



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR
NEUROVETENSKAP OCH
FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI

**Tidig personcentrerad och strukturerad rehabilitering för
patienter med höftfraktur på en ortogeriatrisk avdelning**

Annica Bark

Examensarbete:	15 HP
Kurs	ARB037 Självständigt arbete för magisterexamen i arbetsterapi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2022
Handledarens:	Johanna Blomstrand Specialistarbetsterapeut, Med Dr, Iolanda Santos Tavares Silva överarbetsterapeut, Med Dr.
Examinatorns:	Jenny Hultqvist, Docent

Sammanfattning

Examensarbete:	15 HP
Kurs:	ARB037 Självständigt arbete för magisterexamen i arbetsterapi
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2022
Handledare	Johanna Blomstrand Specialarbetsterapeut, Med Dr, Iolanda Santos Tavares Silva, Överarbetsterapeut Med Dr.
Examinator	Jenny Hultqvist, Docent

Bakgrund	<p>En höftfraktur sker plötsligt och leder ofta till begränsningar och beroende i personliga aktiviteter i det dagliga livet (P-ADL). Nedsatt P-ADL påverkar ofta patienters upplevelse av hälsa. Nedre påklädning och dusch är aktiviteter som oftast är svåra att klara efter att ha drabbats av höftfraktur.</p> <p>Korta vårdtider och allt färre vårdplatser bidrar till att patienter får ta ett större ansvar för sin träning i P-ADL. Rehabiliteringen på sjukhusen blir därav av mycket stor betydelse för hur oberoende patienten blir i sina dagliga aktiviteter.</p>
Syfte	<p>Syftet med studien är att utvärdera om en tidigstrukturerad och personcentrerad arbetsterapeutisk rehabilitering vid höftfrakturer, kan påverka oberoende samt upplevd säkerhet i P-ADL samt upplevelse av delaktighet vid målsättning och rehabilitering.</p>
Metod	<p>Studien är en klinisk kontrollerad studie som utfördes under tidsperioden september 2013 till mars 2014 på en interventionsavdelning och en kontrollavdelning på ett sjukhus. Totalt inkluderades 118 patienter, 58 patienter på kontrollavdelningen och 60 patienter på interventionsavdelningen. Det primära utfallet analyserades med Wilcoxons teckenrangetest.</p>
Resultat	<p>Resultaten i studien visar att denna intervention bidrar till att patienter som drabbas av höftfraktur har ett ökad oberoende i påklädning och dusch och känner sig säkrare vid påklädning jämfört med sedvanlig rehabilitering. Patienterna upplevde också att de kände sig mer delaktiga i beslut gällande sin behandling och ett eget ansvar för sin rehabilitering.</p>
Slutsats	<p>En tidig intensiv rehabilitering för patienter med höftfraktur visar en positiv effekt på oberoende i P-ADL samt upplevelsen av delaktiga i beslut gällande rehabiliteringen.</p>

Abstract

Thesis:	15 HP
Course:	ARB037 Master theses in Occupational therapy
Level:	Advanced level
Semester/year:	At 2022
Supervisor:	Johanna Blomstrand Med Dr, Iolanda Santos Tavares Silva, Med Dr
Examiner	Jenny Hultqvist, Assistant Professor
Keyword:	Occupational Therapy, Hip fracture, participation, rehabilitation

Background	<p>A hip fracture usually occurs suddenly and often leads to limitations and dependence on a person's personal activities of daily living (P-ADL). An impaired ability to perform activities levels often affects how people experience their health. Getting dressed and showering are activities that are often difficult to do after suffering a hip fracture.</p> <p>Short treatment times and fewer and fewer care places contribute to patients taking greater responsibility for their training in P-ADL. The rehabilitation in the hospitals therefore becomes of great importance for how independent the patient becomes in his daily activities</p>
Aim	<p>The aim of the study is to evaluate whether an early structured and person-centred rehabilitation to hip fractures effects the person's independence as primary outcome and secondly affect experiences safety in P-ADL as well as increase their experiences of participation in goalsetting and rehabilitation.</p>
Method	<p>The study is a clinical controlled study and was performed during the period September 2013 to March 2014 at Hospital. The person-centred intervention took place on an orthogeriatric ward and the control took place on a ward not practicing person-centred care. A total of 118 patients were included, 58 patients in the control group and 60 patients in the intervention group. The primary outcome (KATZ-ADL) analysed using Wilcoxons signed-rank test.</p>
Result:	<p>The study supports that patient who have suffered a hip fracture and received the intervention were likely to become independent in dressing and showering compared to patients who received care as usual. Patients who received the intervention also reported that they felt safer during the activity of dressing and experience higher degree of involvement in decisions about their treatment and a personal responsibility for their rehabilitation compared to the control group.</p>
Conclusion	<p>An early intensive rehabilitation for patients with hip fracture has a positive effect of independence in certain P-ADL activities as well as participation in decisions in their rehabilitation</p>

INTRODUKTION	5
METOD	9
Urval	9
Datainsamling	11
Databearbetning	13
Etikansökan	13
RESULTAT	14
DISKUSSION	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion:	18
Kliniska implikationer och hur resultatet kan komma till nytta	20
REFERENSLISTA	22
TABELL	28-29
FIGUR	29
BILAGOR	330-33

INTRODUKTION

Höftfraktur är en av de allvarligaste konsekvenserna av en fallolycka bland äldre personer och är den vanligaste orsaken till sjukhusvistelse näst efter stroke (1). Medelåldern att drabbas av en höftfraktur i Sverige är 82 år och två tredjedelar är kvinnor (2-4).

Varje år drabbas 1,6 miljoner människor av höftfraktur i världen (5) och antalet ökar varje år. Sverige tillsammans med Norge har den högsta frakturrisken i världen (2). Höftfrakturer står för mer än hälften av alla frakturrelaterade skadors direkta vårdkostnader (6). Sett ur ett globalt perspektiv förväntas antalet höftfrakturer öka kraftigt de närmaste årtiondena då andelen ≥ 65 år ökar förväntas samhällskostnaderna för frakturer också att öka (2, 7, 8). I Sverige opereras omkring 16 000 patienter varje år på grund av höftfraktur varav ca 900 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset Mölndal (SU/M) (4).

Höftfrakturer delas in i två kategorier enligt nationella kvalitetsregistret Rikshöft (4), cervikala frakturer (brott på lårbenshalsen) och trokantära frakturer (-brott på översta delen av lårbenet). -Lika många drabbas av cervikal som trokantär fraktur. Utifrån frakturtyp väljs lämplig operationsmetod (3, 4).

Att drabbas av en aktivitetsnedsättning kan leda till beroende i sin dagliga aktivitet och förlust av sina intressen (9). Tidigare studier visar att det är av stor vikt att patienten får en personcentrerad rehabilitering efter att ha drabbats av höftfraktur (10, 11). Vikten av patienters delaktighet i sin egen rehabilitering har uppmärksammats på nationell nivå genom patient-lagen. Patient lagen förstärker patientens egen delaktighet genom att patienten själv utför vissa behandlingsåtgärder samt att behandlingen ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (12).

Delaktighet

International Classification of Function, Disability and Health (ICF) är en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till en persons hälsa. Enligt denna klassifikation definieras begreppet delaktighet som en persons engagemang i en livssituation (13). I denna studie används begreppet delaktighet för att beskriva patientens engagemang i rehabiliteringsprocessen efter en höftfraktur.

För att kunna utgå ifrån patientens önskemål och för att få en delaktig patient befrämjas detta av att arbeta personcentrerat. Personcentrerad vård är ett samarbete mellan patienter och professionella vårdare som exempelvis arbetsterapeut (14). Det mest centrala begreppet i personcentrerad vård är

partnerskapet det handlar både om en ömsesidig respekt för patientens egen kunskap om hur det är att leva med funktionshindret och om arbetsterapeutens kunskap om rehabilitering av aktivitetsnedsättningen (15). En studie av äldre patienter som drabbats av höftfraktur visade att personcentrerad vård inriktad mot teamwork på vårdavdelningen minskade antalet vård dagar och därigenom vårdkostnader (16). Tidigare forskning har också visat att personer som fallit blir rädda för att falla igen och över hälften av dem som drabbas av höftfraktur lider av fallrädsla (17). Detta kan leda till en negativ spiral där personer inte bara riskerar minskat oberoende i dagliga aktiviteter, utan även minskade sociala kontakter och försämrade livskvalitet (18).

Aktivitet och rehabilitering

Aktivitet är livsnödvändigt och har betydelse för hälsan. Begränsningar påverkar individens möjligheter att själv välja sina vardagliga aktiviteter (19). Vardagliga aktiviteter avgörs av individens vilja och motivation, vanor och roller samt utförandeförmåga i samspel med den fysiska och sociala miljön (9). Aktivitetsutföranden som interagerar mellan personens egna kapaciteter, den omgivande miljön och aktiviteten i sig. Hur väl detta fungerar varierar över livet beroende på ålder och livssituation (19).

Model of Human Occupational (MOHO) förklarar hur personer anpassar sig utefter svåra funktionsvariationer och återupptäcker tillfredställande och meningsfulla sätt att leva sina liv. MOHO är en personcentrerad modell på två avgörande sätt, den betraktar varje person som en unik människa där personliga egenskaper ska styra mål och tillvägagångssätt för intervention samt att den betraktar det personer gör och tänker som ledande delar för förändring. Inom arbetsterapi finns vetenskap om omständigheter som påverkar aktivitet och hur de i sin tur bidrar till hälsa. Det är av betydelse vilka aktiviteter som begränsas för den enskilda personen och vilka behov och hinder som finns. Det är också viktigt att aktiviteten skall kännas meningsfull (9, 20).

För att använda MOHO i sitt kliniska arbete används en praxismodell. Arbetsterapiprocessen ”7 steg” består av frågor grundade i teori, använda bedömningsinstrument, aktivitetsformulering, hitta aktivitetsproblem, utarbeta mål, åtgärder samt utvärdera. Varje steg kommer inte i någon direkt ordning utan arbetsterapeuten rör sig fram och tillbaka mellan stegen (21). Genom att arbeta med arbetsterapiprocesser kommer arbetsterapeuten att kontinuerligt reflektera och förankra sitt arbete i vetenskap och beprövad erfarenhet (21).

Nedsatt P-ADL har visat sig påverka patientens upplevda allmänna hälsotillstånd negativt medan en ökad P-ADL däremot tycks öka upplevelsen av sin hälsa (22). Relationen mellan aktivitet och hälsa förklaras oftast som dynamisk och är en av utgångspunkterna inom arbetsterapi (23, 24). Äldre som

drabbats av funktionsnedsättning som exempelvis höftfraktur har uttryckt att en hög grad av oberoende i vardagsaktivitet är det viktigaste för att kunna känna en ökad positiv hälsa (20).

En höftfraktur förändrar plötsligt och oväntat förmågan att utföra sina aktiviteter i dagliga livet och leder ofta till permanenta nedsättningar i den äldre personens P-ADL (25) Tidigare studier har visat att få personer återfår sin tidigare P-ADL efter en höftfraktur (26). De aktiviteter som beskrivits innebära störst svårighet att åter uppnå oberoende i bad och dusch samt påklädning av strumpor och skor (22). I en studie visades att 70 % av patienterna var beroende vid toalettbesök och påklädning och ca 90 % var beroende vid dusch vid hemgång från sjukhuset (26).

Höftfrakturer kan orsaka allvarliga begränsningar i P-ADL och kan leda till att patienten förlorar sin självständighet. Beroende i P-ADL efter höftfraktur kan kraftigt sänka personens livskvalitet genom att begränsa de väsentliga och grundläggande personliga aktiviteterna (27)

Att behandla patienter multidisciplinärt på geriatrisk avdelning bidrar till en minskning av dödligheten (28). Rehabilitering med multidisciplinära team har visats förstärka individens chanser att återfå sina färdigheter igen (1, 18, 29). Tidiga insatser i P-ADL av arbetsterapeuter på sjukhus stödjer patienter tillbaka till en vardag liknande den de hade innan höftfrakturen (23). Att få ett individuellt anpassat träningsprogram den närmaste tiden efter höftfrakturopoperation ökar förmågan att klara sin personliga vård i ett tidigare skede efter operation samt förbättrar livssituation (30). I Socialstyrelsens vårdprogram för patienter med höftfraktur beskrivs att tidig mobilisering efter höftfraktur minskar patientens beroende och är viktig för känslan av kontroll och delaktighet i rehabiliteringen (31).

Problemformulering

Vårdtiden på sjukhuset för personer med höftfraktur är ca två veckor och ca 60 % återgår till sitt tidigare boende (4). Förändrad organisation av såväl sjukhusvård som kommunal rehabilitering med minskade vårdtider samt minskat antal kommunala "korttidsplatser" leder till att fler skrivs ut till eget boende med stora kvarstående rehabiliteringsbehov (4, 32) Tillsammans betyder detta att äldre patienter som drabbas av en höftfraktur får ta ökat eget ansvar för sin rehabilitering.

Rehabiliteringen på sjukhusen blir därav av mycket stor betydelse för hur oberoende patienten blir i vissa P-ADL aktiviteter.

SYFTE

Studiens primära syfte var att utvärdera om en tidig strukturerad och personcentrerad arbetsterapeutisk rehabilitering för patienter med höftfraktur kan påverka oberoende och säkerhet i P-ADL.

Ett ytterligare syfte var att undersöka om en tidig strukturerad och personcentrerad ADL- träning kan påverka upplevelsen av delaktighet i sin rehabilitering och målsättning.

Frågeställningar

- 1) Kan en intensiv träning i det akuta skedet bidra till ökat oberoende i P-ADL?
- 2) Kan en intensiv träning i det akuta skedet bidra till ökad säkerhet i P-ADL?
- 3) Kan en målinriktad rehabilitering ge patienten en ökad upplevelse av delaktighet i sin rehabilitering och målsättning?

METOD

Studien är en klinisk kontrollerad studie som utfördes under tidsperioden september 2013 till mars 2014 på en interventionsavdelning och två kontrollavdelningar. En kontrollerande studie används ofta för att jämföra två grupper när en intervention ska prövas (33).

Denna studie är en del av en större studie (34) som verksamhet Arbetsterapi och Fysioterapi genomfört inom kliniken ortogeriatrik på Mölndals sjukhus. I föreliggande studie belyses de arbetsterapeutiska bedömningarna av oberoende och säkerhet i P-ADL samt upplevelse av delaktighet, som skedde under tiden patienterna befann sig på Mölndals sjukhus.

Urval

Under tidsperioden september 2013 till mars 2014 inkom totalt 237 personer från eget boende till Mölndals sjukhus efter att de drabbats av höftfraktur. Av dessa uppfyllde 144 patienter inklusionskriterier.

Totalt inkluderades 126 patienter konsekutivt i studien, varav 63 patienter på interventionsavdelningen och 63 patienter på kontrollavdelningarna. Fem patienter på kontrollavdelningarna och tre patienter på interventionsavdelningen exkluderades under vårdtiden, se figur 1.

Sammanlagt 118 patienter, 58 patienter på kontrollavdelningen och 60 patienter på interventionsavdelningen genomgick hela projektet.

Inklusionskriterier

- Patienter ≥ 65 år, eget boende
- Kommunicera på svenska
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)(35) ≥ 7 poäng av 10 möjliga
- Oberoende i P-ADL exklusive dusch innan höftfrakturen
- Bosatta i Göteborg med grannkommuner.

Exklusionskriterier

- Demens, pågående psykisk sjukdom eller missbruk.
- Annan sjukdom som påverkar rörelse och aktivitetsförmåga ex svår Parkinson
- Amputerad i arm eller ben.

- Stegmarkering som restriktion efter höftoperation.
- Annan fraktur vid inläggning på sjukhus
- Kraftigt nedsatt synförmåga som påverkade rehabiliteringen.

Rehabilitering, kontrollavdelningarna.

På kontrollavdelning inhämtades anamnes om patientens tidigare aktivitetsförmåga, oftast mellan dag 1–3 efter operation. Arbetsterapeuten bedömde och tränade patienten i P-ADL, till exempel i att klä sig och sköta sin hygien på avdelningen. Detta sker vanligtvis senare i vårdförloppet när patienten har kommit en bit i sin rehabilitering. Ofta bedöms och tränas patienten i samband med vårdplanering för att ha ett ADL status inför planering. Detta inträffar efter ungefär 1 veckas inläggande. Arbetsterapeuten förskrev påklädningshjälpmedel under vårdtiden men då oftast senare i vårdförloppet eller vid hemgång från sjukhuset.

Tillsammans med vårdteamet planerades utskrivningen och överrapporterades vid behov muntligt/skriftligt till kollegor i vårdkedjan.

Rehabilitering, interventionsavdelning

Interventionen utfördes av tre arbetsterapeuter och ett arbetsterapeutbiträde på den ortogeriatriska avdelningen. Interventionen som prövades avsåg att öka delaktighet för patienten med tidig insatt träning i P-ADL vad gäller de moment som patienten behövde för att klara sina dagliga aktiviteter, samt ett självträningsspaket.

Interventionen utfördes av befintlig arbetsterapeut på interventionsavdelningen och ingen ökning av bemanningen gjordes i jämförelse med kontrollavdelningen.

Studieansvarig utförde inga interventioner.

- *Delaktig patient, målformulering*

Patientens egna mål utgjorde grund för interventionen. I samråd mellan patient och arbetsterapeut formulerades mål för patientens rehabilitering så tidigt som möjligt efter operationen. I denna process var patientens egna tankar och önskemål ledande och en rimlighetsbedömning gjordes gemensamt för att identifiera tydliga delmål i rehabiliteringen som skulle uppnås senast vid hemgång från sjukhus. Patienten förvarade själv måldokumentet och målen uppdaterades successivt tillsammans med arbetsterapeut under vårdtiden på sjukhuset.

- *Tidigt insatt och ökad intensitet i P-ADL*

Tidig målinriktad rehabilitering infördes med ökad intensitet av intervention i P-ADL till minst två gånger per dag (måndag-fredag) av arbetsterapeut. Interventionerna startade så snart patienten klarade av att medverka, oftast dagen efter operationen. De tidigt insatta interventionerna i P-ADL skedde utifrån patientens behov och önskemål med ökad svårighetsgrad där patienten uppmuntrades att självträna dessa aktiviteter.

- *Självträningsspaket*

Patienten försågs från dag ett med självträningsspaketet med tillhörande manual där basala hjälpmedel för P-ADL såsom griptång, strumppådragare och glidlakan ingick. I självträningsspaketet fanns även en speciellt framtagen benslynga som var konstruerad för att underlätta förflyttningar i och ur säng genom att slyngan applicerades på det opererade benet och patienten själv lyfter benet i slyngan vid förflyttning till exempelvis toaletten. En manual med illustrationer och förklaringar där det beskrevs hur hjälpmedel såsom slyngan, griptång och strumppådragare skulle användas fanns även i självträningsspaketet. Denna manual sattes därefter ner i ett broschyrställ vid patientens vårsäng för att vara lättillgängligt för patienten. Patienterna fick självträningsspaketet med hjälpmedel och manual redan första dagen på sin sjukhusvistelse för att möjliggöra självträning så tidigt som möjligt. Syftet med detta var att patienterna skulle kunna träna sin P-ADL när patienten önskade men även på helger när ingen arbetsterapeut var i tjänst.

Datainsamling

Sociodemografiska och medicinska data samt tidigare ADL insamlades utifrån ett för studien framtaget formulär (bilaga 1). ADL-trappan användes för insamlande av data, denna har god validitet och reliabilitet (36)

Vårdspår kategoriserades i A, B eller C (Bilaga 2). Vårdspår kan ge en hänvisning till skörhet, vårdspår A är i regel mindre sköra är vårdspår B. Vårdspår C inkluderades ej då de inte klarade sin P-ADL för inkludering. Det var en exakt jämn fördelning av vårdspår A och B i både interventionsavdelningen och kontrollavdelningen (se Tabell 1).

Patientens förmåga skattades med Katz-ADL bestående av sex variabler i P-ADL (badning, påklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens, födointag). Varje variabel har tre svarsalternativ:

oberoende, delvis beroende eller beroende.

Patienten fick skatta upplevd säkerhet vid utförande av de sex P-ADL variablerna i steg där 1= säker, 2=någorlunda säker, 3=osäker och 4=mycket osäker (Bilaga 3).

Delaktighetsfrågor: För studien konstruerades frågor för självskattning av upplevd delaktighet i fråga om målsättning, beslut och ansvar med fyra svarsalternativ Ja, i mycket stor utsträckning, I ganska stor utsträckning, I liten utsträckning, Nej inte alls delaktig (Bilaga 4).

Studiesansvarig arbetsterapeut utförde 90 % av bedömningar i P-ADL samt P-ADL-säkerhet vid alla bedömningstillfällen oavsett om de ingick i kontrollgrupp eller interventionsgrupp. Två bedömare utförde ADL-bedömningarna vid frånvaro av studiesansvarig.

En pilotstudie på interventionsavdelningen gjordes på 10 patienter två månader innan studien startade för att testa om interventionen var genomförbar samt för att pröva bedömningsinstrumenten. Antalet träningstillfällen mättes också på alla de tre ortogeriatriska avdelningarna, utifrån journalgranskning.

Det framkom att arbetsterapeuten tränade patienten i genomsnitt tre gånger under vårdtiden oftast i samband med en arbetsterapeutisk bedömning.

Bedömningar utfördes vid två eller tre tillfällen på vårdavdelningen, se Tabell 2.

1:a bedömningen

Bedömning gällande inhämtning av sociodemografiska och medicinsk data samt intervju om tidigare beroende i ADL utfördes innan eller direkt efter operation.

2:a bedömningen

Den andra bedömningen utfördes när patienten bytte gånghjälpmedel från gåbord till annat gånghjälpmedel oftast rollator eller betastöd. De patienter som ej bytte gånghjälpmedel bedömdes inte vid detta tillfälle utan endast vid hemgång från sjukhuset. Den andra bedömningen är markerad med grått i Tabell 3 och 4.

3: dje bedömningen

Den tredje bedömningen utfördes i samband med hemgång från sjukhuset. Om patienten beviljades korttidsplats efter sjukhusvistelsen utfördes den tredje bedömning när patienten bedöms utskrivningsklar av läkare.

Databearbetning

SPSS version 21 användes för bearbetning av data och för att kunna göra statistiska analyser av materialet (37).

KATZ – ADL var primärt utfall i studien. KATZ-ADL skattades vid byte av gånghjälpmedel och vid hemgång där 6 P-ADL aktiviteter ingår. Samtliga P-ADL aktiviteter diktomiserades som oberoende (1 poäng) och svarskategorierna delvis beroende och beroende slogs ihop och benämndes som beroende (0 poäng) vilket summerades till en totalpoäng. Deskriptiva statistik beräknades med median och kvartilavstånd.

Detta resulterade i att patienten kunde få en total poäng mellan 0-6 poäng. < 5 räknas man som beroende och >5 som oberoende (37). Wilcoxons teckenrangetest användes för att jämföra grupperna -totalpoäng KATZ-ADL på primärt utfalls totalpoäng.

KATZ-ADL kompletterad med frågor om upplevd säkerhet i utförandet diktomiserades i kategorierna säker (1poäng) och (0 poäng) ingick någorlunda säker, osäker och mycket osäker. Delaktighet diktomiserades i delaktig (1 poäng) och bristande delaktighet (0) där ganska delaktig, inte helt delaktig och inte alls delaktig slogs samman.

KATZ ADL, ADL -trappan, upplevd säkerhet och delaktighetsfrågorna jämfördes mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp med hjälp av Pearson- chi-square för diktoma variabler. Alla test är tvåsidiga och utgår från en acceptans på signifikansnivå på $p < 0,05$

För de signifikanta skillnaderna mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp gjordes en beräkning av samt 95% konfidensintervall (KI) som baseras på medelvärde och standardavvikelser (SD) där skalan kvantifieras så att medelvärdet kan variera mellan 0.0-1.0, där maxpoäng 1.0 bästa möjliga oberoende, säkerhet och delaktighet. Lika varians antas inte i beräkning av konfidensintervall då SD mellan grupperna inte är lika.

Etikansökan

Etikansökan har gjorts och är godkänd av etiknämnden i Göteborg (diarienummer: 541:13).

Samtliga deltagare i studien erhöll information om att medverkandet i studien var helt frivilligt och att de när som helst under vårdtiden kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring. Alla deltagare var också informerade om att deras deltagande inte kommer att påverka deras möjlighet till rehabilitering och annan vård. Resultatet av studien redovisas så att deltagarna inte kan identifieras.

RESULTAT

Studien visar att patienter på interventionsavdelningen som drabbas av höftfraktur blir mer oberoende i sin P-ADL jämfört med i kontrollavdelningarna (se tabell 6).

De aktiviteter de blev mindre beroende i var påklädning och dusch och känner sig också säkrare vid aktiviteten påklädning jämfört med sedvanlig rehabilitering. Patienterna upplevde dessutom att de kände sig mer delaktiga i beslut om sin behandling och ett eget ansvar för sin rehabilitering.

Statistiska uträkningar gjordes i relation till ålder och kön men inga signifikanta skillnader hittades. Medelåldern vid inkludering var på interventionsgruppen patienter 82 år och i kontrollgruppen 80 år. I interventionsgruppen var 75 % kvinnor och i kontrollgruppen 78 %. Ingen signifikant skillnad fanns mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp gällande I-ADL, ensamboende samt dag för bedömning, se tabell 1.

Oberoende i P-ADL

KATZ-ADL visar att vid byte av gånghjälpmedel blev siffran för de sammantagna poängen vid KATZ-ADL poäng 4 på både kontroll och interventionsavdelningen.

Vid hemgång ifrån sjukhuset hade interventionsgruppen gått från 4 till 5.

>5 räknas man som oberoende i sin PADL(37). På kontrollavdelningen skedde ingen förbättring utan de fick totalpoäng 4 (se tabell 6).

Vid analys för varje aktivitet i KATZ-ADL hittades signifikanta skillnader mellan kontroll och interventionsgrupp gällande oberoendet i påklädning vid både andra ($p=0,029$) och vid tredje bedömningen ($p=0,002$). Det var alltså i dessa aktiviteter som förbättringar gjorts.

Resultatet visar att interventionsgruppen i högre grad än kontrollgruppen blev oberoende i påklädning. Även aktiviteten dusch uppvisade signifikant skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp vid tredje bedömningen ($p=0,039$) (se tabell 3). Interventionsgruppen var i högre grad mer oberoende i dusch vid hemgång än kontrollgruppen.

För övriga variabler visade resultaten inga signifikanta skillnader.

Säkerhet i P-ADL

Inga signifikanta skillnader förelåg mellan grupperna innan intervention, vid första bedömning (tabell 4). Vid andra bedömningen visade sig en signifikant skillnad i säkerhet i aktiviteten dusch ($p=0,015$), toalettbesök ($p=0,013$) samt kontinens ($p=0,002$), se tabell 4. Patienterna på interventionsavdelningen blev alltså mer säkrare i tre aktiviteter vid byte av gånghjälpmedel.

Vid skattning av säkerhet i utförandet av P-ADL vid bedömning tre kvarstod signifikanta skillnader mellan grupperna gällande påklädning ($p=0,014$). Patienterna på interventionsavdelningen upplevde sig alltså mer säkra vid utförande av påklädning vid båda tillfällena, både vid byte av gånghjälpmedel samt vid hemgång.

Delaktighet

På frågan ”Har du arbetat tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut mot gemensamma mål vad gäller din rehabilitering?” visades signifikant skillnad ($p=0,013$) mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Patienterna i interventionsgruppen upplevde alltså att de arbetade mer efter gemensamma mål än patienterna i kontrollgruppen. Även på frågan ”Har du känt ett eget ansvar för din rehabilitering/träning på avdelningen?” visade resultatet en signifikant skillnad ($p=0,03$). Interventionsgruppen upplevde att de arbetat tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut mot gemensamt mål gällande sin rehabilitering i högre grad jämfört med kontrollgruppen, patienterna upplevde även ökat ansvar gällande sin rehabilitering.

Frågan ”Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskat” visar också en signifikant skillnad ($p=0,001$) gällande interventionsgrupp och kontrollgrupp.

På frågan om ”Har du känt dig delaktig i din rehabilitering/träning på avdelning” visar ingen signifikant skillnad mellan grupperna (Tabell 4).

DISKUSSION

Syftet med studien var att utvärdera om ett strukturerat och personcentrerat arbetsterapeutisk rehabilitering för patienter med höftfraktur kan påverka oberoende och säkerhet i ADL samt ökad upplevelse av delaktighet i sin rehabilitering.

Resultatdiskussion

Oberoende i P-ADL

Studien visar på att de patienter som deltog i interventionsavdelningen fick en högre poäng i totalpoäng i KATZ-ADL. De gick från att vara oberoende i 4 aktiviteter till 5 aktiviteter vid hemgång. Tidigare studie beskriver att oberoende i 5 aktiviteter räknas man som oberoende i P-ADL (37).

Vid beräkningar aktivitet för aktivitet hittades signifikanta skillnader gällande oberoende i påklädning. Patienter på interventionsavdelningen blev mer oberoende i påklädning än patienterna i kontrollgruppen. Att det visar en signifikant skillnad i denna aktivitet är inte förvånande. Nedre påklädning är en aktivitet som oftast är svårt att klara pga. rörelseinskränkning och smärta i höften efter operation. I tidigare studien (22) visar att de moment som patienter oftast upplever som svåra aktiviteter så som nedre påklädning och dusch kan patienter tidigare under vårdtiden uppnå oberoende i.

I det kliniska arbetet på vårdavdelningarna kan man därför dra slutsatsen att denna aktivitet kan förbättras om man tränar nedre påklädning intensivt på avdelningen. När patienterna klarar nedre påklädning tidigare i vårdförloppet, vid byte av gånghjälpmedel, kan svårare aktiviteter tränas så som exempelvis dusch. Detta kan bidra till att patienten inte bara klarar fler aktiviteter i P-ADL utan även en svårare aktivitet. Begränsningar av aktiviteter i personlig vård påverkar det allmänna hälsotillståndet negativt medan mindre beroende leder till ökad upplevelse av hälsa. Inom arbetsterapi är aktivitet livsnödvändigt och har betydelse för hälsa(19). En tidigare studie stöder resultatet att äldre människors förlust av oberoende i ADL är förknippad med sämre mental hälsa (38).

Man kan också dra slutsatser att aktiviteter ska tränas intensivt men också tidigare i vårdförloppet. Detta kan bidra till att man hinner träna fler och svårare aktiviteter redan inneliggande på sjukhuset.

Studien visar en trend av ökad oberoende i P-ADL i interventionsgruppen vilket är intressant inte minst på grund av den korta vårdtiden. Att patienten är oberoende i P-ADL vid hemgång från sjukhuset medför mindre hjälp i sina personliga aktiviteter och färre kommunala insatser av hemtjänst.

Säkerhet i P-ADL

Att öva en aktivitet vid fler tillfällen kan även öka säkerheten vid utförande av aktivitet som exempelvis påklädning. Efter en höftfraktur är just nedre påklädning en aktivitet som oftast är svår att klara av (22). Studien visade en signifikant skillnad vid just påklädning. Att vara mindre osäker i P-ADL leder till att man vågar utföra sina dagliga aktiviteter själv utan närvaro av någon annan. Att vara osäker vid P-ADL kan leda till att man inte vågar utföra sina intressen och förlorar sina roller (27). I det kliniska arbetet på en vårdavdelning är det därför av stor vikt att inte bara träna aktiviteter vid enstaka tillfälle utan vid upprepade tillfällen under vårdtiden för att patienten ska känna en ökad säkerhet vid utförandet.

Tidigare forskning visar att över hälften av de som drabbas av höftfraktur lider av fallrädsla och osäkerhet i P-ADL (17). Detta kan leda till färre sociala kontakter och påverka sin känsla av hälsa (18).

Delaktighet

Tidigare studier visar även att individanpassade arbetsterapeutiska insatser är viktigt i det tidiga skedet efter höftfraktur (23, 27). Att få patienten delaktig i sin rehabilitering och i sin träning leder ofta kortare vårdtider (16). Att låta personen själv delta och utveckla sina egna mål med rehabiliteringen leder till personcentrerad vård (16, 39).

I en studie (23) av patienter som drabbats av höftfraktur med syftet att ta reda på om skillnader fanns mellan två olika arbetsterapeutiska interventioner. En träningsgrupp deltog aktivt i planeringen av sin träning och målsättning medan kontrollgruppen erhöll träning enligt ett redan utarbetat arbetsterapiprogram för äldre patienter efter höftfraktur. Vid hemgång från sjukhuset hade träningsgruppen ett ökat oberoende i P-ADL. Detta visar på vikten av ett personcentrerat rehabiliteringsmål samt att en multidisciplinärt team bidrar till en ökad känsla av delaktighet (39).

Att patienternas delaktighet i träningen har betydelse visar även en studie som utfördes i USA. När patienterna själva aktivt deltog i planeringen av sin egen behandling blev P-ADL-

förmågan förbättrad jämfört med de patienter som fick sedvanlig rehabilitering efter en utarbetad arbetsterapi-rutin (40). Detta betonar behovet av individuella rehabiliteringsprogram som tar hänsyn till patienternas egna intressen och därmed även ökar graden av oberoende i P-ADL (41).

Att använda en personcentrerad begreppsmodell som MOHO i sitt kliniska arbete ger en förklaring till att alla patienter är unika och personliga egenskaper ska styra målsättning och tillvägagångssättet vid rehabilitering (20).

En studie visar att motivation är en viktig faktor för att återfå tidigare förmågor i P-ADL (42). Detta stämmer också överens med hur MOHO belyser vilja och motivation för att klara av vardagliga aktiviteter.

En studie visar att en omfattande multidisciplinär bedömning med personcentrerad vård gjorde att den äldre mer sköra patienten upplevde sig mer "respekterad som person" (39).

Metoddiskussion:

En klinisk kontrollerad studie ska användas när en ny intervention ska prövas vilket gjorde i denna studie(33). Detta var en lämplig metod för studien då studieansvarig ville jämföra olika behandlingsmetoder på en patientgrupp.

Deltagarnas ålder och antalet procent kvinnor och män överensstämmer med patientgruppen som drabbas av höftfraktur (2). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp vid inkludering gällande oberoende i I-ADL, antalet vårddygn samt tillfälle för bedömning två. Detta gjorde grupperna mer jämförbara vilket också stärker studien.

Alla deltagare bytte inte gånghjälpmedel under vårdtiden och bedömning två utfördes därför inte på alla deltagare i studien. Skulle bedömningar av P-ADL förmåga och säkerhet i stället ske vid en specifik dag hade en mer utförlig statistik över tid eventuellt kunnat redovisats.

Patienterna hade olika lång vårdtid. Men bedömning vid hemgång gjordes när patienten var utskrivningsklar av läkaren, efter ca 6 dagar i båda grupperna (tabell 1). Detta medförde att denna bedömning gjordes mer likställd mellan avdelningarna än om de skulle gjort när de lämnade avdelningen. Vissa patienter stannade nämligen kvar en längre tid då de beviljades korttidsplats och detta kunde medföra längre sjukhusvistelse.

En förstudie gjorde med 10 patienter för att testa om interventionen var genomförbar samt att pröva bedömningsinstrumenten. En genomgång av bedömningarna samt en manual

utformades av instrumenten vid pilotstudien, för att dessa skulle bli likställda.

Efter pilotstudien justeras exempelvis storleken på texten i delaktighetsfrågorna då inte alla patienter hade med sig sina glasögon till avdelningen. Fler patienter kunde tack vare detta själva, utan närvaro av studieansvarig, svara på delaktighetsfrågorna. Förstudie där interventionen kunde prövas bidrog till likställda bedömningar och interventionen kunde förbättras och förtydligas, vilket stärker studien.

Att journalgranska arbetsterapeutiska träningar som en förstudie utfördes för att få en uppfattning hur mycket träning en patient får och att säkerställa att intensiteten ökade på interventionsavdelningen.

Av praktiska skäl var det inte möjligt för studieansvarig arbetsterapeut att vara blindad för om patienten ingick i kontrollgrupp eller interventionsgrupp. Risk för att studieansvarig försökt att inverka på bedömningar till studiens fördel kan inte förbises, vilket är en begränsning i denna studie. Detta hade kunnat undvikas genom att en utomstående person genomförde alla bedömningarna men detta var inte praktiskt genomförbart. Dock var studieansvarig arbetsterapeut endast bedömare och inte behandlare. De två bedömare som utförde bedömningar vid frånvaro av studieansvarig var inte involverade i rehabiliteringen för vare sig intervention- eller kontrollgrupp. Studieansvarig hade professionell kunskap i det ämne som studeras efter flera årsarbete på ortogeriatrisk avdelning. Studieansvarig har även erfarenhet av det standardiserade instrumentet ADL-trappan samt KATZ -ADL i kliniskt arbete, vilket möjliggör en mer strukturerad bedömning som även minskar risk för personlig tolkning eller försök att påverka resultatet. Frågor om säkerhet och delaktighet var dock nya för studieansvarig.

Inför studien konstruerades frågor för självskattning av upplevd delaktighet i fråga om målsättning, beslut och ansvar. Dessa kunde besvaras med fyra svarsalternativ.

Frågorna konstruerades då det inte ansågs finnas redan utformade frågor som besvarade det vi ville undersöka. Dessa frågor har inte testats för validitet. Svaret kategoriserades sedan med delaktig i jämförelse med inte delaktig. De potentiella mindre förändringar som patienterna påvisade blev därmed inte synliga i analysdelen. Denna förändring kunde dock vara av betydelse för den specifika patienten.

Patienterna fick olika behandlingar utöver den arbetsterapeutiska interventionen såsom olika operationsmetoder, personal på vårdavdelning och smärtlindring. Tidigare studie (43) nämner

att sjukdomar såsom hjärtsvikt har en påverkan på hur rehabiliteringen fortgår. Även sociala kontakter och tidigare frakturer har visats påverka patientens möjligheter till återhämtning(43, 44). I studien var det lika många patienten som klassades som vårdspår A som vårdspår B. Som tidigare nämnts kan vårdspår ge en föräning om skörhet. Patienterna i vårdspår B är ofta mer sköra än patienterna i vårdspår A. Det är en styrka i studien att grupperna är likställda. Att tidigare vara skör, ha fler sjukdomar, gör det svårare att komma tillbaka till tidigare aktivitetsnivå och kan påverka resultatet av rehabiliteringen (43). Tidigare studier påpekar att det är svårt att utläsa om det är arbetsterapeutens intervention eller den sammantagna träningen som påverkade patientens resultat (30). I denna studie kan man inte utesluta att andra faktorer kan ha påverkat resultatet. En mer rehabiliteringsinriktad vårdpersonal och en sjuksköterska med mer erfarenhet av god och korrekt smärtlindring kan ha påverkat resultatet. Detta har dock inte uppmärksammats av studieansvarig men inget som kan förbises. Att samarbeta mot gemensamma mål har tidigare visat sig öka känslan av delaktighet i sin vård och rehabilitering men även vikten av rehabilitering med multidisciplinära team har visats förstärka individens chanser att återfå sina färdigheter (18, 29, 43). Frågorna gällande delaktighet, utarbetades till denna studie. En sökning för att finna redan utarbetade frågor gällande delaktighet och målsättning utfördes men inga frågor uppfyllde det syfte som för studien skulle undersökas.

Etisk ansökan har godkänts och etiska övervägande har beaktats i studien. Riskerna för patienterna att ingå i studien får anses som förhållandevis små i jämförelse med den nytta det kan medföra i framtida vård och behandling. De patienter som deltog i studien erhöll extra tillfällen av bedömning och intervju. Interventionen i sig bidrar till ökade insatser av arbetsterapeuter och det är svårt att avgöra vilken av insatserna som påverkat resultatet Detta kan ha medverkat till att de känt sig mer behövda eller kanske pressade till att prestera. Ingen avbröt dock sitt deltagande på grund av en förtyngd insats.

Kliniska implikationer och hur resultatet kan komma till nytta

Studien visar att tidiga insatser från arbetsterapeut kan bidra till att patienten klarar sin P-ADL tidigare och detta på ett säkrare sätt. Studien visar också att det kan vara fördelaktigt för en arbetsterapeut att komma in tidigt i vårdförloppet. Att det är viktigt att patienten är delaktig i sin rehabilitering med sin egen målsättning. Den anamneslapp som utvecklades i samband med studien lever vidare och målsättningen görs idag oftast i samband med inbedömningen. De ortogeriatriska avdelningarna har sedan studien utfördes arbetat vidare med kliniskt arbete

och introducerade under våren 2022 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).

CGA är ett multidisciplinärt teamarbete för bättre omhändertagande av en geriatrisk patient på vårdavdelning. Det viktiga teamarbetet mellan rehabiliteringspersonal, läkare, undersköterska och sjuksköterska har därför kunnat förbättras och vidareutvecklats. Detta medför att hela teamet på avdelningen nu arbetar mot gemensamma mål och en delaktig patient där arbetsterapeuten idag har en betydande roll.

Enligt den nya rutinen för CGA ska arbetsterapeuterna ha träffat patienten tidigt i vårdförloppet och inhämta bakgrundsinformation för att teamet ska kunna sätta rimliga rehabiliteringsmål tillsammans med patienten.

I denna studie var det ett inklusionskriterier att man skulle vara självständig i sin P-ADL (exkl. dusch) sedan tidigare. De patienter som idag kommer till en ortogeriatrisk avdelning är mer multisjuka och oftast skörare, oftast vårdspår B eller C. Dessa patienter exkluderades ifrån denna studie. Det hade varit intressant att studera om dessa patienter hade kunnat bibehålla sina P-ADL aktiviteter med mer intensiv träning. En studie där varje patient fick egen målsättning och intensiv träning utifrån sina tidigare förmågor och önskemål.

Framtida områden att studera skulle kunna vara att följa och fortsätta träningen även efter hemgång att kommunen/primärvården hade kunnat fortsätta den träningen man påbörjat på sjukhuset och fortsätta arbeta mot patientens uppsatta mål även efter hemgång.

REFERENSLISTA

1. Sermon A, Slock C, Coeckelberghs E, Seys D, Panella M, Bruyneel L, et al. Correction to: Quality indicators in the treatment of geriatric hip fractures: literature review and expert consensus. *Arch osteoporos*. 2022;17(1):70-.
2. Borgstrom F, Zethraeus N, Johnell O, Lidgren L, Ponzer S, Svensson O, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporos Int*. 2006;17(5):637-50.
3. Olsen F, Lundborg F, Kristiansson J, Hård af Segerstad M, Ricksten SE, Nellgård B. Validation of the Nottingham Hip Fracture Score (NHFS) for the prediction of 30-day mortality in a Swedish cohort of hip fractures. *Acta anaesth scand*. 2021;65(10):1413-20.
4. Rikshöft. Årsrapport 2022 2021 [Available from: https://www.xn--rikshft-e1a.se/_files/ugd/e75c7c_da7feb9aa4e94fe4bb39a5bb3b06af68.pdf].
5. Boddaert J, Cohen-Bittan J, Khiami F, Le Manach Y, Raux M, Beinis J-Y, et al. Postoperative admission to a dedicated geriatric unit decreases mortality in elderly patients with hip fracture. *PloS one*. 2014;9(1):e83795-e.
6. Johnell O, Borgstrom F, Jonsson B, Kanis J. Latitude, socioeconomic prosperity, mobile phones and hip fracture risk. *Osteoporos int*. 2007;18(3):333-7.
7. Karlsson ÅPTM, Berggren MMD, Gustafson YMDP, Olofsson BRNP, Lindelöf NPTP, Stenvall MPTP. Effects of Geriatric Interdisciplinary Home Rehabilitation on Walking Ability and Length of Hospital Stay After Hip Fracture: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(5):464.e9-.e15.
8. Fan J, Lv Y, Xu X, Zhou F, Zhang Z, Tian Y, et al. The Efficacy of Multidisciplinary Team Co-Management Program for Elderly Patients With Intertrochanteric Fractures: A Retrospective Study. *Frontiers in surgery*. 2021;8:816763-.
9. Kielhofner G. Model of human occupation : teori och tillämpning. 1. uppl. ed. Falk C, Falk K, Stedman H, editors: Lund : Studentlitteratur; 2012.
10. Olsson L-E, Karlsson J, Berg U, Kärrholm J, Hansson EK. Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty-a quasi-experimental study. *J Orthop Surg Res*. 2014;9.
11. Røpke A, Morville A-L, Møller TE, Delkus ECG, Juhl CB. HIP Fracture REhabilitation Program for older adults with hip fracture (HIP-REP) based on activity of daily living: a feasibility study. *BMC geriatrics*. 2022;22(1):370-.

12. Riksdagen. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm.http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K5.
13. Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and rehabilitation*. 2003;25(11-12):565-71.
14. Ekman I. Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014.
15. Ekman I. Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik. Andra upplagan ed: Stockholm : Liber; 2020.
16. Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Acta anaesth scand*. 2006;1:3.
17. Jongjit J, Komsopapong L, Songjakkaew P, Kongsakon R. Health-related quality of life after hip fracture in the elderly community-dwelling. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2003;34(3):670-4.
18. Stenvall M, Elinge E, von Heideken Wagert P, Lundstrom M, Gustafson Y, Nyberg L. Having had a hip fracture--association with dependency among the oldest old. *Age and ageing*. 2005;34(3):294-7.
19. Townsend EA, Polatajko HJ, Canadian Association of Occupational T. Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation: Ottawa : CAOT Publications ACE; 2007.
20. Nilsson I, Townsend E. Occupational Justice-Bridging theory and practice. *Scand J Occup Ther*. 2010;17(1):57-63.
21. Kielhofner G, Taylor RR, Falk C, Falk K, Thurban C. Kielhofners model of human occupation : teori och tillämpning. Andra upplagan ed: Lund : Studentlitteratur; 2020.
22. Herrick C, Steger-May K, Sinacore DR, Brown M, Schechtman KB, Binder EF. Persistent pain in frail older adults after hip fracture repair. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(12):2062-8.
23. Hagsten B, Svensson O, Gardulf A. Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop Scand*. 2004;75(2):177-83.
24. Wilcock AA. An occupational perspective of health. 3. ed. Hocking C, editor: Thorofare, N.J. Slack; 2015.

25. M. L. Elderly disabled persons in the home setting: aspects of activities in daily life. . Karolinska institutet. 2000:87.
26. Kammerlander C, Gosch M, Kammerlander-Knauer U, Luger TJ, Blauth M, Roth T. Long-term functional outcome in geriatric hip fracture patients. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2011;131(10):1435-44.
27. Lee SY, Jung SH, Lee S-U, Ha Y-C, Lim J-Y. Is Occupational Therapy After Hip Fracture Surgery Effective in Improving Function?: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Am J Phys Med Rehab*. 2019;98(4):292-8.
28. Werner M, Macke C, Gogol M, Krettek C, Liidakis E. Differences in hip fracture care in Europe: a systematic review of recent annual reports of hip fracture registries. *European journal of trauma and emergency surgery (Munich : 2007)*. 2021.
29. Taylor NF, Harding KE, Dowling J, Harrison G. Discharge planning for patients receiving rehabilitation after hip fracture: a qualitative analysis of physiotherapists' perceptions. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(6):492-9.
30. Hagsten B, Svensson O, Gardulf A. Health-related quality of life and self-reported ability concerning ADL and IADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop*. 2006;77(1):114-9.
31. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm: Socialstyr.; 2003.
32. Visschedijk JH, Caljouw MA, van Balen R, Hertogh CM, Achterberg WP. Fear of falling after hip fracture in vulnerable older persons rehabilitating in a skilled nursing facility. *J Rehabil Med*. 2013.
33. Ludvigsson J. Att börja forska - inom medicin, bio- och vårdvetenskap. 2., [uppdaterade] uppl. ed: Lund : Studentlitteratur; 2015.
34. Asplin G. Traffic Light System-BasicADL (TLS-BasicADL) Development, reliability, validity, clinical utility and patient perspective. 2018.
35. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41.
36. Brorsson B, Asberg KH. Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. *Scand J Rehabil Med*. 1984;16(3):125-32.
37. Sonn U, Asberg KH. Assessment of activities of daily living in the elderly. A study of a population of 76-year-olds in Gothenburg, Sweden. *Scand J Rehabil Med*. 1991;23(4):193-202.
38. Albanese AM, Bartz-Overman C, Parikh MDT, Thielke SM. Associations Between Activities of Daily Living Independence and Mental Health Status Among Medicare Managed Care Patients. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*. 2020;68(6):1301-6.

39. Westgård T, Wilhelmson K, Dahlin-Ivanoff S, Ottenvall Hammar I. Feeling Respected as a Person: a Qualitative Analysis of Frail Older People's Experiences on an Acute Geriatric Ward Practicing a Comprehensive Geriatric Assessment. *Geriatrics (Basel)*. 2019;4(1):16.
40. Pryor GA, Williams DR. Rehabilitation after hip fractures. Home and hospital management compared. *J Bone Joint Surg Br*. 1989;71(3):471-4.
41. Buddenberg LA SJ. A comparison of occupational therapy intervention approaches for older patients after hip fracture. *Top Ger Rehabil*. 1998; 13: 52–68.
42. Close J EM, Hooper R, Glucksman E Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 1999;353:93–7.
43. Pareja Sierra T, Bartolomé Martín I, Rodríguez Solís J, Bárcena Goitiandia L, Torralba González de Suso M, Morales Sanz MD, et al. Predictive factors of hospital stay, mortality and functional recovery after surgery for hip fracture in elderly patients. *Revista española de cirugía ortopédica y traumatología*. 2017;61(6):427-35.
44. van der Sijp MPL, van Eijk M, Tong WH, Niggebrugge AHP, Schoones JW, Blauw GJ, et al. Independent factors associated with long-term functional outcomes in patients with a proximal femoral fracture: A systematic review. *Experimental gerontology*. 2020;139:111035-.
45. Zuckerman JD, Koval KJ, Aharonoff GB, Skovron ML. A functional recovery score for elderly hip fracture patients: II. Validity and reliability. *J Orthop Trauma*. 2000;14(1):26-30.

Tabell 1: Bakgrundsdata

N=		Kontroll	Interventions	p-värde
Ålder: mean ±SD		80,46 ± 7,72	82,02 ± 8,02	
Kön N (%)				
	Kvinnor	49(77,8)	47(74,6)	0,68
	Män	14(22,2)	16(25,4)	
Typ av fraktur N(%)				
	Cervikal	24(41,4)	35(55,6)	0,07
	Trokantär	39(58,2)	28(44,4)	
Ensamboende N(%)				
	Ja	39(61,9)	41(65,1)	
	Nej	24(38,1)	22(34,9)	0,711
Klarat dusch				
	Oberoende	60(96,8)	67(91,9)	
	Beroende	2(3,2)	5(8,1)	0,243
Klarat städning N(%)				
	Oberoende	41(66,1)	37(59,7)	
	Beroende	21(33,9)	25(40,3)	0,457
Klarat inköp N(%)				
	Oberoende	39(62,9)	41(66,1)	
	Beroende	23(37,1)	21(33,9)	0,707
Klarat matlagning N(%)				
	Oberoende	55(88,7)	48(77,4)	
	Beroende	7(11,3)	14(22,6)	0,094
Hjälp hemtjänst innan N(%)				
	1g/v eller mindre	22(34,9)	21(33,9)	1,0
	Mer än 1g/v	41(65,1)	41(66,1)	
Vårdspår N(%)				
	A	50(79,4)	50(79,4)	
	B	13(20,6)	13(20,6)	
Allmän hälsa N(%)				
	Utmärkt	4(6,6)	5(8,5)	0,9
	Mycket god	11(18,0)	9(15,3)	
	God	22(36,1)	21(35,6)	
	Någorlunda	21(34,4)	20(33,9)	
	Dålig	2(3,3)	4(6,8)	
Vård dagar på sjukhuset: median(min-max)		13(4-30)	14(5-45)	0,13
Dag för bedömning 2 (medelvärde)		6:31	5:86	0,765

Tabell 2. Tabellen visar x när bedömningar görs på avdelningen. Arbetsterapeut (AT) och Fysioterapeut (FT) beskriver vilken av AT/FT som utför bedömning.

Mätinstrument	1 bedömning	2 bedömning	3 bedömning
KATZ-ADL		X (AT)	X (AT)
ADL säkerhet		X (AT)	X (AT)
Delaktighetsfrågor			X (AT, FT)
Sociodemografiska och medicinska data inkl. ADL-trappan	X (AT, FT)		

Tabell 3: Jämförelse mellan kontroll och interventions patienter i oberoende/beroende KATZ-ADL andra och tredje bedömningen.

N(%)		Byte av gånghjälpmedel n=76				Hemgång n=118			
		Intervention N=40	Kontroll N=36	P-värde	KI	Intervention N=59	Kontroll N=58	P-värde	KI
Dusch									
	Oberoende	7(17,5)	2(5,7)	0,117		20(33,9)	10(17,2)	0,039	0.01-0,33
	beroende	33(82,5)	34(94,3)			39(66,1)	48(82,8)		
Toalettbesök									
	Oberoende	26(65,0)	18(50,0)	0,186		39(66,1)	38(65,5)	0,947	
	beroende	14(35,0)	18(50,0)			20(33,9)	20(34,5)		
Förflyttning									
	Oberoende	29(72,5)	26(72,2)	0,978		43(72,9)	41(70,7)	0,792	
	beroende	11(27,5)	10(27,8)			16(27,1)	17(29,3)		
Påklädning									
	Oberoende	21(52,5)	10(27,8)	0,029	0,03-0,47	39(66,1)	22(37,9)	0,002	0.11-0.46
	beroende	19(47,5)	26(72,2)			20(33,9)	36(62,1)		
Kontinens									
	Oberoende	38(95,0)	32(88,9)	0,324		51(86,2)	52(89,7)	0,569	
	beroende	2(5,0)	4(11,1)			8(13,8)	6(10,3)		
Födointag									
	Oberoende	40(100)	36(100)	1,0		58(98,3)	57(98,3)	0,990	
	beroende	0(0,0)	0(0,0)			1(1,7)	1(1,7)		

Tabell 4: ADL säkerhet bedömningar innan, vid byte av gånghjälpmedel samt vid hemgång.

N(%)	Innan			Byte			KI	Hemgång			KI
	Intervention N=61	Kontroll N=60	p- värde	Intervention N=40	Kontroll N=34	p- värde		Intervention s N= 57	Kontroll N=55	p-värde	
Dusch											
osäker	13(21,3)	11(18,3)	0,681	29(5,9)	32(94,1)	0,015	0,18 - 0,63	45(78,9)	48(87,3)	0,241	
säker	48(78,7)	49(81,7)		11(27,5)	2(72,5)			12(21,1)	7(12,7)		
Toalettbesök											
osäker	0(0,0)	2(3,3)	0,150	18(45,0)	25(73,5)	0,013	0,07 - 0,52	22(38,6)	30(54,5)	0,091	
säker	61(100)	58(96,7)		22(55,0)	9(26,5)			35(61,4)	25(45,5)		
Förflyttning											
osäker	3(4,9)	4(6,7)	0,680	23(57,5)	24(70,6)	0,224		27(47,4)	33(60,0)	0,180	
säker	58(95,1)	56(93,3)		17(42,5)	10(29,4)			30(52,6)	22(40,0)		
Påklädning											
osäker	2(3,3)	3(5,0)	0,634	24(60)	25(73,5)	0,220		22(38,6)	34(61,8)	0,014	0,04 - 0,41
säker	59(96,7)	57(95,0)		16(40)	9(26,5)			35(61,4)	21(38,2)		
Kontinens											
osäker	1(1,6)	2(3,3)	0,549	5(12,5)	15(44,1)	0,002	0,16 - 0,64	11(19,3)	16(29,1)	0,226	
säker	60(98,4)	58(96,7)		35(87,5)	19(55,9)			46(80,7)	39(70,9)		
Födointag											
osäker	1(1,6)	0(0,0)	0,319	2(5,0)	5(14,7)	0,115		2(3,5)	6(11,1)	0,122	
säker	60(98,4)	60(100)		38(95,0)	29(85,3)			55(96,5)	48(88,9)		

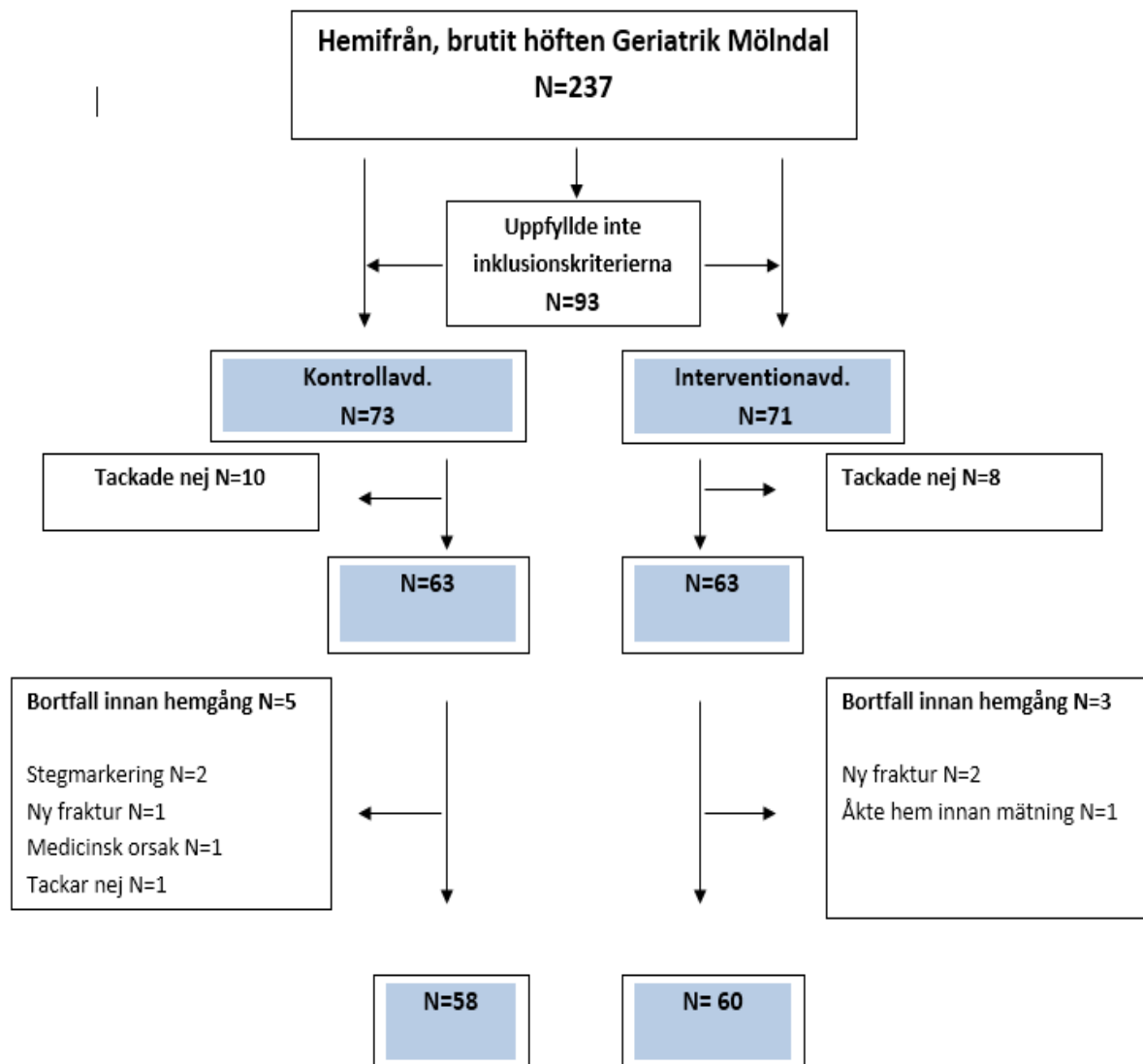
Tabell 5: Delaktighetsfrågor vid hemgång N=117

N(%)		Intervention	Kontroll	p-värde	KI 95%
Har du känt dig delaktig i din rehabilitering/träning på avdelningen?	Ja i mycket stor utsträckning delaktig	29(50,0)	21(36,8)	0,155	
	Ganska/lite/inte alls delaktig	29(50,0)	36(63,2)		
Har du arbetat tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeut mot gemensamma mål vad gäller din rehabilitering?	Ja i mycket stor utsträckning delaktig	30(51,7)	17(29,8)	0,013	0,04-0,41
	Ganska/lite/inte alls delaktig	28(48,3)	40(70,2)		
Har du känt ett eget ansvar för din rehabilitering/ träning på avdelningen?	Ja i mycket stor utsträckning delaktig	37(63,8)	21(35,1)	0,03	0,11-0,47
	Ganska/lite/inte alls delaktig	21(36,2)	37(64,9)		
Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskat?	Ja i mycket stor utsträckning delaktig	39(67,2)	20(35,1)	0,01	0,15-0,50
	Ganska/lite/inte alls delaktig	19(32,8)	37(64,9)		

Tabell 6: KATZ- ADL Totalpoäng* (0-6 poäng) vid byte av gånghjälpmedel och vid hemgång.

		N	Median (Kvartilavstånd)	Z	P-värde
Kontroll	Byte	35	4 (2-4)	-3,64	<0,001
	Hemgång	58	4 (2-5)		
Intervention	Byte	40	4 (3-5)	-3,56	<0,001
	Hemgång	58	5 (2-6)		

*Wilcoxon's teckenrangetest



Figur 1: Flödesschema av inkludering av patienter mellan september 2013- mars 2014.

Bilaga 1

Träningsprojektet höftfraktur avd 237 arbetsterapi – sjukgymnastik 2013

Ankomstsamtal

Patient nr: _____ Förnamn: _____

Fraktur cervikal trokantär Operation datum: _____

Operation LIH Pinlock Halvprotes Skruv+platta Gammaspik Totalprotes

Bostad Lägenhet våning: _____ Hiss: Ja Nej Villa/radhus

Trappa utanför, steg: _____ till lgh, halvtrappor: _____ inne i bostaden, steg: _____

Ensamboende Ja Nej

I bostaden badkar dusch sängen _____

Hjälpmedel badbräda stödhandtag duschpall toalettförhöjning

griptång strumppådragare andra: _____

Gånghjälpmedel

Inomhus: Ja vilket: _____ Nej inget gånghjälpmedel inomhus

Utomhus Ja vilket: _____ Nej inget gånghjälpmedel utomhus

Har gånghjälpmedel men använder ej, vilket: _____

TLS(bilaga) ADL-trappan(bilaga, gör av Annica)

Klarat att göra senaste månaden:

Aktiviteter utanför bostaden Ja ensam Ja med sällskap Nej

Åka spårvagn/buss Ja ensam Ja med sällskap Nej

Köra bil Ja ensam Ja med sällskap Nej

Träningsprojektet höftfraktur avd 237 arbetsterapi – sjukgymnastik 2013

Fått hjälp senaste månaden av:

hemtjänst _____ / dag/vecka

anhörig/vän/granne _____ / dag/vecka
(kan kryssa i båda)

Hjälpt någon annan senaste månaden? Ja vem? _____ Nej

Brakar du röra på dig, under senaste månaden?

Ja vad: _____ Nej

I så fall hur ofta? _____

Promenerat senaste månaden: Ja ensam Ja med sällskap Nej

Promenerar varje dag 4-6 ggr/v 2-3 ggr/vecka 1 g/vecka < 1 g/vecka

Promenerar hur länge (i genomsnitt) _____ minuter

I allmänhet skulle du vilja säga att din hälsa är:

Utmärkt Mycket God God Någorlunda Dålig

SPMSQ= _____

PATIENTENS MÅL MED REHABILITERINGEN/TRÄNINGEN PÅ AVDELNINGEN:

Bilaga 2

Vårdspår bedöms av de sammanlagda poängen: *Function Recovery Scale*(FRS) utförs av sjuksköterskan vid ankomstsamtalet, mäter oberoende i P och I- ADL(45). Medicinskt *allmäntillstånd*(Ceder skala,)utförs av läkare. *Short portable mental status Questionnaire* (SPMSQ)utförs av USK, kognitiv bedömning med hjälp av 10 frågor.

Vårdspår	FRS	SPMSQ	Medicinskt allmäntillstånd	Socialt nätverk
A	80-100%	6-10	A eller B	Tätt
B	44-80	3-10	A till C	Tätt till saknas
C	0-44	0-8	B eller C	Tätt till saknas

41. ADL-trappan& ADL-trappan/säkerhet

Skala upplevd säkerhet:

1-Säker 2-Någorlunda säker 3-Osäker 4- Mycket osäker

		upplevd säkerhet			
a. Städning	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
b. Inköp	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
c. Transport	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
d. Matlagning	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
e. Badning	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
f. Påklädning	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
g. Toalettbesök	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
h. Förflyttning	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
i. Kontinens	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				
j. Födointag	<input type="checkbox"/> oberoende <input type="checkbox"/> delvis beroende <input type="checkbox"/> beroende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Använder du något hjälpmedel för att utföra aktiviteten?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>				

48505

Bilaga 4

1. *Har du känt dig delaktig i din rehabilitering/träning på avdelningen?*

- Ja i mycket stor utsträckning delaktig
- I ganska stor utsträckning delaktig
- I liten utsträckning delaktig
- Nej inte alls delaktig

2. *Har du arbetat tillsammans med arbetsterapeut och fysioterapeuten mot gemensamma mål vad gäller din rehabilitering?*

- Ja i mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I liten utsträckning
- Nej inte alls

3. *Har du känt ett eget ansvar för din rehabilitering/träning på avdelningen?*

- Ja i mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I liten utsträckning
- Nej inte alls

4. *Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskat?*

- Ja, helt och hållet
- Delvis
- Nej
- Ej ifyllt