiences about the surgery and those who had not.

Keywords: behavioral medicine, interpretations, restrictions, total hip replacement, physiotherapy, qualitative research.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Total höftplastik.....	1
1.2	Vanliga diagnoser.....	2
1.3	Rehabilitering efter total höftplastik.....	2
1.4	Restriktioner	3
1.4.1	<i>Hur tas restriktionerna emot?</i>	4
1.4.2	<i>Behövs restriktioner?</i>	4
1.5	Beteendemedicin.....	5
1.5.1	<i>Socialkognitiv teori</i>	5
1.5.2	<i>Patienters tolkning av information från vårdgivaren</i>	6
2	PROBLEMFÖRMULERING	7
3	SYFTE	8
4	METOD OCH MATERIAL	8
4.1	Design	8
4.2	Urval	8
4.2.1	<i>Inklusionskriterier</i>	8
4.2.2	<i>Deltagare</i>	8
4.2.3	<i>Restriktioner</i>	9
4.3	Datinsamling.....	9
4.4	Tillvägagångssätt	9
4.4.1	<i>Rekrytering</i>	9
4.4.2	<i>Intervjuer</i>	10
4.5	Dataanalys	10
4.6	Etiskt ställningstagande	12
5	RESULTAT	13
5.1	Kunskapsbaserat.....	13
5.2	Följsamhet	14

5.2.1	<i>Osäkerhet</i>	14
5.2.2	<i>Eget ansvar</i>	14
5.2.3	<i>Betydelse för resultatet</i>	15
5.3	Omfattning	15
5.3.1	<i>Innebörden av restriktioner</i>	15
5.3.2	<i>Informationsretention</i>	16
5.4	Förändring	16
5.4.1	<i>Livsstil och rörelsemönster</i>	16
5.4.2	<i>Ingen förändring</i>	17
5.4.3	<i>Osäker om restriktioner innebär förändring</i>	17
5.5	Nödvändighet	17
5.5.1	<i>Återgång till normalt liv</i>	17
5.5.2	<i>Restriktioner finns för ens eget bästa</i>	18
5.5.3	<i>Läkningsprocessen</i>	18
5.6	Begränsningar	18
5.6.1	<i>Rörelser</i>	18
5.6.2	<i>Tidsaspekt</i>	18
5.6.3	<i>Minskad frihet</i>	19
6	DISKUSSION	19
6.1	Resultatsammanfattning	19
6.2	Resultatdiskussion	19
6.3	Metoddiskussion	23
6.4	Etikdiskussion	27
7	SLUTSATSER	27
8	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	28
	REFERENSLISTA	29
	BILAGA A – OLIKA RESTRIKTIONER	
	BILAGA B - DEN SKRIFTLIGA INFORMATIONEN FRÅN DET AKTUELLA SJUKHUSET	
	BILAGA C – INTERVJUGUIDE	

BILAGA D – INFORMATIONSBREV

1 BAKGRUND

Denna studie undersöker hur patienters tolkningar och förväntningar av postoperativa restriktioner samt upplevd förmåga att följa dem inför elektiv, det vill säga planerad, total höftplastik. Målet med studien är att analysera de dominerande tankarna, känslorna och uppfattningarna patienterna bildar då restriktionerna presenteras för dem. Resultatet kan bidra till ökad kunskap om hur patienter uppfattar restriktioner, vilket kan vara värdefullt i förbättringsarbetet när det gäller preoperativ patientinformation vid höftoperation.

1.1 Total höftplastik

Total höftplastik är en av världens vanligaste operationer. Bara 2013 gjordes tillsammans i Sverige, England, Canada och USA 333 480 operationer (Smith et al., 2016). Det finns uppgifter om att de första försöken av en total höftplastik gjordes redan 1891 i Tyskland, men det brukar sägas att den moderna höftplastiken föddes på 1960-talet i England (Knight, Aujla, Biswas, 2011). De första dokumenterade operationerna i Sverige enligt Kärrholm et al (2016) gjordes 1970, det utfördes totalt sex operationer det året. Den senaste statistiken från 2016 visar att den siffran ökat till 17261 operationer.

Total höftplastik innebär att höftledens ledhuvud och ledpanna ersätts av konstgjorda delar med huvudsakligt syfte att lindra smärta. Den tydligaste indikatorn för ingreppet är svåra belastningssmärter och vilovärk (Lindgren & Svensson, 2014). Smith et al. (2016) skriver att artros är den största andledning till total höftplastik och står för 83 - 93 procent av operationerna. I Sverige var artros primär orsak i 81 procent av fallen år 2015 enligt Kärrholm et al (2016). Av dessa så var ca 60 procent kvinnor och med stigande ålder ökar den procentuella andelen kvinnor. Hos personer som är äldre än 75 år stod kvinnorna för nära 70 procent av de totala höftplastikoperationerna till följd av artros. Vid måttliga besvär föredras symtomatisk behandling och beteendeförändring för att assistera den sjuka leden. Höftplastik lämpar sig bäst för personer över 60 år då yngre individer ofta är mer aktiva och därmed påfrestar leden mer vilket ökar risken för proteslossning (Lindgren & Svensson, 2014).

Operationen kan utföras på olika sätt via främre-, posterolateralt- eller anterolateralt snitt. Snitten ger olika postoperativa direktiv (Lindgren & Svensson 2014). Ett främre snitt innebär att man går in via ljumsken och kommer på så sätt rakt framifrån höftleden och man undviker därför en del muskler. Ett bakre snitt innebär att operatören lägger snittet från trochanter major på lårbenet och snett bakåt (Wretenberg 2008). Anterolateralt snitt innebär att man går in från sidan och måste klyva fascian på tensor fascia latae. Höften luxeras sedan framåt (Lindgren & Svensson 2014). Martinez Carranza (2013) menar att bakre snitt kan medföra betydande risk för luxation medan anterolaterala snitt är förenade med

muskelsvaghet och hälsa. Det främre snittet görs ofta med så kallad minimalinvasiv kirurgi, vilket innebär användning av speciella verktyg och där snittet inte är stort (Lindgren & Svensson 2014). Främre snitt med minimalinvasiv teknik skall medföra minst postoperativa problem och en kortare rehabiliteringstid, denna teknik är dock svår och kräver dyr teknisk utrustning varför den inte är lika vanlig som de två andra (Martinez Carranza, 2013).

1.2 Vanliga diagnoser

Artros är som nämnt den största anledning till ingreppet och stod för 81 procent av fallen 2015 i Sverige (Kärrholm et al, 2016). Artros förekommer hos ca 25 procent av Sveriges befolkning över 45 år vilket gör tillståndet till landets vanligaste kroniska ledsjukdom (Englund & Turkiewicz, 2014). Förekomsten bedöms öka till följd av en åldrande population samt ökad övervikt bland befolkningen nationellt och internationellt sett (Bijlsma, Berenbaum & Lafeber, 2011). Riskfaktorer för artros är ålder, ärftlighet, kvinnligt kön, överbelastning av leder, samt muskelsvaghet (Roos, 2011). Patofysiologiskt innebär artros förlust av ledbrosk, samt subkondral skleros (Pereira, Ramos & Branco, 2015). Utöver detta menar Bijlsma, Berenbaum & Lafeber (2011) att även kronisk ledinflammation är en viktig faktor vid tillståndet. Typiska symtom innefattar smärta, stelhet, nedsatt funktion, krepitationer, förstoring/deformation av ben, samt minskad ledspringa (Pereira, Ramos & Branco, 2015). Ett vanligt vardagssymtom är att patienten har svårt att komma igång efter att de suttit still (Roos, Lund & Juhl, 2015). Behandlingsprinciperna vid artros är att samtliga erbjuds patientutbildning kring sjukdomen, träning, samt viktnedskning. En andel patienter har utöver detta behov av smärtlindrande läkemedel och passiv behandling. Få patienter har utöver detta behov av kirurgisk behandling (Roos, Lund & Juhl, 2015). Kärrholm et al beskriver även andra diagnoser som kan leda till att en total höftplastik behövs. Näst största anledningen är akut trauma (8,7 procent), där man specifikt syftar på höftfraktur. Längre ner i listan kommer akut trauma med övriga inslag (0,1 procent). Komplikation eller följd tillstånd efter fraktur eller trauma står för 2,7 procent av ingreppen. Följd tillstånd efter barnsjukdom i höftleden 1,8 procent medan tumör står för 0,6 procent. Idiopatisk nekros, d.v.s. vävnadsdöd utan tydlig förklaring står för 2,3 procent av fallen (Nationalencyklopedin, 2018). Inflammatorisk ledsjukdom såsom t.ex. reumatoid artrit står för 1 procent av operationerna (Kärrholm et al, 2016). En studie från Storbritannien visar liknande siffror gällande anledning till operation, där artros stod för 93 procent och det övriga nekros (2 procent), fraktur (2 procent), tumörbildning (2 procent) och inflammatorisk ledsjukdom stod för resterande andel (Pivec et al., 2012).

1.3 Rehabilitering efter total höftplastik

Efter att kirurgiskt ha skurit i muskler och bytt ut en led faller det sig naturligt att det kommer att behövas träning för att återfå muskelstyrka och en normal gångteknik. Vilken träning som är mest effektiv råder det delade meningar om. Lindgren & Svensson (2014) skriver att patienter efter sex-åtta veckor får påbörja styrketräning med fokus på

höftabduktorer och gång utan hjälpmedel. Enligt Di Monaco och Castiglioni (2013) talar dagens evidens för att styrketräning i den tidiga fasen är viktig. Även motionscykling och vikt bärande aktiviteter i den sena fasen verkar ha betydelse enligt studien. Den tidiga fasen innebär de första åtta veckorna efter operationen medan den sena fasen är tiden efter åtta veckor.

Inom den moderna sjukvården rehabiliteras personer som genomgått höftplastik ofta av team bestående av fysioterapeuter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter med flera. De hjälper patienter med utprovning av hjälpmedel, bostadsanpassning, ADL-träning, postoperativ utbildning och fysisk träning (Grotle et al, 2010). Den postoperativa utbildningen och fysiska träning bör utföras av fysioterapeut enligt Smith et al (2016). Grotle et al. (2010) skriver i sin artikel som handlar om teambaserad rehabilitering, att fysisk aktivitet som styrs av fysioterapeut var den vanligaste behandlingsformen i rehabiliteringen. Studiens resultat visar dessutom en positiv effekt på de huvudsakliga utfallsmåtten smärtintensitet och fysisk funktion. Fysioterapeuter har således en central roll i rehabiliteringen efter operationen genom att via träning hjälpa patienterna med att återfå förlorad funktion och bygga upp musklerna igen (Bandholm & Kehlet, 2012; Smith, McCabe, Linster, Cristie & Cross, 2012)

I och med att fysioterapeuten är nära och återkommande träffar patienten i rehabiliteringsprocessen som sker efter operationen är man också medveten om restriktionerna och kommer att erfara hur patienten upplever restriktionerna.

1.4 Restriktioner

Postoperativt föreligger restriktioner för höftleden, dessa skiljer sig dock åt beroende på operationsteknik och var i Sverige patienten opererats. Forskning pekar mot att restriktionerna inte längre behövs (Gromov et al. 2014). Ett exempel på restriktioner enligt Lindgren & Svensson (2014) är att patienten instrueras att undvika kraftig adduktion såsom att korsa knäna samt att under de första 2-3 månaderna efter ingreppet, ej bör flektera höften över 90° i syfte att undvika luxation.

Det går att hitta information kring olika typer av restriktioner på hemsidor som till exempel 1177 vårdguiden, Norrbottens läns landsting, Sahlgrenska sjukhuset, och Länssjukhuset Jönköpings län där restriktioner skiljer sig åt. Ett utdrag från hemsidorna återfinns i bilaga A. Exakt hur restriktioner ges kan variera beroende på var man opererar sig men generellt så ges informationen muntligt och skriftligt. Ofta finns en preoperativ informationsträff eller ett inskrivningsbesök där professioner delaktiga i patientens ingrepp finns representerade. Här går man muntligt igenom allt det som gäller före, under och efter operationen och det finns möjlighet att ställa frågor. De brukar också finnas skriftlig information likt de som finns länkade i Bilaga A (1177 Vårdguiden; A. Alkenius, personlig kommunikation, 7 december 2017). Restriktionerna bestäms inte av fysioterapeuter, utan av de ortopedier som utför operationen på det sjukhus man gör sin operation. Fysioterapeuter kan dock vara med och påverka restriktionerna. Det gjorde man på ett sjukhus i Mellansverige, där man läst den senaste forskningen och visade detta för ansvarig, som då valde att ändra på restriktionerna

(K. Berglinn personlig kommunikation, 17 november 2018). På sjukhuset som författarna hade kontakt med i den här studien var fysioterapeuterna med på informationsmötet för samtal om rehabilitering. De framgick också att patienterna kunde vända sig till fysioterapeuterna för frågor kring allt som hade med operationen att göra, t.ex. restriktionerna (A. Alkenius, personlig kommunikation, 29 januari 2018). För aktuella restriktioner se rubrik 4.2.3 under metod.

1.4.1 Hur tas restriktionerna emot?

Att veta hur restriktioner inom sjukvården, som är en information, skall ges för att tas in på bästa sätt är inte studerat. Dock finns en vetenskap som behandlar hur information skall ges, informationsdesign. Forskaren Petterson (2015) går igenom en del av detta i sina publikationer.

Det finns i Pettersons bok 50 listade teorier om hur vi tar till oss information, och alla är enligt honom användbara i rätt kontext. Petterson listar 3 generella förutsättningar som behövs för att vi skall kunna ta in information. Det första är motivation. Det måste finnas något värde för den som informationen presenteras för. Personer tenderar att lättare ta in information som handlar om något som bekymrar dem eller om något de anser sig ha nytta av i framtiden. Inlärningsprocessen påverkas vidare av influenser som, i det här fallet, patienterna påverkas av. Det kan handla om erfarenheter, förväntningar, attityder, känslor eller omgivningens påverkan. Den sista förutsättningen är hur informationen är presenterad och här pekar forskningen mot att informationen lättare tas emot om den presenteras på så många olika sätt som möjligt, via ljud, text eller bild. Dessa förutsättningar menar Petterson kan förklara varför personer kan ta till sig information på olika sätt.

Ett exempel där restriktionerna, i samband med höftoperation, framfördes både muntligt och skriftligt ges i en studie av Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom (2017), där 86 procent av deltagarna kom ihåg allt eller nästan allt av restriktionerna efter åtta-tio veckor.

1.4.2 Behövs restriktioner?

I de artiklar som hittats skriver författarna att syftet med restriktionerna är att skydda den opererade höftleden från luxation (Barnsley, Barnsley & Page 2015; Gromov et al 2014; Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom 2017; Restrepo, Mortazavi, Brothers, Parvizi, Rothman 2010). Luxation är en av anledningarna till att patienter måste reopereras (12 procent). Andra anledningar är infektion (10 procent), protesnära fraktur (7 procent) samt aseptisk lossning (60 procent). Aseptisk lossning kan bero på en för hög belastning på protesen men det pekar snarare mot att operationsteknik och material främst behöver åtgärdas (Wretenberg, 2010). Även om luxation är en anledning till reoperation så finns inget som tyder på att restriktioner vid total höftplastik skulle minska denna risk. Barnsley, Barnsley & Page (2015) menar i sin översiktsartikel att postoperativa restriktioner inte leder till en sänkt luxationsrisk utan associeras snarare med långsammare rehabilitering, vilket gäller vid anterolateralt ingrepp.

Även vid posterolateralt ingrepp har det påvisats att restriktioner inte har lett till minskad luxationsrisk då patientgrupper med och utan mobiliseringsrestriktioner jämfördes efter ingreppet. Patientgruppen med restriktioner upplevde en luxationsfrekvens på 3,4 procent (32 av 946 patienter) jämfört med gruppen utan restriktioner där andelen patienter med luxerade höfter var 2,8 procent (37 av 1329 patienter). Detta inom 90 dagar efter operationen. Ingen statistisk signifikans kunde påvisas mellan grupperna (Gromov et al. 2014). Lee et al (2017) menar även de att restriktionerna inte verkar behövas baserat på den forskning som finns. De skriver också i sin intervjustudie att restriktioner kan vara skadligt för patienterna i och med att deras resultat visade att patienterna sänkte sin aktivitetsgrad på grund av restriktionerna.

Författarna av denna studie har inte kunnat hitta artiklar som pekar på att restriktioner vid total höftplastik faktiskt behövs, snarare pekar resultaten i motsatt riktning (Barnsley, Barnsley & Page 2015; Gromov et al 2014; Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom 2017; Restrepo, Mortazavi, Brothers, Parvizi, Rothman 2010; Van der Weegen, Kornuijt, Das, 2016). Det har heller inte hittats någon forskning som har en teoretisk förklaring till varför restriktionerna inte verkar fungera. Lee et al (2017) närmar sig frågan då de väljer att undersöka hur patienterna kommer ihåg restriktionerna, hur väl de följde restriktioner samt om detta påverkade deras aktivitetsnivå men man får dock inte fram något hur enskilda patienter tolkar och vilket budskap som de sedan kommer ihåg.

1.5 Beteendemedicin

Att följa restriktioner handlar om att patienter ska bete sig på ett, av vårdgivaren, önskvärt sätt när det gäller rörelserna i den opererade höftleden. Beteenden påverkas av olika faktorer och kan när det gäller en vårdsituation analyseras utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv.

Beteendemedicin är ett område där bio-psyko-sociala faktorer och beteende sammanvävs och får en central roll i förklaringen av hälsa och sjukdom. Beteende innebär vad en person gör, säger, tänker och känner samt definieras i relation till specifika situationer eller omständigheter. Grundprinciperna i beteendemedicin är således att beskriva samband mellan biomedicinska faktorer och beteenden i alla stadier av sjukdomsutvecklingen, och på så sätt försöka att förebygga sjukdom eller skada samt påverka behandling och rehabilitering vid sjukdom (Denison och Åsenlöf, 2012). Människans beteende påverkar i allra högsta grad kroppen och kan vara en stor bidragande faktor till sjukdom (Fisher et al. 2011). Beteendemedicin är ett begrepp som rymmer flera teorier som beskriver beteende och beteendeförändring i förhållande till hälsa och sjukdom, en av de mer dokumenterade teorierna är socialkognitiv teori (SCT) (Denison och Åsenlöf, 2012).

1.5.1 Socialkognitiv teori

SCT menar att det mänskliga beteendet är en produkt av det dynamiska samspelet mellan personen, omgivningen och beteende. En beteendeförändring är därför ingen isolerad händelse utan en konsekvens av samspelet mellan faktorerna (Bandura, 1986).

Enligt SCT drivs en persons beteende av dess förväntningar på beteendets konsekvens, samt hur viktigt resultatet är för personen (Bandura, 1999, 2001). Det är därför viktigt att som fysioterapeut ta reda på, vilka förväntningar patienterna har på ett beteende samt hur viktigt det är att uppnå det specifika resultatet, så att man har en gemensam tanke inför planering av behandling (Denison och Åsenlöf, 2012). Det här synsättet är en bestämmande faktor i SCT och benämns utfallsförväntningar (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008). Bandura (1986) definierar utfallsförväntning som bedömning av den troliga konsekvensen ett beteende eller en handling kommer att medföra. Ett annat centralt begrepp inom SCT, som senare även blivit integrerad i andra teorier, är Self-efficacy. Det definieras som tilltron att utföra ett specifikt beteende i en specifik situation, ett beteende som man vill ska leda till ett förväntat resultat (Bandura, 1986; Glanz, Rimer, Viswanath, 2008; Denison och Åsenlöf, 2012). Ett exempel skulle kunna vara om patienten tror sig kunna klara av att följa restriktionerna som en vårdgivare ger dem. Bandura (1986) beskriver att det finns fyra huvudsakliga sätt att öka sin self-efficacy. Det starkaste inflytandet på en persons self-efficacy menar Bandura är mastery experience, vilket innebär att personen har tidigare erfarenheter av att ha bemästrat eller inte bemästrat ett beteende. En studie av Warner et al (2014) visade att mastery experience var en av de viktigaste förutsättningarna för self-efficacy för fysisk aktivitet tillsammans med self-persuasion och reducerande av negativa affektiva tillstånd, när man studerade 1406 tyska medborgare i åldrarna 16-90 år. Self-persuasion handlar om hur man talar till sig själv och vilken övertygelse man går in med i en uppgift (Warner et al, 2014).

Glanz, Rimer, Viswanath skriver att flertalet studier har visat att både utfallsförväntningar och self-efficacy är avgörande för utförandet av många beteenden. Vidare exemplifierar Bandura (1986) begreppen som, tron om att en individ kan genomföra en viss handling är en bedömning av förmåga (self-efficacy) medan det förväntade utfallet, positivt eller negativt, för denna handling utgör utfallsförväntningar.

Pettersons (2015) bok handlar om kognitiv psykologi och detta är något som Bandura vägde in när han ändrade sin teori från "Social learning theory" till "Social cognitive theory" som den benämns idag (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008). Bandura (1986) skriver i sin bok att de externa influenser som påverkar ett beteende styrs delvis av kognitiva processer. Processerna styr hur en händelse i omgivningen uppmärksammas, vilket budskap och koppling den har samt hur informationen den bidrar med kommer användas i framtiden. Bandura valde därför att lägga till koncept från den kognitiva psykologin för att få en bättre förståelse för hur människor tar in information och vilka delar som påverkar detta (Bandura 1986).

1.5.2 Patienters tolkning av information från vårdgivaren

Då ny information av vårdgivaren presenteras för patienten sker tolkning och värdering av informationen. Tolkningen följer ofta tidigare uppfattningar och förväntningar vilket gör att uppfattningen sker snabbare och effektivare. Dock påverkar dessa tidigare uppfattningar och förväntningar hur de nya intrycken tolkas, vilket kan leda till att nya intryck misstolkas (Kowalski & Westen 2010). Det är svårt att hitta forskning som säger vad misstolkningar kopplade till restriktioner, som i denna studie, leder till. Det kan dock illustreras med exempel som visar att det finns risk för misstolkning när information ges inom sjukvården.

Patientgruppen som berörs av denna studie lider av långvarig smärta. Långvarig smärta eller kronisk smärta definieras som smärta vilket pågått mer än 3-6 månader. Kunskapen om vilka faktorer som är av betydelse vid långvarig smärta är ofullständig och ofta finns det inga tecken på den ursprungliga vävnadsskadan kvar vid långvarig smärta, det förklaras istället att smärtan beror på biopsykosociala faktorer (Linton, 2012; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2006). Då de introduceras för restriktioner finns risken att patienternas eventuella katastroftankar och negativa emotioner kan komma att leda till misstolkningar av fysioterapeuternas budskap då restriktionerna presenteras, i synnerhet då risker som protesluxation diskuteras (Overmeer & Boersma 2016).). I en annan artikel av Samsson, Bernhardsson och Larsson (2017) nämns inte misstolkning ordagrant men deras resultat visar att det är viktigt hur man kommunicerar med patienter för att undvika missförstånd. Författarna frågade 130 patienter med ländryggsmärta om vad deras ryggsmärta berodde på och hur de kommit fram till detta. De flesta svarade att den var trasig på något sätt och därför undvek aktivitet. Det framkom också att 89 procent av deltagarna svarade att informationen var något de fått av en vårdgivare. Resultaten pekar på missförstånd i kommunikationen mellan vårdgivare och patient.

2 PROBLEMFORMULERING

Total höftplastik är en av de vanligast förekommande ortopediska operationerna världen över och höftartros är oftast anledningen till ingreppet. Efter genomförd total höftplastik ställs patienten ibland inför särskilda restriktioner avseende hur leden skall, respektive inte skall användas. Fysioterapeuter har en central roll i den efterföljande rehabiliteringen och kommer således ofta i kontakt med restriktionerna. Det råder delade meningar kring dessa restriktioner som kan variera mellan landsting och sjukhus. Hur restriktionerna har påverkat patienter har undersökts i flera studier. Många av dessa studier visar att restriktionerna gör mer skada än nytta då det bland annat leder till att patienterna blir passiva och rehabilitering förlängs.

Då restriktionerna presenteras för patienterna sker tolkning och värdering. Tankar och känslor väcks, patienten blir mentalt påverkad av informationen. Enligt socialkognitiva teorins synsätt kan detta ha betydelse för patientens inställning till kommande rehabilitering. Ett viktigt begrepp inom den socialkognitiva teorin kopplat till detta är utfallsförväntningar. Patientens uppfattning om vilka konsekvenser som följer av ett visst beteende och vikten av dessa konsekvenser. Det finns en kunskapslucka kring hur restriktionerna tolkas och vilka budskap som uppfattas av patienterna.

3 SYFTE

Studiens syfte är att undersöka hur patienter som är planerade för elektiv total höftplastik tolkar postoperativa restriktioner, förväntningar på dessa, samt upplevd förmåga att följa dem.

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

Studien är en kvalitativ, deskriptiv intervjustudie. Detta är en lämplig metod då studien fokuserar på patienters tolkning och upplevelse av restriktioner. Empirisk data med induktiv ansats analyserades av författarna med hjälp av kvalitativ innehållsanalys för att dra slutsatser (Lundman & Graneheim, 2008).

4.2 Urval

Författarna använde sig utav ett ändamålsenligt urval. Detta innebär att patienter på ett sjukhus i Mellansverige under en given tidsperiod tillfrågades att delta i studien, så länge de uppfyller kriterierna. Sex deltagare rekryteras.

4.2.1 Inklusionskriterier

Patienter som skulle genomgå en elektiv total höftplastik och hade deltagit vid preoperativ informationsträff om de postoperativa restriktioner som finns i samband med ingreppet inkluderades i studien.

4.2.2 Deltagare

Tabell 1. Bakgrundsinformation om deltagarna.

Ålder	Diagnos	Av vilken/vilka anledningar har du valt att genomgå ingreppet?	Duration av höftbesvär	Tidigare höftplastik operation.
51	Artros	Smärta	2 år 5 månader	Nej

69	Artros	Smärta i vila och rörelse samt stelhet	5 år	Nej
59	Artros	Smärta, begränsad rörelse	2-3 år	Ja
83	Artros	Smärta vid rörelse	1 år	Ja
66	Reumatoid Artrit	Begränsad rörelse på grund av smärta, vilovärk, trötthetskänsla i benet	3 månader	Ja
72	Artros	Begränsad rörelseförmåga och smärta	2 år	Ja

4.2.3 Restriktioner

På den preoperativa informationsträffen framgår muntligt att restriktioner på det aktuella sjukhuset är att patienten inte skall flektera höftleden mer än 90° samt att de inte skall korsa benen. Restriktionerna gäller i 2 månader efter operationen. I det skriftliga materialet som patienterna får med sig vid hemgång lägger man också till att patienten skall undvika att sitta på huk, böja sig djupt framåt, ha samlag, samt att ha en större kudde mellan benen om man skall sova på sidan. Att flektera höftleden mer än 90° finns inte med utan man skriver istället att patienten skall undvika att sitta lågt.

4.3 Datainsamling

Datainsamling skedde via personliga intervjuer där författarna använde sig utav en intervjuguide (se bilaga D) som stöd. Intervjuguiden innehåller bakgrundsinformation, specifika nyckelfrågor och eventuella följdfrågor. Detta kallas för semistrukturerad intervju (Domholdt, 2005). Intervjuguiden har utformats utifrån socialkognitiv teori och avser undersöka intervjupersonens tolkningar, förväntningar och upplevd förmåga till följsamhet av restriktionerna vid elektiv total höftplastik.

4.4 Tillvägagångssätt

4.4.1 Rekrytering

Författarna började med att kontakta sex sjukhus i Mellansverige via e-post. Tre av sjukhusen återkom aldrig trots påminnelse. Två av sjukhusen har genomfört ändringar kring restriktioner och ansågs därmed inte lämpliga för studien. Ett sjukhus svarade att de inte hade de patienter som behövdes till studien utan att dessa skickades till ett annat sjukhus i

närheten. Detta sjukhus valdes istället. En vårdnadschef hjälpte författarna att komma i kontakt med den ansvariga för verksamheten som kunde ge intyg för studien.

Deltagarna rekryterades med hjälp av en ortopedkoordinator på sjukhuset. Vid informationsträffen gav ortopedkoordinatören ut det skriftliga informationsbrevet (se bilaga D) samt tillfrågade de deltagare som var intresserade av att vara med i studien om tillstånd att lämna ut deras kontaktuppgifter till författarna. Totalt deltog 32 blivande höft- och knäplastik patienter på informationsträffen. Ortopedkoordinatören tillfrågade de elva första höftplastik patienterna, av dessa var 10 kvinnor och 1 man, om deltagande i studien. Listan med de personer som hade godkänt detta mejlades sedan till författarna. Personerna kontaktades via telefon nästföljande dag och informerades om studien igen. De hade då haft tid att läsa igenom informationsbrevet och ta ställning till sitt deltagande. Av de elva personer som godkänt att bli kontaktad så avböjde fyra att vara med i studien då författarna tog kontakt med dem och en person svarade aldrig trots flera försök. De övriga sex personer, alla kvinnor, ingick i studien. Författarna bestämde intervju sätt med personerna som valde att vara med i studien, utifrån deras önskemål.

4.4.2 Intervjuer

Totalt genomfördes sex intervjuer varav de två första skulle fungera som provintervjuer. Efter den första intervjun genomfördes konstaterade författarna att luckor i intervjuguiden fanns och därför utvidgades intervjuguiden med fler följdfrågor. Den första intervjun var dock tillräckligt fyllig för att användas i resultatet. Intervjuguiden bestod sedan av fem bakgrundsfrågor och åtta huvudfrågor med följdfrågor, se bilaga B. Den andra provintervjun bedömdes också vara tillräckligt fyllig och inkluderades i studien. Båda författarna var delaktiga i alla intervjuer och åtog sig samma roll under samtliga intervjuerna, där den ena förde samtalet och den andra kom med eventuella följdfrågor. Intervjuerna var planerade att genomföras vid ett fysiskt möte, men av logistiska skäl samt att några deltagare avböjde möte gjordes endast en intervju på det sättet. Det mötet skedde hemma hos deltagaren. De andra intervjuerna genomfördes via telefon. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och ljudfilen överfördes sedan till dator och sedan till externhårddisk direkt efter avslutad intervju. Ljudfilen raderades sedan från datorn och diktafonen.

4.5 Dataanalys

Dataanalysen gjordes med induktiv ansats som baseras på människor upplevelser, tankar och tolkningar. Vilket innebär att en förutsättningslös analys av texterna med hjälp av kvalitativ innehållsanalys var lämpligt för att tolka innehållet. (Lundman & Graneheim, 2008.) Intervjuerna analyserades av båda författarna utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Författarna började med att transkribera materialet. Bekräftande ljud som ”mm” och ”aa” samt längre tystnad skrev istället ut med punkter i transkriberingen för att få ett tydligare flöde på det personen sade. Detta arbete delades upp mellan författarna. Sedan kodades

intervjuerna för att aidentifieras. Detta gjordes genom att ge första personen som intervjuades fick koden A, person två B och så vidare.

Innehållet i intervjuerna skulle sedan ges mening genom att författarna försöker hitta teman eller mönster i det som sägs (Lundman & Graneheim, 2008). Författarna har valt att gå efter kvalitativ innehållsanalys som Lundman & Graneheim (2008) beskrivit. Först identifierades meningsbärande enheter ut från materialet. Detta innebär att man markerar ord, meningar alternativt stycken av en text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang samt svarar på syftet. Författarna tog ut meningsenheter på varsitt håll för att sedan jämföra och diskutera. Meningsenheterna sammanställdes i en Word-fil. Dessa meningsenheter kortades sedan ner, processen kallas kondensering. Man får då en kondenserad meningsenhet som är mer lätthanterlig men där budskapets kärna återstår. Under arbetet med kondensering, som gjordes av båda författarna tillsammans, föll vissa meningsbärande enheter bort då de inte svarade på syftet. De kondenserade meningsenheterna kodades sedan för att på så sätt kortfattat beskriva en meningsenhet, även det arbetet skedde under diskussion mellan författarna. Under kodning tog författarna även hjälp av handledare för att diskutera och få en tredje part att titta på materialet.

Nästa steg i analysprocessen innebar att koder skulle kategoriseras utifrån liknande innehåll. Alla koder med sin tillhörande meningsenhet klipptes ut i mindre lappar, författarna la sedan alla lappar d.v.s. koder med liknande innehåll i en hög och satte sedan en kategori på varje hög. Allt fördes sedan in i ett nytt Word-dokument för bättre överblick, där meningsbärande enhet, kondensering, kod samt kategori nu var samlat, se exempel på analysprocessen i tabell 2. Författarna gick sedan igenom koder och kategorier ännu en gång och flyttade och ändrade det som behövdes. Avslutningsvis i analysprocessen skapades underkategorier till de 5 kategorier som hade uppkommit. Författarna tog sedan ytterligare hjälp av handledare för att diskutera kategoriseringen. Detta ledde till att några koder flyttades, namn på underkategorier och kategorier ändrades, samt att en ny kategori skapades. Slutresultatet var 6 kategorier med 14 tillhörande underkategorier (se tabell 3).

Tabell 2. Exempel på hur analysen har utförts.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"Jag tror det är bara positivt, de har ju, det kommer ju från lärdom så att säga, mm."	Restriktioner är positivt då det kommer från lärdom.	Restriktioner är bra enligt sjukvårdens erfarenhet.	*	Kunskapsbaserat
"Jaa varför, alltså som jag sa det måste ju vara för att läkningsprocessen	Läkningen går fortare om man följer restriktioner	Restriktioner påskyndar läkningen.	Läkningsprocessen	Nödvändighet

går ju fortare om man följer restriktionerna det kan jag ju tänka mig.”				
”Det är ju för att själva höften skall läka ordentligt och att det skall sitta på plats och att den inte skall luxera för då är det ju kört, jag menar göra om en sån där höftoperation, då blir du aldrig bra det tror jag inte”	Höften behöver hinna läka ordentligt annars kan den luxera och leda till omoperation och då blir man aldrig bra.	Följer man inte restriktionerna riskerar man att aldrig bli bra.	Betydelsen för resultatet	Följsamhet

4.6 Etiskt ställningstagande

Deltagarna kunde genom informationsbladet (bilaga D) ta del av vad som var syftet med studien, hur det skulle gå till och vad som krävs av dem. Där framgick det tydligt att deltagande i studien var helt frivilligt och att de som deltar har rätt att avbryta sitt deltagande när som helst utan konsekvenser för den fortsatta vården eller för studien. Det framgick också att deras uppgifter behandlas konfidentiellt. Deltagarna fick även informationen muntligt via telefon och möjlighet till frågor i samband med att författarna ringde upp och frågade om de ville delta i studien.

Då detta är en intervjustudie där patienterna och författarna träffas och patienterna delar med sig av sina tankar och känslor måste fullständig konfidentialitet gälla. Det betyder att patienternas personuppgifter tas bort och deras intervjuer avidentifieras. Detta görs genom att intervjuerna tas bort från diktafonen och förs över på en extern hårddisk direkt efter intervjuens slut och förvaras oåtkomligt för obehöriga. Datan raderas när examensarbetet är examinerat och godkänt.

Då författarna fick hjälp att rekrytera deltagare via en ortopedkoordinator på sjukhuset skickades personuppgifter (namn och telefonnummer) via mejl till en av författarna. För att behålla fullständig konfidentialitet fördes innehållet över till en word-fil som sedan fördes över till den externa hårddisken som en av författarna förvarade oåtkomligt för obehöriga. Mejllet raderades sedan. Filen med personuppgifterna raderas även den efter att examensarbetet är godkänt.

5 RESULTAT

Utifrån intervjuerna och analysen genererades resultatet i form av 6 kategorier och totalt 14 underkategorier. Resultatet presenteras nedan med varje kategori som en rubrik och underkategori som en underrubrik. Resultatet sammanfattar de tolkningar, förväntningar och upplevelser om förmåga som patienterna hade angående postoperativa restriktioner i samband med sin höftledsoperation.

Tabell 3. Sammanställning av samtliga kategorier och underkategorier. En * är för den kategori som saknar underkategorier.

Underkategori	Kategori
*	Kunskapsbaserat
Osäkerhet	Följsamhet
Eget ansvar	
Betydelsen för resultatet	
Innebörden av restriktioner	Omfattning
Informationsretention	
Livsstil och rörelsemönster	Förändring
Ingen förändring	
Osäker om restriktioner innebär förändring	
Återgång till normalt liv	Nödvändighet
Restriktioner finns för ens eget bästa	
Läkningsprocessen	
Rörelser	Begränsningar
Tidsaspekt	
Minskad frihet	

5.1 Kunskapsbaserat

Deltagare tolkade restriktioner som kunskapsbaserade och uttryckte detta på olika sätt. En del deltagare beskrev restriktionerna som viktig kunskap från sjukvården, en information om

hur man skall bete sig efter operationen. Det uttrycktes full tillit till sjukvården och deltagare menade att restriktionerna är något som sjukvården tagit fram från kunskap och lärdom, förväntningarna var således positiva. Deltagare menade att restriktionerna skulle fungera som användbara riktlinjer för vad man får och inte får göra vilket för en deltagare skulle underlätta då hon hade svårt att se framför sig hur hon skulle anpassa sig, en annan menade att det kändes positivt att vara välinformerad. Ytterligare en åsikt som framkom var att restriktionerna upplevdes naturliga på grund av egen tidigare erfarenhet och därför lätta men användbara att följa.

”Så det är väll därför dom har dom då, dom har väll kommit på dom så, kommit fram till det och då tycker jag man ska följa det. Det ser jag inte som något problem, det är bättre information här än på xxx 2008” – Deltagare C.

5.2 Följsamhet

Den upplevda förmågan att följa restriktionerna gav blandade svar, en del var osäker på hur det skulle gå. Andra hade en tydlig bild av att följsamheten var betydande för resultatet och uttryckte detta antingen i följd av bristande följsamhet eller hur följsamhet skulle leda till något positivt.

5.2.1 Osäkerhet

Det framkom en viss osäkerhet huruvida man skulle klara av att följa restriktionerna från en del deltagare. En informant hade svårt att förutse sin förmåga att följa och menade att det är lätt hänt att man gör som man är van vid. Det uttrycktes liknande åsikter från andra deltagare som menade att restriktionerna på förhand kändes svåra att leva upp till tex att benet inte får böjas mer än 90°. Det uttrycktes ändå förståelse för varför restriktionerna fanns men tyckte ändå att det skulle bli svårt. Ytterligare en åsikt som framkom var att en deltagare kände att det skulle lösa sig av sig själv på så sätt att de rörelser man inte fick göra ändå var sådana som hon inte skulle klara av efter operationen.

”Ja det kommer jag säkert att göra, eh jag vet ju inte egentligen förrän jag sitter där, du vet att hur lätt det är att böja, om man tappar någonting, men den har jag ju liksom aa. Att jag får lära mig att inte, jag måste följa dem, jag vet inte vad det...” - Deltagare B.

5.2.2 Eget ansvar

Det sågs som ett eget ansvar att följa restriktionerna och det beskrev deltagarna skulle leda till att man blev bra. Någon menade på att envisheten skulle leda till positiva resultat, någon nämnde erfarenheten av tidigare operation som en faktor för avgörandet hur länge man behöver följa restriktionerna. Det framkom också att man inte ville sabotera för sig själv genom att inte följa restriktioner och det var därför ens eget ansvar att göra som man ska.

”Jag har alltid fått rätt behandling och, jag har gjort andra saker också förr som jag opererat och det har blivit jättebra, och det är tack vare att man lyssnar på restriktioner och gör som man ska göra liksom.” – Deltagare D.

5.2.3 Betydelse för resultatet

Svaren under följsamhet kom också att handla om vilken betydelse följsamhet av restriktionerna har på resultatet av operationen. En del deltagare valde att uttrycka sig i hur en bristande följsamhet leder eller riskerar att leda till komplikationer eller negativa följder. Andra uttryckte istället följsamheten som viktig för att uppnå positiva följder och kunna bli bra. En vanlig komplikation deltagarna beskrev var att höften skulle kunna hoppa ur led, de nämnde också att man kunde förstöra leden, hindra läkningen etc. Det fanns en underliggande oro kring komplikationer och många av deltagarna nämnde en oro för att behöva göra en omoperation. De som uttryckte sig mer om vikten av följsamhet för att bli bra snarare än om vad som sker vid bristande följsamhet. Att göra det man ska göra och undvika det man inte skall göra menade de skulle leda till att man blev frisk och bra efter sin operation.

”Det är ju för att själva höften skall läka ordentligt och att det skall sitta på plats och att den inte skall luxera för då är det ju kört, jag menar göra om en sån där höftoperation, då blir du aldrig bra det tror jag inte” – Deltagare E.

”Ja men det är väll bara för att, ja men det är ju för att man skall bli frisk och sen att annars om det hoppar ur led då får man ju, jag vet inte vad dom gör men då blir man väll omopererad, och det är ju lite onödigt, så jädra kul är det inte” – Deltagare C.

5.3 Omfattning

Begreppet restriktioner kunde tolkas som ett relativt omfattade begrepp och ansågs då kunna omfatta i princip allt som en vårdgivare sagt till den som skulle genomgå höftoperation. Under denna kategori återfinns även oklara tolkningar när det gäller vad restriktionerna egentligen omfattade.

5.3.1 Innebörden av restriktioner

En ofta förekommande uppfattning bland deltagarna var att restriktionerna innefattar träning och träningsprogram. Deltagare svarade ofta att man var tvungen att följa restriktionerna, som för dem betydde att träna efter operationen för att uppnå positiva följder. Många pratade positivt om träning och hade förståelse för varför det var viktigt i samband med operationen, men om deltagaren uppfattade att det var skillnad mellan restriktioner och rekommenderad träning var oklart. En annan uppfattning kring författarnas frågor om restriktionerna var att preoperativa och postoperativa restriktioner inte åtskildes. Detta gjorde att deltagaren svarade att t.ex. undanhållning från rökning ingick i restriktionerna. Även hygien föll in under begreppet restriktioner, hur man skulle tvätta sig och att det var viktigt för att undvika infektion.

”Jo men det är ju för att jag inte är lika flexibel, men den funkar ju inte lika bra. I, ja man funkar inte lika bra innan man bygger upp muskulaturen kring höften då. Det har väl med nerver att göra också att de ska hitta varandra, men det är mest muskulaturen tror jag det handlar om, att man ska bli stark, det är därför det är så viktigt att hålla på och jobba, göra de där sakerna man ska göra” - Deltagare D.

5.3.2 Informationsretention

Det fanns även deltagare som hade svårt att formulera omfattningen av begreppet och återge den information som getts. En deltagare mindes delar av restriktionerna medan en annan menade att hon inte fått några restriktioner överhuvudtaget. Detta gjorde det svårt att tolka om de deltagarna hade förstått innebörden av begreppet. Övriga åsikter handlar även de om att deltagarna hade svårt att återge alla information, de hade missat att informationen innehöll en del där vårdgivaren pratade om risk för luxation, och de återgav fel information tex om tidsramen för restriktionerna.

”Mmm det e, nu går jag igenom och funderar här... nämen nu... jag uppfattar det inte som att jag fick några direkt(restriktioner)... näe, näe jag gör inte det.” – Deltagare B.

5.4 Förändring

Det framkom delade förväntningar och tolkningar om huruvida restriktionerna skulle påverka deltagarna i det vardagliga livet. En del trodde på förändring, andra inte och några deltagare kände en osäkerhet kring frågan.

5.4.1 Livsstil och rörelsemönster

Det framgick att restriktionerna skulle ha en minimal påverkan för en del, där det trodde sig kunna leva som vanligt bortsett från att böja benet 90° och att den fysiska kapaciteten på grund av själva operationen skulle påverkas. Trots de minimala förändringarna var det ändå en förändring i livsstil tillskillnad mot de deltagare som menade att restriktionerna absolut inte kommer påverka dem. Andra menade att restriktionerna skulle påverka deras rörelsemönster genom att man var tvungen att tänka på det nya sättet att röra sig samt att behöva undvika vissa rörelser helt.

”eh jag tror att man kommer att påverkas så till vida att man är ju van att röra sig på ett speciellt sätt, men nu får man inte lov att röra sig, man får inte böja och man får inte....röra benet riktigt som vanligt och det där tror jag kan vara lite problem i början innan man väl kommer in i att så här får jag ju inte göra, jag måste göra såhär, jag måste tänka lite annorlunda än vad den normala rörelsen är” – Deltagare F.

”Ja, så det är väl inget, annars va det väl inga speciella restriktioner....jaa det tänkte jag på för det vet jag att man inte får (böja 90°), för det har jag ju varit med om förut, men annars så kunde man ju leva som vanligt tycker jag.” – Deltagare C.

5.4.2 Ingen förändring

Deltagarna som menade att restriktionerna inte skulle innebära förändring förväntade sig ingen påverkan överhuvudtaget. En del uttryckte att det inte såg hur restriktionerna skulle påverka dem grundat på var de var för personer. Någon menade att deras envishet skulle förhindra förändring, en annan att erfarenheten av tidigare operation gjorde att deltagaren inte kunde se sig bli påverkad. De andra hade ingen tydlig anledning.

”Restriktionerna i sig tror jag inte kommer förändra så mycket, det tror jag inte” – Deltagare A.

5.4.3 Osäker om restriktioner innebär förändring

En annan åsikt som kunde urskiljas ur deltagarnas svar kring förändring var att flera av dem var osäkra på huruvida restriktionerna skulle påverka dem eller inte. En menade att restriktionerna inte fick hindra på grund av att deltagaren hade mycket att göra, en annan att restriktionerna troligtvis inte kunde hindra henne på grund av att hon redan var så hindrad rörelsemässigt att det inte skulle bli någon skillnad. Andra hade svårt att förutse restriktionernas förväntade påverkan på livsstil och vardag.

”Jaa....oj, det är ju liksom svårt att veta nu...det vet jag ju inte förens man har gjort operationen tror jag.” - Deltagare A.

5.5 Nödvändighet

Nödvändighet var ett återkommande begrepp som framkom när man summerar hur deltagarna tolkade de givna restriktionerna. Deltagarna hade överlag mycket positivt att säga om restriktionerna men delade sina uppfattningar om på vilket sätt restriktionerna var nödvändiga. Nödvändighet delades därför upp i återgång till normalt liv, restriktioner finns för ens eget bästa och läkningsprocessen.

5.5.1 Återgång till normalt liv

En del deltagare ansåg att restriktionerna var ett viktigt stöd för att hitta tillbaka till sitt normala liv och få komma igång igen. De menade att följa restriktionerna skulle leda till att man så småningom kunde återgå till ett normalt liv vad gäller rörelse, vilket uttryckligen var viktigt för en av deltagarna som menade att rörelse alltid varit en stor del av personens liv.

”Jag har alltid rört mig mycket så att eh, det är ju det också samtidigt att jag vill ju komma igång igen, så att det är ju därför jag tycker det är så viktigt att följa det här så jag kommer igång igen” – Deltagare E.

5.5.2 *Restriktioner finns för ens eget bästa*

Flera av deltagarna beskrev restriktionerna som en nödvändighet för ens eget bästa. Ens eget bästa kunde innebära att bli frisk, att slippa smärta, leva ordentlig etc. En del vägde också in vårdkostnader i frågan, de menade att restriktionerna främst var för en själv men de beskrev också att vårdkostnader kunde minskas om omoperationer undveks som följd av följda restriktioner.

”Dessutom skulle folk inte göra det, alltså att dom trycker på det här...., gör man inte det så...., det är ju för det första är det ju en plåga för en själv och så är det en kostnad för sjukvården också i och med att dom då måste göra en operation en gång till kanske. Så det där är ju flera led” – Deltagare A.

5.5.3 *Läkningsprocessen*

Många tolkade restriktionerna som en nödvändighet för läkningen efter operationen. De beskriver att det finns ett behov av tid för läkningsprocessen skall bli så bra som möjligt och det är restriktionernas uppgift att se till så att man inte stör den processen. Utan restriktionerna skulle läkningsprocessen bli längre.

”Jo men det såg inte jag som något negativt utan, vissa grejer måste... så är det ju bara för att det ska bli bra... så tog jag det, så jag tog det inte som nått, aa, nu får jag liksom in den här tiden att såhär ska jag bete mig för att bli bra.” – Deltagare B.

5.6 *Begränsningar*

De uttrycktes även att restriktioner kunde ses som begränsningar. Begränsningar som styrde rörelser, vissa menade att begränsningarna var sådana att det skulle minska deras frihet. Andra kommenterade kring tidsaspekten på begränsningen.

5.6.1 *Rörelser*

Detta innefattar de som kunde återge korrekt information om vad restriktionerna innebar och huruvida restriktioner skulle begränsa dem och påverka deras rörelser i vardagen. Det kom att handla mestadels om det två dominerande restriktionerna som framgår på postoperativa informationen, inte böja i höften mer än 90° samt inte korsa benen.

”Jaa, hur ska jag förklara, att jag får inte efter operation så får jag ju inte göra hur som helst, jag får inte lägga benen i kors och jag får inte.... jag ska tänka på, jag får inte sitta med mer än...det ska vara 90° vinkel” – Deltagare D

5.6.2 *Tidsaspekt*

En del tog upp samma restriktioner men fokuserade mer på den tidsåtgång man skulle ge restriktionerna. Någon menade att begränsningarna skulle kvarstå även på längre sikt medan

en annan uttryckte att restriktionerna endast begränsar till en början och sedan inte skulle påverka. Det fanns även en tanke om att restriktionerna var tidsbegränsad och skulle följas till dess att man får klartecken från vårdgivare att röra sig på ett annat sätt.

”Ja det berodde väl på, det var ju alltså mellan 2-4 månader beroende på hur det går och eh, går det bra så ja då får jag ju räkna med att jag måste sköta mig i två månader i alla fall och sen när jag får klartecken, då, då kan jag ju, ja röra mig på ett annat sätt.” – Deltagare B

5.6.3 Minskad frihet

Det framgår även att deltagare anser att restriktionerna kommer leda till begränsning så pass mycket att det minskar deras frihet att röra sig som de vill. Man tolkar restriktionerna som ett förbud, ett hinder eller en begränsning i vardagen, som kommer påverka på så sätt att man måste tänka sig för eller undvika rörelser. Det framgår dock att en del inte ser detta som något negativt.

”Ja nej men det är att, vad ska man säga, du får inte göra som du vill, eller kanske vill... Förbud!” – Deltagare C.

6 DISKUSSION

6.1 Resultatsammanfattning

Studiens syfte var att undersöka hur patienter som är planerade för elektiv total höftplastik tolkade postoperativa restriktioner, förväntningar på dessa, samt upplevd förmåga att följa dem. I resultatet framgår flera olika tolkningar om vad restriktioner är och innebär. Detta finns representerat under kategorier som *kunskapsbaserat, omfattning, nödvändighet och begränsningar*. Författarna fick även deltagarnas tankar kring förväntningar på restriktionerna, negativa såväl som positiva. Resultat som svarar till detta finns att hitta under kategorier som *förändring, nödvändighet och begränsningar*. Deltagarnas upplevda förmåga att följa restriktionerna varierade, vissa beskrev att det var enkelt och naturligt medan andra menade att det kunde bli svårt eller kände en osäkerhet.

6.2 Resultatdiskussion

Överlag definierade studiens deltagare begreppet restriktioner på liknande sätt. Deltagarna ansåg att restriktioner innebar diverse rörelserrelaterade hinder och förbud, vissa deltagare lyfte även en oro kring eventuell minskad frihet. Trots att deltagarna kunde definiera begreppet väl samt specificera vilka restriktioner som skulle råda postoperativt så framkom

det under intervjuerna att det hade skett vissa missförstånd avseende restriktionernas omfattning. Vanliga misstolkningar var att begreppet restriktioner innefattade andra delar av rehabiliteringsprocessen, framför allt postoperativ träning vilket var något deltagarna var mycket positiva till. Författarna misstänker att då deltagarna uppfattat det som att komponenter i rehabiliteringsprocessen som deltagarna förhåller sig positiva till sammanslagits med restriktioner så har det inneburit att deltagarna förhåller sig mer positiva till konceptet än väntat. Enligt Petterson (2015) är en av de 3 generella förutsättningarna för att lättare ta in information att informationen handlar om något som personen anser sig ha nytta av i framtiden, vilket kan förklara varför deltagarna fokuserat på de delar dem är mer positiva till. För att på ett önskvärt sätt kunna undersöka hur deltagarna tolkade de restriktioner som rådde krävdes att författarna ställde en mängd följdfrågor samt styrde intervjuerna mer än önskat för att kunna försäkra sig om att deltagarna höll sig till ämnet. Detta efter att deltagarna fritt kunnat beskriva sin tolkning av restriktionerna och hur de förväntades påverkas av dessa för att inte gå miste om deltagarnas fria tolkning. Då begreppet avgränsades till sin faktiska mening visade deltagarna mer osäkerhet, samt poängterade risker och negativa konsekvenser, i kontrast till den positiva uppfattning som betonades då träning inte bara inkluderades i begreppet, utan även stod i fokus när deltagarna gjorde sin fria tolkning. Det faktum att restriktioner hade vissa skillnader i det som visades på plats och det patienterna fick med sig hem kan påverka hur patienterna tolkade informationen. Petterson (2015) menar att information generellt lättare tas emot om den presenteras på flera sätt som ljud, bild och text, vilket är fallet vid informationsträffen. Det skriftliga materialet som patienterna får hem innehåller inga bilder och ingenting om träning vilket kan förklara varför patienterna kopplat ihop begreppen så starkt.

Trots deltagarnas uppfattning att restriktioner innebar hinder avseende framförallt rörelser och sittställningar som skulle innebära att för deltagarna naturliga rörelsemönster skulle behöva undvikas rådde det delade meningar kring huruvida deltagarna förväntade sig påverkas av restriktionerna. Deltagarna hade således varierade utfallsförväntningar på restriktionerna rent generellt. Somliga ansåg att restriktionerna skulle leda till förändringar, framför allt avseende rörelse. Det som poängterades i detta fall var att deltagarna skulle behöva vara försiktiga för att inte utsätta leden för de lägen de lärt sig var riskabla, det vill säga böja höften över 90°, samt korsa benen, i syfte att undvika komplikationer. Detta sågs som en svårighet enligt deltagarna då det innebar överskridande av deras naturliga rörelsemönster.

Vissa deltagare förväntade sig inga förändringar till följd av restriktioner, de uttryckte en hög self-efficacy för att leva aktivt och obehindrat av restriktionerna vilket de grundade på envis personlighet, samt tidigare erfarenheter.

Det framgick även att det fanns en osäkerhet bland deltagarna kring huruvida restriktionerna skulle påverka dem. Det uttrycktes ett behov av att inte behöva ändra sin livsstil till följd av restriktionerna då detta skulle innebära stora negativa förändringar för deltagaren. Det uttryckta behovet av att inte förändras till följd av restriktionerna avseende rörelsemönster och aktivitetsnivå tolkas av författarna som att det finns en viss rädsla hos deltagarna att restriktionerna möjligtvis skulle förhindra dem från att leva på önskvärt sätt. Detta skulle

utöver tidigare kända anledningar kunna motivera upphävandet av restriktioner efter höftplastik.

Överlag hade studiens deltagare ett positivt förhållningssätt till restriktioner. Deltagarna ansåg att god följsamhet till restriktionerna skulle innebära endast positiva effekter. Utifrån den socialkognitiva teorin kan man se det som att deltagare verkade ha goda utfallsförväntningar av följsamhet till restriktioner, något som Bandura (1986) menade är avgörande för utförandet av beteendet. Deltagarna resonerade mycket kring restriktionernas nödvändighet och lyfte flera områden inom vilka de menade att restriktioner sågs som nödvändigheter. Restriktioner uppfattades av deltagarna som en viktig komponent för att möjliggöra återgång till ett normalt liv. Dock visar studier att restriktioner snarare utgör ett hinder för detta då det förlänger rehabiliteringsprocessen. Peak et al (2005) påvisar att patienter utan restriktioner följande total höftplastik uppvisade högre tillfredsställelse efter 6-månaders uppföljning avseende återgång till dagliga aktiviteter motsvarande preoperativ nivå jämfört med patienter som gavs postoperativa rörelserelaterade restriktioner. En studie av Ververeli, Leiby, Tyler, Fouad (2009) visar att patienter utan postoperativa restriktioner efter total höftplastik uppvisade kortare rehabiliteringstid jämfört med patienter med postoperativa restriktioner. Gruppen utan restriktioner återgick till bilkörning tidigare, patienterna i denna grupp kunde även gå med käpp, utan käpp, samt utan hålta tidigare än kontrollgruppen med restriktioner.

Deltagarna ansåg att restriktioner finns för deras eget bästa på så vis att de ger deltagarna tydliga riktlinjer att följa vilket enligt deltagarna skulle innebära snabbare återhämtning, samt undvikande av komplikationer och smärta. Dock visar studier att de patienter som inte får tydliga restriktioner utan får ett mer öppet förhållningssätt efter operationen tenderar att vara mer nöjda med hur snabbt de återhämtar sig och kommer att vara tillbaka i aktiviteter och arbete tidigare (Van der Weegen, Kornuijt, Das, 2016). Vidare beskrev deltagarna att restriktionerna skulle gynna läkningsprocessen efter operationen. Detta är dock inte fallet enligt Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom (2017) vars fynd visar att det snarare skulle kunna var skadligt att följa postoperativa restriktioner efter total höftplastik i och med att restriktioner ledde till störd sömn hos 90 procent av studiens deltagare (totalt 97 deltagare svarade på uppföljningen). Detta anses vara ett betydande problem då sömn är en central del i läkningen efter operationen. Deltagarna ansåg att sömnproblemen berodde på att de instruerats att endast sova i ryggliggande position.

Weegen, Kornuijt, Das (2016) menar att den muskeltillväxt som sker vid rehabiliteringen har en skyddande inverkan på luxation. De menar alltså att patienterna inte bör vara försiktig med att röra sig mer efter operationen. Det framgick dock att en del patienter menade att mindre rörelse, som ansågs var fallet i och med restriktionerna, skulle minska risken för luxation. Dessa patienters syn på restriktioner står i kontrast till resultatet av den studie som presenterats av Weegen, Komujit och Das (2016) som menar skall sänka luxationsrisken.

Deltagarna vägde också in att restriktionerna skulle leda till sänkta vårdkostnader. Om man genom restriktionerna kunde hindra en omoperation skulle man kunna spara pengar åt sjukvården löd resonemanget. Det finns forskning belyser detta dock med en annan infallsvinkel. Barnsley, Barnsley och Page (2015) beskriver i sin systematiska översikt en

studie som har visat att man i en grupp patienter som inte fick några restriktioner efter sin höftplastikoperation sparade 655 dollar per patient. Detta på grund av att de patienter som var i gruppen utan restriktioner återkom snabbare till aktiviteter och dagliga livet och behövde således inte en del hjälpmedel som andra fick, vilket sparade pengar. I studien räknades inte heller den summan som sparats i och med att patienterna återkom tidigare till arbete, vilket troligtvis hade ökat total summan.

Deltagarna hade varierande self efficacy gällande sin förmåga att följa de postoperativa restriktionerna. De deltagare som inte tidigare genomgått ingreppet ansåg att det var svårt att förutse följsamhet till restriktionerna innan de hade genomgått operationen. De deltagare som hade erfarenhet av förloppet från tidigare operation upplevdes sig ha en högre self efficacy för följsamhet, troligtvis genom på grund av sin tidigare erfarenhet. En studie av Warner et al, 2014 stödjer detta då de påvisar mastery experience som en av de viktigaste källorna till self efficacy tillsammans med self persuasion och reducerande av negativa affektiva tillstånd. Trots den osäkerhet som rådde kring deltagarnas förmåga till följsamhet var de ense om att följsamhet var viktigt för lyckad rehabilitering och läkning. Bristande följsamhet tolkade patienterna som en källa till allvarliga komplikationer, huvudsakligen luxation av den nya höftleden. Trots att följsamhet tolkades som mycket viktigt rådde det dock osäkerhet kring huruvida det skulle vara möjligt att följa samtliga restriktioner, deltagarna poängterade att de hade naturliga rörelsemönster och var vana vid att röra sig, och sitta på särskilda sett och att det skulle bli svårt att överskrida detta. En underlättande faktor enligt deltagarna var att restriktionerna var tidsbegränsade, deltagarna hade dock delade uppfattningar kring tidsomfattningen, den uppfattade tidsramen varierade mellan sex veckor och fyra månader, enligt det preoperativa informationsbladet gäller restriktionerna i två månader (se bilaga B) det har således skett misstolkningar av tidsramen. Det framkom av deltagarna att de förväntade sig röra höften utöver vad som tilläts trots restriktionerna och att de skulle behöva vara på sin vakt för att förhindra detta. En studie av Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom 2017 belyser svårigheterna med följsamhet till dessa restriktioner. Studien visar att endast 22 av 97 deltagare följde samtliga restriktioner under en 8-veckors period post operativt efter total höftplastik.

Studiens deltagare har visat sig tolka restriktionerna som kunskapsbaserade. Uppfattningen tyds vara att restriktionerna uppkommit till följd av kunskap, lärdomar, och erfarenhet inom sjukvården. Denna uppfattning har visat sig viktig för deltagarnas tolkning av restriktionerna då de flera gånger uttryckt högt förtroende till sjukvården.

Restriktioner introducerades för att minska risken för luxation av den nya höftleden. På grund av utveckling av operationstekniker och de material som använts vid operationerna har man lyckats sänka risken för luxation (Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom 2017). Restriktionernas nödvändighet har dock ifrågasatts, forskning inom området visar att postoperativa restriktioner inte leder till minskad risk för luxation. Istället har studier visat att rehabilitering utan rörelserelaterade restriktioner lett till förbättrad rehabilitering vilket innefattar tidigare återgång till arbete, tidigare mobilisering, samt snabbare rehabilitering (Gromov et al 2014; Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom 2017). Vidare har restriktionerna visats ha negativa effekter på patienters sömn (Lee, Berstock, Whitehouse, & Blom 2017).

Upptäckten att postoperativa restriktioner uppvisar mer negativa än positiva effekter på patientens hälsa och förmåga att leva på önskvärt sätt har lett till att restriktioner avvecklats, dock utnyttjas de fortfarande på vissa sjukhus. Det framgick i en intervju med fysioterapeut på ortopedenheten på ett sjukhus i mellansverige att det är operatörerna, d.v.s läkarna som avgör vilka restriktioner som används på respektive sjukhus. Dock verkar det råda konsensus bland fysioterapeuter att restriktioner uppfattas som förlegade, samt skadliga för patientens förmåga att uppnå önskad rehabilitering och livskvalitet (K.Berglinn, personlig kommunikation, 17 november 2018). En anledning till att restriktioner fortfarande existerar på vissa platser kan vara till följd av att det tar lång tid för forskningsresultat att implementeras kliniskt (Socialstyrelsen, 2012). Således anser författarna att det är mer troligt att de sjukhus som fortfarande utnyttjar restriktioner lägger större vikt på erfarenhet än rådande evidens.

Författarna hade önskat bredare demografisk spridning bland deltagarna för att få ett så brett resultat som möjligt och på så sätt öka chanserna att kunna uppmärksamma flera olika tolkningar. I synnerhet då inga av studiens deltagare var män trots att prevalensen av höftproteser inopererade efter 1991 inte skiljer sig avsevärt mellan könen (Kärrholm et al, 2016). Inkluderandet av personer med tidigare erfarenhet av ingreppet och därmed samma restriktioner innebär att deltagarna hade varierande grader av förkunskaper kring postoperativa restriktioner, det innebar dock en större demografisk spridning.

6.3 Metoddiskussion

En kvalitativ design med induktiv ansats valdes för att undersöka vilka tolkningar och förväntningar deltagare hade på postoperativa restriktioner samt den upplevd förmåga att följa dem. Induktiv ansats innebär att man på ett öppet sätt försöker samla in data, dvs utan någon förutfattad mening eller teori/modell. Induktiv ansats lämpar sig för när analys av människors berättelser ska göras (Lundman & Graneheim, 2008). Det är fördel att använda den kvalitativa ansatsen när deltagares beskrivningar, tankar, budskap, tolkningar skall undersökas till skillnad mot den kvantitativa ansatsen som är värderingsfri och istället mäter och räknar variabler (Berg, 2004). På grund av att några få personers upplevelser undersöks under ett tillfälle leder det till ett generaliseringsproblem dvs överförbarheten av resultaten är begränsad, vilket är en nackdel med den kvalitativa forskningen. Det är upp till läsaren att bedöma överförbarheten till andra grupper eller situationer, till exempel andra operationer med restriktioner, genom att få en samlad bild över urval, datainsamling och analys (Lundman & Graneheim, 2008). Kvantitativ metod genom enkätundersökning hade varit lämplig ifall författarna avsett undersöka trender i patienternas uppfattning kring restriktioner, dock hade väsentlig, mer djupgående information då uteslutits. Vidare hade det inte funnits möjlighet till utforskande följdfrågor vilka visade sig nödvändiga under intervjuerna då deltagarna ibland hade svårt att redogöra för sina tolkningar av restriktionerna samt uppvisade diverse misstolkningar. Vilket i vissa fall gjorde det svårt för författarna att tolka huruvida deltagarna svarade på frågan.

En kvalitativ innehållsanalys är en metod som används när man vill granska och tolka texter (Lundman & Graneheim, 2008) och är metoden som författarna har valt att använda i den här studien. Författarna arbetade till en början på varsitt håll i analysen för att sedan kunna jämföra och diskutera. Författarna lät också en tredje part titta på materialet och diskutera sina åsikter vad gäller koder och kategorisering. Lundman & Graneheim (2008) skriver att ett problem med den kvalitativa innehållsanalysen är att en viss grad av tolkning alltid kommer att finnas när en person läser en text och att detta äventyrar trovärdigheten av resultatet. Utifrån detta måste man vara medveten om att författarnas förförståelse och erfarenhet, t.ex. tidigare läst forskning kring ämnet eller vilka patienter personen träffat, kan påverka att författarna haft förutfattade meningar om vad deltagarna menat eller att de analyserat på egna föreställningar och förväntningar. Ett sätt att minska risken för detta var att alla intervjuer gjordes innan författarna började transkribera, vilket kan ses som en styrka eftersom de andra deltagarnas svar kan påverka den fortsatta analysen. Författarna har strävat efter att hålla sig till den induktiva ansatsen som studien bygger på och därför försökt frångå sina egna värderingar så mycket det går. Enligt Lundman & Graneheim (2008) kan det också ses som en fördel för trovärdigheten om personer som är insatta i forskning och i ämnet granskar om koder och kategorier verkar rimliga. Det är också en styrka att gemensamt kunna reflektera över och diskutera olika tolkningsmöjligheter av resultatet. Författarna ansåg sig insatta i ämnet medan tredje parten, som var handledaren till arbetet, kunde bidra mer med erfarenhet och kunskap inom forskning vilket bör lyfta tillförlitligheten av analysarbetet. Lundman & Graneheim (2008) menar att en större erfarenhet kring kvalitativ innehållsanalys leder till mer sammanhängande och fullständiga resultat. Författarna har inte tidigare genomfört liknande arbete, vilket kan ses som en svaghet, varför en utomstående erfaren person var positivt att använda sig av. Resultaten av studien innehåller citat från alla deltagare vilket Lundman & Graneheim (2008) menar förstärker giltigheten i studien.

Författarna använde ett ändamålsenligt urval där man kontaktade närliggande sjukhus och fick hjälp av en ortopedkoordinator att rekrytera deltagare på platsen. Det är ett ändamålsenligt urval eftersom författarna behöver deltagare som de vet kan svara på syftet och ge största möjliga värde (Palinkas et al, 2015). Ortopedkoordinatorn lämnade ut information om studien till de som kom på informationsträffen om postoperativa restriktioner efter total höftplastik. På grund av missförstånd mellan författarna och ortopedkoordinatorn så tillfrågades endast de elva första som kom till träffen vilket är en svaghet i urvalet. De som deltog kanske inte var representativa för resterande som inte deltog, man riskerar således att missa personer som kan ha relevant information för studien. I och med att informationsträffen var frivillig leder det också till att författarna missar personer som kan ha haft värdefull information att dela med sig av, vilket kan ge ett systematiskt fel vid rekryteringen (Jacobsen, 2012). Författarna lyckades endast rekrytera kvinnor till studien. Man hade med fördel velat ha representanter från båda könen och i olika åldrar, särskilt i en fråga vad gäller tolkning då det hade varit intressant att få området belyst utifrån olika erfarenheter. Nu var deltagarna i ett åldersspann på 51-83 år vilket får anses som god åldersspridning. I och med att alla deltagare har liknande symtom och diagnos kan det leda till att de snarlika deltagarna ger snarlika svar vilket ses som en svaghet för resultatets giltighet (Lundman & Graneheim, 2008). Statistik från Svenska Höftprotesregistret

(Kärrholm et al, 2016) visar att kvinnor är något mer representerade (60 %) vad gäller höftoperationer till följd av artros, men skillnaderna är inte så stora att detta skulle förklara varför endast kvinnor ingick i studien. Skillnaden i ålder bland deltagarna kan förklaras av att den vanligaste orsaken till operationen, artros, är vanligare bland äldre. 25 % av de över 45 år tros ha artros (Englund & Turkiewicz, 2014). De som opereras är huvudsakligen mellan 50-80 år enligt Kärrholm et al (2016), vilket speglar urvalet.

Författarna valde att inkludera patienter som tidigare genomfört operationen vilket kan ses som en nackdel i och med att de redan fått liknande instruktioner och således redan gjort tolkning en gång. Detta kan göra att den nya tolkningen blir mindre värdefull jämfört med de som endast kan förhålla sig till den nya informationen. Författarna kunde identifiera vissa svarsskillnader mellan dem som var opererade tidigare och dem som skulle opereras för första gången, se resultatdiskussion för vidare resonemang. Orsaken till att både patienter som genomgått operation tidigare och förstagångsopererade inkluderades i studien var tidsskäl. Om enbart patienter som ej opererats tidigare skulle ha inkluderats skulle rekryteringen av deltagare tagit betydligt längre tid. Man kan också se det som en styrka att deltagare hade olika bakgrund då det kan ge olika infallsvinklar på frågan, detta skulle vara ett argument för att stärka giltigheten enligt Lundman & Granheim, (2008). Det hade dock varit intressant att närmare undersöka eventuella skillnader i synen på restriktioner mellan förstagångsopererade och de med tidigare erfarenheter.

Urvalsmetoden, ändamålsenligt urval, är svår att skilja mot till exempel bekvämlighetsurval som också kunde ha använts. I viss mån har författarna använt sig utav ett bekvämlighetsurval då man tog de personer man fick givet till sig. Det är praktiska fördelar med ett bekvämlighetsurval med få deltagare då det annars hade krävt väldigt mycket resurser och tid att genomföra ett randomiserat urval. Jacobsen (2012) menar att det är ett måste att fokusera på ett begränsat antal deltagare när man ägnar sig åt personliga intervjuer. Författarna behövde dock främst deltagare som hade relevant information i ämnet, vilket de som är planerade för operationen har, varför man främst bör säga att urvalet gjordes utifrån ändamålet (Palinkas et al, 2015).

I den här studien fokuserade författarna på att inhämta information genom personliga öppna intervjuer, vilket är passande när man är intresserad av hur människor tolkar och förstår ett visst fenomen (Jacobsen, 2012). Intervjuerna utfördes via telefon vid fem av sex tillfällen. Tanken var att träffa deltagarna vid ett fysiskt möte då det på förhand kändes mest lämpligt för att få en så bra intervju som möjligt. Fördelarna är enligt Jacobsen (2012) att möjligheten för ett mer öppet samtal med en bättre personlig relation kan skapas vid fysiska möten. Den som intervjuar får också möjligheten att kunna observera eventuella kroppsspråk och ansiktsuttryck som kan få en djupare förståelse för det som sägs, samt möjligheten att se i vilken kontext personen svarar i. Om man till exempel är stressad och ofokuserad eller lugn och fokuserad påverkar svaren. På grund av det spridda urvalet geografiskt insåg dock författarna att det krävdes för stora resurser att genomföra alla intervjuer vid ett fysiskt möte, vilket är något Berg (2004) skriver är en vanlig anledning till att telefonintervjuer används. Ett annat problem författarna ställdes inför var att flera av de tillfrågade deltagarna hade svårt att bestämma en plats för intervjun. Några ville inte att författarna som var främmande för dem skulle komma in i deras hem. Andra menade att det fanns för mycket

störningsmoment i hemmet. Detta är vanliga anledningar till att man letar en så neutral plats som möjligt, något också Jacobsen (2012) och Trost (2005) tar upp i sina böcker. Resterande intervjuer skedde därför via telefon. Jacobsen (2012) menar att telefonintervjuer kan minska något som kallas intervjuareffekten, vilket innebär att den som intervjuar påverkar den som blir intervjuad genom tex ansiktsuttryck eller kroppsspråk. Detta kan göra att den som blir intervjuad känner sig pressad att göra intervjuaren nöjd och ger därför svar som de annars inte skulle göra. Det är svårt att säga om detta skedde men i det transkriberade materialet hittar man att deltagare B, som författarna intervjuade vid ett fysiskt möte, uttrycker bekymmer över att ha svarat ”rätt” vilket naturligtvis inte spelar någon roll när man undersöker någons tolkningar.

”Var det nåt mer de pratade om på... det var liksom, det förstod jag ju att, jag vet inte om det är rätt svar.” – Deltagare B

Författarna kan i efterhand inte urskilja några skillnader i de intervjuer som skedde per telefon jämfört med den som genomfördes vid ett fysiskt möte och menar således att telefonintervjuerna fungerade bra utifrån studiens syfte. För att minska påverkan på den som intervjuades valde författarna också att ha samma person som styrde samtalen medan den andra ställde följdfrågor. Detta kan ses som ökad tillförlitlighet för datainsamlingen.

Semistrukturerade intervjuer användes i studien, detta innebär att man använder sig utav förutbestämda frågor som är utformade utifrån studiens syfte men där möjligheten att ställa följdfrågor, som skall leda till djupare information till studien, finns (Berg, 2004). Detta är en passande metod vid kvalitativ forskning enligt Domholdt (2005). Det finns också möjlighet att använda strukturerade intervjuer eller ostrukturerade intervjuer. Nackdelen med de strukturerade intervjuerna är att de är standardiserade så att alla får samma frågor, därav finns inte möjligheten till följdfrågor vilket kan behövs om man vill få en djupare förståelse för en persons tankar kring ett ämne (Trost, 2005). Å andra sidan hade ostrukturerade intervjuer troligtvis blivit för skilda i sin karaktär att det hade blivit svårt att sammanfatta resultatet kring en specifik fråga, då man i ostrukturerade intervjuer anpassar sig efter den man intervjuar (Trost, 2005). Vidare upplevdes att frågorna blev mer åt det strukturerade hållet då författarna var tvungna att styra intervjuerna för att försäkra att deltagarna höll sig till ämnet. Samtidigt återkom samma svar, troligtvis på grund av att syftet var inriktat på en så pass specifik fråga vilket författarna ser som en styrka. Dock fanns behov av följdfrågor och omformulering av frågor då författarna vid vissa tillfällen hade svårt att tolka om deltagarna svarade på frågan eller om det uppkom diverse misstolkningar, vilket gör att intervjuerna inte kan ses som strukturerade. Berg (2004) beskriver att en semistrukturerad intervju med någorlunda specifika frågor är att föredra vid telefonintervjuer.

Att deltagarna svarade snarlika på många frågor kan bero på att urvalet var för likt varandra eller för att mättnad uppnåtts i materialet. Mättnad innebär att forskaren har kommit till en fas då ytterligare datainsamling inte ger mer kunskap till studien. Troligtvis behövs dock fler deltagare för att uppnå en mättnad men det beror på hur avgränsad frågeställningen är (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017). Med tanke på att syftet anses var tillräckligt avgränsat antar författarna att mättnad uppnåtts i studien.

6.4 Etikdiskussion

Som Berg (2004) skriver så kan inte full anonymitet uppfyllas i studier där intervjuer görs. Det eftersom att författarna antingen har träffat eller pratat med personerna samt vet kontaktuppgifter till dem. Därför skall full konfidentialitet istället råda vid studier där författaren kommer i kontakt med deltagarna. Detta innebär att man aktivt avidentifierar alla kopplingar till deltagarna i analys och sammanställning av studien (Berg, 2004). Detta gjordes i studien genom att benämna deltagarna med A-E, samt byta ut namn på platser eller städer med punkter. Det inspelade materialet förvarades under hela processen oåtkomliga för obehöriga hos en av författarna.

I och med att författarna tog hjälp av en person att rekrytera skickades kontaktuppgifter via mejl till en av författarna. Författarna var noga med att förtydliga att deltagarna måste bli tillfrågade om detta är okej, vilket de blev muntligt och skriftligt via informationsbrev. Mejllet togs bort direkt efter att författarna fört över kontaktuppgifterna, och uppgifterna förvarades tillsammans med övrig konfidentiell data. Kontaktuppgifterna och annan data som samlats in raderas så fort examensarbetet är godkänt.

Det faktum att författarna har använt sig av personlig kommunikation skulle kunna ses som ett gränsfall ur ett etiskt perspektiv. Detta kan dock avfärdas då personerna inte vet vilka deltagare som ingår i studien samtidigt som de själv har tystnadsplikt och skyldighet till konfidentialitet inom sin profession. Den personliga kommunikationen som används i den här studien har godkänts av båda fysioterapeuterna via mejl innan studien skickades in.

I övrigt har författarna, utifrån Helsingforsdeklarationen (2013), inte kunna identifiera ytterligare risker eller etiska dilemman med studien.

7 SLUTSATSER

Studiens resultat visar att postoperativa restriktioner inför total höftplastik tolkas av deltagarna på åtskilliga sätt. Både positiva och negativa aspekter poängterades av deltagarna, dock lades deltagarnas fokus på restriktionernas enligt deltagarna positiva inverkan. Enligt deltagarna är postoperativa restriktioner efter total höftplastik en nödvändighet för att kunna återgå till ett normalt liv samt för att läkningen och rehabilitering ska gå på önskvärt vis. Deltagarna uppfattade begreppet restriktioner som rörelserelaterade begränsningar under viss tid, vilket kunde tolkas som minskad frihet, samt förbud. Utöver detta hade deltagarna varierande uppfattningar avseende begreppets omfattning, utöver de gällande restriktionerna uppfattade deltagarna att begreppet innefattade träning vilket kan ha bidragit till deltagarnas positiva inställning till restriktionerna. Det rådde olika uppfattningar kring deltagarnas självupplevda förmåga att följa restriktionerna. Deltagarna var överens om att följsamhet till restriktionerna var en viktig komponent för lyckad rehabilitering, vid bristande följsamhet ansåg deltagarna att det fanns risk för allvarliga komplikationer, nämnvärt luxation av den

nya höften. Trots detta kunde de identifiera diverse hinder och svårigheter för att följa restriktionerna, de var således inte helt säkra kring sina förmågor att följa restriktionerna. Deltagarna uttryckte ett högt förtroende för sjukvården och uppfattade restriktioner som kunskapsbaserade vilket ytterligare kan förklara varför de uppvisade en positiv inställning, trots att restriktioner saknar evidens enligt åtskilliga studier.

8 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Studiens deltagare hade en övervägande positiv inställning till restriktioner vilket förmodas bero på att flera rehabiliteringskomponenter, nämnvärt träning enligt deltagarna innefattas av begreppet. Dock förekommer oro för komplikationer vid eventuell bristande följsamhet. Denna studie behöver kompletteras med ytterligare studier på området, förslagsvis skulle det vara värdefullt att undersöka ifall det finns samband mellan positiva/negativa uppfattningar av restriktioner och tillfredsställelse avseende rehabilitering postoperativt. Det skulle även vara av värde att undersöka patienters upplevelse av postoperativa restriktioner under rehabiliteringsperioden för att få en ökad förståelse för hur patienten påverkas av restriktionerna. Tillsammans kan dessa studier utgöra en viktig kunskapsbas för beslutsfattning gällande framtida användning av postoperativa restriktioner följande total höftplastik.

REFERENSLISTA

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41. Från <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999AJSP.pdf>.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52: 1-26. Doi 10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Barnsley, L., Barnsley, L., & Page, R. (2015). Are Hip Precautions Necessary Post Total Hip Arthroplasty? A Systematic Review. *Geriatric Orthopaedic Surgery Rehabilitation*, 6(3), 230–235. doi: 10.1177/2151458515584640
- Bandholm, T & Kehlet, H. (2012). Physiotherapy exercise after fast-track total hip and knee arthroplasty: time for reconsideration?. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(7), 1292-1294. doi: 10.1016/j.apmr.2012.02.014
- Berg, B.L. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. (5. ed.) Boston, Mass.: Pearson.
- Bijlsma, J., Berenbaum, F., Lafeber, F (2011). Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *The Lancet*, 377(9783), 2115-2126. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60243-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60243-2)
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Di Monaco, M., Castiglioni, C. (2013). Which type of exercise therapy is effective after hip arthroplasty? A systematic review of randomized controlled trials. *European Journal Physical And Rehabilitation Medicine*, 49(6):893-907. Från <http://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2013N06A0893>
- Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation research: principles and applications*. (3. ed.) St. Louis. Mo: Elsevier Saunders.
- Englund, M. Turkiewicz, A. (2014). Artros allt vanligare folksjukdom. *Läkartidningen*, 111. Från <http://www.lakartidningen.se/EditorialFiles/DU/%5bCSDU%5d/CSDU.pdf>
- Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L., Kaplan, R. M., ... Ockene, J. K. (2011). Behavior Matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 15-30. Från: <http://www.sbm.org/UserFiles/file/BehaviorMattersAJPM2011.pdf>
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (red.) (2008). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. (4. ed.) San Francisco: Jossey-Bass

- Graneheim, UH., Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gromov, K., Troelsen, A., Otte, K., Ørsnes, T., Ladelund, S., & Husted, H. (2014). Removal of restrictions following primary THA with posterolateral approach does not increase the risk of early dislocation. *Acta Orthopaedica*, 86:4, 463-468. doi: 10.3109/17453674.2015.1028009
- Grotle, M., Garratt, AM., Klokke, M., Løchting, I., Uhlig, T., & Hagen KB. (2010). What's in team rehabilitation care after arthroplasty for osteoarthritis? Results from a multicenter, longitudinal study assessing structure, process, and outcome. *Physical Therapy*, 90(1):121-131. doi: 10.2522/ptj.20080295.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). World Medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Hämtad 20 februari 2018.
- Jacobsen, D.I. (2012). Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. (2., uppdaterade och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Knight, SR., Aujla, R., Biswas, SP. (2011). Total hip arthroplasty – over 100 years of operative history. *Orthopedic Reviews*, 3(16), 72-74. Doi: 10.4081/or.2011.e16
- Kowalski, R.M. & Westen, D. (2011). *Psychology*. (6. ed.) Hoboken, N.J.: Wiley.
- Kärrholm, J., Lindahl, H., Malchau, H., Mohaddes, M., Nemes, S., Rogmark, C., Rolfson, O. (2016). *Årsrapport 2016* (Svenska Höftprotesregistrets årsrapport 2016) Göteborg: Svenska Höftprotesregistret. DOI: 10.18158/ryAO-C4pW. Från <https://registercentrum.blob.core.windows.net/shpr/r/-rsrapport-2016-SJirXXUusb.pdf>
- Lee, GRH., Berstock, JR., Whitehouse, MR & Blom AW. (2017). Recall and patient perceptions of hip precautions 6 weeks after total hip arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, 88(5), 496-499. Doi: 10.1080/17453674.2017.1350008.
- Lindgren, U. & Svensson, O. (2014). *Ortopedi*. (4. uppl.) Stockholm: Liber.
- Linton, S.J. (2013). Att förstå patienter med smärta. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Graneheim, H.U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B.Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Martinez Carranza, N. (2013). *Höftledsartroplastik, minimalinvasiv (MIS)*. Hämtad 18 maj, 2017, från Internmedicin, <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5183>.

- Nationalencyklopedin, idiopatisk. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/idiopatisk> (hämtad 2018-02-11)
- Nationalencyklopedin, nekros. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/nekros> (hämtad 2018-02-11)
- Overmeer, T., Boersma, K. (2016). What Messages Do Patients Remember? Relationships Among Patients' Perceptions of Physical Therapists' Messages, Patient Characteristics, Satisfaction, and Outcome. *Physical Therapy*, 96(3), 275-283. Doi: 10.2522/ptj.20140557.
- Palinkas, LA., Horwitz, SM., Green, Carla., Wisdom, JP., Duan, N., Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533-544. doi:10.1007/s10488-013-0528-y
- Peak, EL., Parvizi, J., Ciminiello, M., Purtill, JJ., Sharkey, PF., Hozack, WJ., Rothman, RH. (2005). The role of patient restrictions in reducing the prevalence of early dislocation following total hip arthroplasty. A randomized, prospective study. *The journal of bone and joint surgery*, 87(2), 247-253. Från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687143>
- Pereira, D., Ramos, E., Branco, J. (2015). Osteoarthritis. *Acta medica Portuguesa*, 28(1), 99-106. Från: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5477>
- Pivec, R., Johnson, A., Mears, S., & Mont. (2012). Hip arthroplasty. *Lancet*, 380(9855), 1768-1777. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60607-2
- Pettersson, R. (2011). *Information Design, Volume 5 : Cognition [Elektronisk resurs]*. Institute for Infology. Från: <http://www.iiid.net/PublicLibrary/Pettersson-Rune-ID5-Cognition.pdf>
- Restrepo, C., Mortazavi, SM., Brothers, J., Parvizi, J, & Rothman, RH. (2011). Hip Dislocation: are hip precautions necessary in anterior approaches? *Clinical orthopaedics and related research*, 469(2), 417-422. Doi: 10.1007/s11999-010-1668-y
- Rolfson, O. (2014). Höftoperation – att få en ny höftled. Hämtad 13 februari, 2018, från vårdguiden, <https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Hoftoperation---att-fa-en-ny-hoftled/>
- Roos, E. (2008). Artros. I FYSS 2008: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (s. 214-225). (2. uppl.) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Roos, E., Lund, H., Juhl, C. (2015). Fysisk aktivitet vid artros. I FYSS 2015: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (s. 1-12) [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Från: http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Artros.pdf

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta: en systematisk litteraturöversikt. V. 2.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 177/1. ISBN 91-85413-08-9.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Setchell, J., Costa, N., Ferreira, M., Makovey, J., Nielsen, M., & Hodges, PW. (2017) Individuals' explanations for their persistent or recurrent low back pain: a cross-sectional survey. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 466. Doi: 10.1186/s12891-017-1831-7
- Smith TO, Jepson P, Beswick A, Sands G, Drummond A, Davis ET, & Sackley CM. (2016). Assistive devices, hip precautions, environmental modifications and training to prevent dislocation and improve function after hip arthroplasty. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7.* doi: 10.1002/14651858.CD010815.pub2.
- Smith, T., McCabe, C., Lister, S., Christie, S., & Cross, J. (2012) Rehabilitation implications during the development of the Norwich Enhanced Recovery Programme(NERP) for patients following total knee and total hip arthroplasty. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research*, 98(5), 499-505. doi: 10.1016/j.otsr.2012.03.005.
- Socialstyrelsen. (2012, juni). *Om implementering.* Hämtad 14 februari, 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-12>
- Svenska höftprotesregistret. (2017, Juni). *Patientfilm om höftledspastik* [Video]. Från <https://medfilm.se/shpr/film/H%C3%B6ftledspastik>
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer.* (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Van der Weegen W., Kornuijt, A., Das, D. (2016). Do lifestyle restrictions and precautions prevent dislocation after total hip arthroplasty? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 30(4), 329-339. Doi: 10.1177/0269215515579421
- Ververeli, PA., Leiby, EB., Tyler, C., Foud, C. (2009). Evaluation of reducing postoperative hip precautions in total hip replacement: a randomized prospective study. *Ortopedics*, 32(12), 889. Doi: 10.3928/01477447-20091020-09.
- Warner, LM., Schüz, B., Wolff, JK., Parschau, L., Wurm, S., Schwarzer, R. (2014). Sources of self-efficacy for physical activity. *Health psychology: official journal of the division of health psychology, American psychological association*, 33(11), 1298-1308. Doi: 10.1037/hea0000085
- Wretenberg, P. (2008). Omdiskuterat – men små snitt vid höftproteskirurgi här för att stanna. *Läkartidningen*, 105(10), 737 -740. Från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/8/8948/LKTo810s737_740.pdf

Wretenberg, P., Weidenhielm, L. (2010). Revisionskirurgi vid aseptisk lossning av höftprotes.
Läkartidningen, 35(107), 2011-2013. Från:
http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/14871/LKT1035s2011_2013.pdf

BILAGA A

OLIKA RESTRIKTIONER

<p>1177 (https://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Hoftoperati-on---att-fa-en-ny-hoftled/)</p>	<p>”Efter tre månader finns det egentligen inga restriktioner för vilka aktiviteter som man får utföra. Rekommendationen är dock att undvika extremt tunga eller långvariga belastningar på protesleden. Aktiviteter såsom promenader, simning, golf, tennis, längdskidåkning, ridning och dans går utmärkt att utföra”</p>
<p>Norrbottens läns landsting (https://vis.nll.se/process/vard/Dokument/vard/V%C3%A5rdrutiner/%C3%85tg%C3%A4rd/KV%C3%85%20Icke-kirurgisk/Postoperativ%20ov%C3%A5rd%20h%C3%B6ftartr-oplastik.pdf)</p>	<p>”Följande rörelserestriktioner gäller vid ett bakre snitt: ej flektera över 90°, ej adducera förbi mittlinjen, ej inåtrotera Följande rörelserestriktioner gäller vid ett främre snitt. Vid en kombination av dessa rörelser finns en ökad luxationsrisk: flexion över 90°, utåtrotation, abduktion”</p>
<p>Sahlgrenska sjukhuset (https://www.sahlgrenska.se/w/h/hoftprotes/)</p>	<p>”Efter tre månader är ledkapseln helt läkt. Detta innebär att man kan böja sin opererade höft relativt fritt, om inga andra restriktioner meddelas. Dock skall man inte provocerat töja sin höft i ytterlägen eller utsätta höften för kraftig stötbelastning som till exempel löpning och hopp.”</p>
<p>Länssjukhuset Jönköpings län (http://plus.rjl.se/info_files/infosida31511/Patientinformation_hoftplastik_131001.pdf)</p>	<p>”Du ska aldrig mer sitta med benen i kors eller sitta på huk när du har en höftprotes.” ”Undvik djupa fåtöljer/soffor” ”Undvik att sätta dig och resa dig alltför hastigt” etc.</p>

BILAGA B

Den skriftliga informationen från det aktuella sjukhuset.

Restriktioner och träningsråd

- Hjälpmedlen du skaffat ska åtminstone användas fram till återbesöket.
- Restriktioner de 2 första månaderna för att minimera risken för höften att hoppa ur led:
 - du ska inte sitta lågt, använd förhöjningsdyna
 - du får ej korsa benen
 - du får ej sitta på huk eller böja dig djupt framåt
 - samlag bör undvikas de 2 första månaderna
 - du kan ligga på sidan om större kudde läggs mellan benen för att undvika att korsa

Du tar själv kontakt med sjukgymnast för en tid ca 5 veckor efter operationen.

Lycka till!

Vid frågor kan ni nå ortopedsjukgymnasterna på telefon:

Sjukgymnastiken

BILAGA C

Intervjuguide

Studiens syfte är att undersöka hur patienter tolkar postoperativa restriktioner inför elektiv total höftplastik.

Bakgrundfrågor:

- Hur gammal är du?
- Anledning till operation, dvs diagnos?
- Av vilken/vilka anledningar har du valt att genomgå ingreppet?
- Hur länge har du haft höftbesvär?
- Hur tyckte du att det gick att förstå den information du fick på informationsträffen? Är det något som du är osäker på om du uppfattade rätt?

Huvudfrågor:

- Vad tänker du när du hör ordet restriktioner?
 - Vad betyder ordet för dig?
- Skulle du kunna förklara de restriktioner du tilldelats?
 - Hur länge gäller dessa restriktioner? Vad tror du det beror på?
- Hur ser du på din förmåga att följa restriktionerna?
- Vad tror du händer ifall du följer restriktionerna?
- Vad tror du händer om du inte följer restriktionerna?
- Varför tror du att restriktioner finns?
 - Kan du tänka dig något positivt eller negativt med att ha restriktioner?
- På vilket sätt tror du att du kommer påverkas av restriktionerna.
 - Tror du att du på något sätt kommer att ändra din livsstil till följd av restriktionerna? Exempelvis röra dig mer eller mindre.
- Har du någon kännedom om restriktioner sedan tidigare? Om ja, kan du förklara?
 - Exempelvis känner du någon som genomgått samma ingrepp och fått liknande/samma restriktioner.

BILAGA D

Informationsbrev och förfrågan om deltagande i studie.

Du tillfrågas härmed att delta i en intervjustudie där din och andra patienters tolkning av den information som ges inför höftoperation ska undersökas. Vi tillfrågar dig då du blivit kallad till preoperativ information i samband med att du inom kort skall genomgå en total höftplastik.

Resultatet av studien kan användas till att förbättra patientinformationen vid höftoperation.

Om du är intresserad av att medverka i studien kommer någon av oss studenter att kontakta dig för att ge ytterligare muntlig information och därefter bekräfta att ni är intresserade av att delta.

Medverkan innebär att vi kommer att intervjua dig någon dag efter den preoperativa informationsträffen. Intervjun kommer att spelas in och beräknas ta ca 20 minuter och utförs på överenskommen plats.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan motivering, om du avbryter medverkan kommer det inte att påverka din kommande behandling.

Studien kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid Fysioterapiutbildningen vid Mälardalens Högskola. Intervjumaterialet och annan insamlad data om dig kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga allt material avidentifieras och inga av de uppgifter som insamlas om dig kommer kunna härledas tillbaka till dig som enskild person i vårt examensarbete.

Philip Bäck

Sebastian Lindkvist

Ann-Christin Johansson

Fysioterapeutstudent

Fysioterapeutstudent

Handledare

073-0780993

076-2388803

Docent i Fysioterapi.

pbk15001@student.mdh.se

Sl15006@student.mdh.se



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se