



Linköpings universitet
HÄLSOUNIVERSITETET

Sjukgymnasters upplevelser av arbete
på särskilt boende för äldre
– En intervjustudie

Lina Gustafsson och Elin Linde

Examensarbete i Sjukgymnastik, 15 hp (grundnivå)

Vårterminen 2013 – Höstterminen 2013

Avd. för sjukgymnastik

Institutionen för Medicin och Hälsa

Handledare:
Karin Valeskog
MSc., Leg. Sjukgymnast
Avd. för Sjukgymnastik
Institutionen för Medicin och Hälsa (IMH)
Linköpings universitet

Examinator:
Ann-Sofi Kammerlind
Med. Dr., Leg. sjukgymnast
Avd. för Sjukgymnastik
Institutionen för Medicin och Hälsa (IMH)
Linköpings universitet

Uppsatsen godkänd: 131219

Författarnas tack

Vi vill tacka alla som på något sätt bidragit till vår kandidatuppsats.

Tack till våra deltagare som ställt upp med tid och intresse.

Ett stort tack även till vår handledare Karin Valeskog för din vägledning, ditt tålamod och stora engagemang.

Vi vill slutligen också tacka våra familjer och partners för stöd, korrekturläsning och uppmuntran.

Titel: Sjukgymnasters upplevelser av arbete på särskilt boende för äldre – en intervjustudie.

Författare: Lina Gustafsson & Elin Linde, Sjukgymnastprogrammet, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet.

Handledare: Karin Valeskog, MSc., Leg. Sjukgymnast, Avd. Sjukgymnastik, Institutionen för Medicin och Hälsa (IMH), Linköpings universitet.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Förutsättningarna för sjukgymnasters arbete på särskilt boende ser olika ut beroende på brukarantal, möjlighet att vara tillgänglig samt resurser från kommunen. Flera studier visar på att resursbrist försvårar sjukgymnasters arbete och att det är svårt att tillgodose brukarnas behov när sjukgymnasterna har det medicinska rehabiliteringsansvaret för ett stort antal brukare. Rehabilitering sker på specifik och allmän nivå, och till stor del genom omvårdnadspersonal.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjukgymnasters upplevelser av sitt arbete på särskilt boende för äldre.

Metod: Datainsamling skedde genom sju semistrukturerade intervjuer med sjukgymnaster som arbetade på särskilt boende. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Vid analys framkom fem huvudkategorier: styrande faktorer, prioriteringar, samarbetet runt brukaren, arbetets bredd samt självbild och status.

Konklusion: Deltagarna upplevde sitt arbete på särskilt boende för äldre som roligt och varierande, men påverkat av stress och resursbrist. Arbetet upplevdes bestå av mycket prioriteringar men vad de grundade sig på varierade, liksom upplevelsen av stödet från riktlinjer. Deltagarna uppgav att det är önskvärt med ett väl fungerande samarbete med omvårdnadspersonalen eftersom de sjukgymnastiska insatserna i stor utsträckning delegeras till dem.

Nyckelord: Äldreomsorg, Sjukgymnaster, Upplevelser, Kvalitativ innehållsanalys

Title: Physiotherapists' Perceptions of work in Housing for the Elderly – An Interview Study

Authors: Lina Gustafsson & Elin Linde, Physiotherapy Programme, Faculty of Health Sciences, Linköping University.

Tutor: Karin Valeskog, MSc, RPT, Division of Physiotherapy, Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Sweden.

ABSTRACT

Background: The conditions for the physiotherapists' work in housing for the elderly vary depending on number of care recipients, the availability of the physiotherapists and the resources provided at the county level in Sweden. Previous studies have shown that the lack of resources makes the work difficult for the physiotherapists. Moreover, it is hard to meet the needs of individual care recipients when physiotherapists have the medical rehabilitation responsibility for a large number of care recipients. Rehabilitation is carried out on a specific level and a general level and often delegated to care assistants.

Purpose: The aim of this study was to examine physiotherapists' perceptions of their work in housing for the elderly.

Method: Seven physiotherapists working in houses for the elderly were interviewed with the help of a semi-structured interview guide. The interviews were analyzed with qualitative content analysis.

Results: The analysis revealed five categories: controlling factors, priorities, cooperation around the care recipient, the breadth of the work and self-image and status.

Conclusion: The participants' perceptions of work in housing for the elderly were that the job was fun and varied but influenced by stress and lack of resources. The work was perceived as consisting of a lot of prioritizing; however, the grounds on which the decisions were made varied as did the perception of support from guidelines. The participants reported that they desired a well-functioning working relationship with the care assistants because the physiotherapy inputs were often delegated to them.

Key words: Housing for the elderly, Physical therapists, Perceptions, Qualitative content analysis

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Särskilt boende	1
2.2	Sjukgymnastens arbete enligt lagar och regler	1
2.3	Sjukgymnastens arbete på särskilt boende för äldre	2
2.3.1	Förutsättningar	2
2.3.2	LSR:s arbetsbeskrivning för sjukgymnaster på särskilt boende	3
2.3.3	Inriktning av sjukgymnasters arbete på särskilt boende	4
2.3.4	Rehabilitering	5
2.3.5	Delegering	5
2.3.6	Sjukgymnasten i samverkan	5
2.4	Problemformulering	6
3	Syfte	6
4	Metod	6
4.1	Design	6
4.2	Urval	6
4.3	Genomförande	7
4.3.1	Rekrytering av deltagare	7
4.3.2	Datainsamling	7
4.4	Analysmetod	8
4.4.1	Innehållsanalys	8
4.4.2	Reliabilitet och Validitet	8
4.5	Etiska aspekter	9
5	Resultat	9
5.1	Beskrivning av deltagare	9
5.2	Resultatpresentation	9
5.3	Styrande faktorer	10
5.3.1	Riktlinjer	10
5.3.2	Resursbrist	11
5.4	Prioriteringar	11
5.4.1	Rutinmässiga bedömningar	11
5.4.2	Akuta bedömningar	11
5.4.3	Förebyggande insatser	12
5.4.4	Tidsfaktorer	12
5.4.5	Individuella faktorer	12

5.4.6	Administrativa faktorer	12
5.5	Samarbetet runt brukaren	13
5.5.1	Synen på sjukgymnastens roll	13
5.5.2	Teamet.....	13
5.5.3	Sjukgymnastik genom andra	13
5.5.4	Handledning	14
5.5.5	Anhöriga.....	14
5.6	Arbetets bredd	14
5.6.1	Uppdragets bredd.....	15
5.6.2	Variationen i arbetet	15
5.7	Status och självbild	15
6	Diskussion	16
6.1	Metoddiskussion.....	16
6.2	Resultatdiskussion	18
6.2.1	Styrande faktorer	18
6.2.2	Prioriteringar	19
6.2.3	Samarbete runt brukaren	19
6.2.4	Arbetets bredd	20
6.2.5	Självbild och status.....	20
7	Konklusion	20
8	Referenser.....	21
	Bilaga 1 Kontaktmejl	
	Bilaga 2 Informationsbrev	
	Bilaga 3 Intervjuguide	
	Bilaga 4 Samtyckesformulär	

1 Inledning

Gruppen äldre personer växer. Enligt beräkningar ökade antalet personer över 65 år från cirka 700 000 till 1,6 miljoner mellan 1950- och 2000-talet. Socialstyrelsen uppskattar att andelen av befolkningen som är i pensionsåldern kommer att öka till 21,2% år 2020 vilket kan jämföras med år 2000 då siffran var 17,2 % (Socialstyrelsen 2009).

År 2011 bodde cirka 90 000 personer i åldern 65 år och äldre i särskilda boendeformer (SCB 2013). Antalet årsarbetande sjukgymnaster per brukare¹ (år 2007) i permanent särskilt boende var 0,005. Det innebär en årsarbetande sjukgymnast per 200 brukare. Detta kan jämföras med yrkesutbildad omvårdnadspersonal som vid samma tidpunkt var 0,58 årsarbetare per brukare (Socialstyrelsen 2009).

Författarna till denna studie har genom egna erfarenheter av arbete inom äldreomsorg ett personligt intresse för ämnet. Författarna har som omvårdnadspersonal² sett det behov som finns av sjukgymnastiska insatser och de vinster som finns att hämta genom ett aktivt samarbete mellan yrkesprofessioner. Under sjukgymnastutbildningen väcktes frågor om sjukgymnastens roll på särskilt boende, om de samarbeten som krävs och hur brukarnas behov tillgodoses. För att få en tydligare bild önskade författarna lära sig mer om ämnet och om sjukgymnasters upplevelser av att arbeta på särskilt boende för äldre.

2 Bakgrund

2.1 Särskilt boende

Med särskilt boende menas gruppboende, sjukhem samt vård- och omsorgsboende (Lagergren et al. 2006). Sedan 1992, när Ädelreformen trädde i kraft, har kommunerna allt ansvar gällande social omsorg av äldre och handikappade, och att upprätta boenden för dessa med sjukvård inom boendeformerna (Hedin 1996). Vem som har rätt till ett vård- och omsorgsboende på äldreboende regleras av Socialtjänstlagen (SoL). För att få plats på särskilt boende måste den äldre ansöka om ett bistånd utifrån SoL och det åligger kommunens biståndshandläggare att utreda om rätt till särskilt boende föreligger (Socialstyrelsen 2011). För att beviljas särskilt boende ska ansökande ha stora behov av vårdande insatser. Den nuvarande bostadens tillgänglighet och standard samt den enskildes upplevelse av otrygghet ska också tas hänsyn till (Bergstrand 2009).

2.2 Sjukgymnastens arbete enligt lagar och regler

Sjukgymnasten jobbar alltid efter hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som bland annat gör gällande att:

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den

¹ Brukare används i den här studien som benämning på vårdtagare boendes på särskilt boende.

² Omvårdnadspersonal används i den här studien som benämning på undersköterskor och vårdbiträden.

som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (SFS 1982:736).

2 e § Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges (SFS 1982:736).

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller dessutom en paragraf om vad som är kommunens ansvar gällande rehabilitering.

18 b § Kommunen skall i samband med hälso- och sjukvård erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade (SFS 1982:736).

Sjukgymnasten behöver också förhålla sig till patientsäkerhetslagen (PSL). I kapitel 6, första paragrafen står att läsa

1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659).

Utöver dessa lagar lyder sjukgymnasten under patientdatalagen, vilken bland annat rör dokumentation samt offentlighets- och sekretesslagen (LSR 2012a).

Utöver lagarna bör sjukgymnasten följa ett antal etiska regler utfärdade av Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR). De etiska reglerna finns för att hjälpa sjukgymnasten i hur denne ska förhålla sig i olika situationer och handlar bland annat om att sjukgymnasten har ansvar för att åtgärder utförs professionellt och effektivt. De gör också gällande att sjukgymnasten ska vara insatt i lagar, föreskrifter och förordningar (LSR 1996). LSR har också upprättat en generell professionsbeskrivning som klargör sjukgymnastens ansvarsområden och arbetsuppgifter (Broberg & Tyni-Lenné 2009).

2.3 Sjukgymnastens arbete på särskilt boende för äldre

2.3.1 Förutsättningar

Axelsson och Gard (2002) menar att före Ädelreformen hade kommunerna ingen erfarenhet av att arbeta med rehabilitering. Vidare uttrycks att kommunerna under de första tio åren inte klarade av att tillgodose det behov av rehabilitering som finns, vilket redan Socialstyrelsens slutrapport från 1996 pekade på (Socialstyrelsen 1996). En annan rapport från 2013 visade på att förändringar har skett senaste åren, och att antalet sjukgymnaster ökat med 11 % mellan 2007 och 2011 (Socialstyrelsen 2013).

I USA kom Tyler et al. (2013) fram till att antalet paramedicinsk personal, det vill säga sjukgymnaster, arbetsterapeuter och assistenter, anställda på särskilda boenden för äldre i USA hade ökat, mätt i timmar per patient och dag, mellan år 2001-2010. Utökningen av personal hade skett för att möta rehabiliteringsbehovet hos postakuta patienter (Tyler et al 2013).

Organisationen för kommunal rehabilitering ser olika ut i olika delar av landet. I ungefär hälften av Sveriges kommuner har kommunen ansvaret för rehabilitering enbart i särskilt boende, och i vissa kommuner ligger ansvaret både mot särskilt

boende och ordinärt boende, d.v.s. hemmaboende pensionärer. Därför ser också resursfördelningen olika ut (Gustafsson 2010). Socialstyrelsens lägesrapport från 2012 rapporterade att fler enskilda utförare nu driver en större del av kommunal vård än tidigare. De enskilda utförarna hade oftast lägre personaltäthet och generellt färre sjukgymnaster och arbetsterapeuter än kommunernas verksamheter (Socialstyrelsen 2012).

År 2003 publicerade Socialstyrelsen en rapport för att kartlägga rehabiliteringsresurser och belysa hur arbetssituationen såg ut för sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetade inom kommunal äldreomsorg och landstingets primärvård inom området äldre. Rapporten byggde på en enkätundersökning som 453 arbetsterapeuter och 576 sjukgymnaster svarat på. I fritextsvaren beskrev sjukgymnaster svårigheter i arbetet på grund av resursbrist. Sjukgymnasterna upplevde att det fanns stora möjligheter till förbättring för den enskilde brukaren, men att sjukgymnasterna hade det medicinska rehabiliteringsansvaret för så många att det inte gick att tillgodose behoven (Socialstyrelsen 2003).

Bland de 70 deltagare som år 2000 svarade på en enkät till Axelssons och Gards studie (2002) varierade brukarantalet per sjukgymnast mellan 60 och 600. Det var svårt att nå upp till målet att varje vårdtagare ska ha möjlighet att uppnå optimal funktionsförmåga under de förutsättningarna (Axelsson & Gard 2002). LSR gjorde 2011 en webbenkät och i svaren kunde utläsas att spannet med antalet brukare som sjukgymnasten hade medicinskt rehabiliteringsansvar för låg mellan 30 och 660 med ett medelvärde på 143 (Rydwik 2011).

LSR har föreslagit ett nyckeltal för sjukgymnaster inom kommunal verksamhet med utgångspunkt i att den äldre ska få en god och säker vård med specifik rehabilitering. Förslaget gör gällande att nyckeltalet i särskilt boende bör vara att en sjukgymnast har medicinskt rehabiliteringsansvar för 50 brukare (FSA & LSR 2011).

2.3.2 LSR:s arbetsbeskrivning för sjukgymnaster på särskilt boende

LSRs sektion *Sektionen för Äldres hälsa* har arbetat fram ett förslag på arbetsbeskrivning för sjukgymnaster på särskilda boenden för äldre. Den har sin utgångspunkt i lagar, föreskrifter samt sjukgymnasters egen professionsdefinition (se stycke 2.2). Beskrivningen ska vara ett stöd för sjukgymnasten i att definiera sin roll i teamet gentemot övriga professioner och chefer. Det ska också vara ett dokument för att upprätthålla en standard gentemot brukarna. De ska få likvärdig, god rehabilitering genom att sjukgymnasterna håller en hög kompetensnivå. Vården ska vara lika i hela landet (LSR 2012b).

Arbetet delas in åtta områden av arbetsuppgifter (figur 1). I arbetet med brukarna ingår arbetsuppgifter i form av bedömningar, åtgärder som bör vidtas, uppföljningar samt upprättande av rehabiliteringsplaner med brukarna och/eller anhöriga. Utprovning och förskrivning av hjälpmedel är också en del av arbetet för sjukgymnast på särskilt boende. Sjukgymnasten ska kunna utföra insatser vid akuta besvär och erbjuda olika typer av träning i syfte att förbättra eller bibehålla funktionsförmåga. Arbetet i teamet innehåller uppgifter som att inspirera till hälsofrämjande arbete, delegera rehabiliteringsåtgärder samt handleda och undervisa i förflyttningstekniker. I beskrivningen nämns även moment som att följa forskning för att arbeta för kvalitetsutveckling samt att samverka med andra aktörer (LSR 2012b).



Figur 1. Arbetsområden enligt LSR:s arbetsbeskrivning (LSR 2012b), visualiserad för denna studie av Tomas Mårtensson.

2.3.3 Inriktning av sjukgymnasters arbete på särskilt boende

Fahlström & Kamwendo (2003) studerade hur rehabiliteringen förändrades på ett särskilt boende för äldre i Örebro där de fått utökad tillgång till sjukgymnast. Boendet hade en sjukgymnast på plats tjugo timmar i veckan jämfört med två timmar på ett annat boende som användes som kontrollenhet. Antalet brukare som fick sjukgymnastik ökade signifikant på det granskade boendet jämfört med kontrollenheten. Gemensamt för de två boendena var att sjukgymnasterna lade begränsad tid på behandling, bara 3 % respektive 4 % av sin arbetstid. Övrig arbetstid var ungefär jämnt fördelad mellan handledning av personal och undersökning (Fahlström & Kamwendo 2003).

Axelsson och Gards studie (2002) visade att många kommunalt anställda sjukgymnaster upplevde sig själva som konsulter och inte hade möjlighet att arbeta med individuell träning och behandling, trots stort behov. De flesta sjukgymnaster ansåg att det administrativa arbetet tog för mycket tid. På grund av detta delegerades vissa arbetsuppgifter till omvårdnadspersonalen, då främst gångräning. Omvårdnadspersonal ansåg att de behövde mer handledning av sjukgymnast för att kunna utföra sitt arbete på bästa sätt (Axelsson & Gard 2002).

I tidigare nämnd rapport från Socialstyrelsens (2003) ansåg sjukgymnaster verksamma i kommunal äldreomsorg att mer tid borde läggas på individuell träning/behandling. Det fanns även en önskan om mer tid för preventivt arbete, uppföljning av rehabiliteringsinsatser och handledning av personal. Drygt 90 % av de svarande sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna som arbetade inom den kommunala äldreomsorgen, uppgav att det fanns arbetsuppgifter som de skulle behöva lägga mer tid på (Socialstyrelsen 2003).

2.3.4 Rehabilitering

Rehabilitering definieras i Socialstyrelsens termbank (2013) som *”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”*.

Det finns en uppdelning av begreppet rehabilitering för att särskilja olika nivåer på rehabilitering samt vem som bör utföra den: specifik rehabilitering och vardagsrehabilitering (Månsson 2007). Specifik rehabilitering kräver mer kunskap om sjukdomar och skador samt behandling och träning som kan göra att förmågor återfås, eller funktioner bibehålls. Den specifika rehabiliteringen ska tillhandahållas av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut, alternativt genom delegering av ovanstående yrkesgrupp/-er till omvårdnadspersonal. Vardagsrehabilitering, som också kan kallas allmän rehabilitering, kan genomföras av samtliga yrkeskategorier och har sin utgångspunkt i ett rehabiliterande förhållningssätt (Zingmark 2008).

2.3.5 Delegering

En ordination innebär enligt Socialstyrelsens termbank (2013) *”ett beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd”*. En ordination utfärdad av sjukgymnast kan gälla allmän rehabilitering, till exempel gångträning (FSA & LSR 2011). En ordination kan även gälla specifik rehabilitering som då delegeras av en legitimerad sjukgymnast eller arbetsterapeut till annan hälso- och sjukvårdspersonal. Delegation eller delegering definieras i HSL som att överlåta en viss arbetsuppgift till någon annan. Enligt HSL får hälso- och sjukvårdspersonal överlåta en arbetsuppgift till någon annan enbart då detta är förenligt med god och säker vård. Delegering är alltid personligt och gäller alltså bara en enskild individ och det är alltid sjukgymnastens ansvar att den som får delegeringen har förutsättningar att utföra den (SOSFS 1997:14). I Zingmarks (2006) intervjuer om handledning med sjukgymnaster som arbetade med hemrehabilitering i Östersunds kommun, beskrev intervjuade sjukgymnaster att de undvek delegering för att det var svårt att nå ut med informationen eller att den inte nådde all personal (Zingmark 2006).

2.3.6 Sjukgymnasten i samverkan

I ett arbetslag i äldreomsorgen uppfattas sjukgymnasten som ”experten” - en person som spelar en viktig roll med sin kunskap, men som uppfattas som otillgänglig. Det är en åsikt som beskrivs i en intervjustudie från 2004 där fem sjuksköterskor och tre boendechefer intervjuades om rehabilitering, teamarbete och rollfördelning. Av de intervjuade som arbetade på en arbetsplats där sjukgymnasten endast kom konsultativt fanns en osäkerhet hos omvårdnadspersonalen kring vad sjukgymnasten kunde bidra med. De som hade tillgång till en sjukgymnast anställd på heltid upplevde att omvårdnadspersonalen var mer motiverad att utföra delegerade rehabiliteringsuppgifter. Andra kommentarer i studien var att sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna inte insåg begränsningarna på boendena utan delegerade rehabiliteringsuppgifter till omvårdnadspersonal, som i sin tur inte hade möjlighet att utföra uppgifterna. När inte sjukgymnast fanns på plats försökte personalen lösa problemen själva och tog sällan kontakt med sjukgymnasten (Åberg et al. 2004).

I tidigare nämnd studie av Zingmark (2006) intervjuades även biträdande enhetschefer för hemsjukvårdsteam i Östersund. De intervjuade cheferna upplevde att sjukgymnaster och arbetsterapeuter inte var tillgängliga och flexibla på det sättet

de önskade. Enhetscheferna efterlyste även mer ansvarstagande av sjukgymnast och arbetsterapeut, samt att dessa skulle ta på sig en tydligare ledarroll. De sjukgymnaster och arbetsterapeuter som intervjuades i samma rapport önskade detsamma från cheferna (Zingmark 2006). I samma studie belystes även samarbetet mellan omvårdnadspersonal och sjukgymnaster. Sjukgymnasterna upplevde sig hamna i ett dilemma vid exempelvis förflyttningar där ett rehabiliterande arbetssätt skulle innebära att uppmana brukaren att gå korta sträckor, men där personalen skulle föredra en lyftanordning då det var ansträngande eller tog för lång tid för brukaren att gå. Sjukgymnasterna behövde balansera mellan att anpassa stödet efter brukaren eller personalen (Zingmark 2006).

På ett servicehus i Gråbo på Gotland genomfördes ett projekt där syftet var att skapa ett särskilt boende som präglas av ett rehabiliterande synsätt. Fokus lades på rehabiliteringsarbete som utförs i samarbete mellan sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter uppmanades vara mer tillgängliga och närvarande för omvårdnadspersonalen. Vid utvärdering användes Barthel Index för att mäta vårdtyngd. Barthel Index är ett ADL-status som mäter självständighet i personlig ADL, aktiviteter i dagliga livet. Aktiviteter poängsätts efter hur mycket eller lite hjälp brukaren behöver och resultatet räknas sedan samman. På servicehuset hade det inte skett någon förändring av vårdtyngd, till skillnad från ett annat boende på Gotland som under samma period hade fått ökad vårdtyngd (Malkan Nelson & Öhrström 2006).

2.4 Problemformulering

Utifrån ovanstående går att utläsa att sjukgymnaster som arbetar på särskilt boende för äldre har många olika arbetsuppgifter och ansvarsområden. Sjukgymnaster med hög tillgänglighet på boendena får ett bättre samarbete med personalen, men möjligheterna att jobba på det sättet är begränsade. Arbete genom omvårdnadspersonal i form av delegering är nödvändigt, men det kan vara komplicerat då sjukgymnasten måste balansera lagar mot de resurser som finns att tillgå. Det finns lite skrivet om sjukgymnaster i kommunal äldreomsorg både i svensk och internationell litteratur och än mindre om deras upplevelser av arbetet under dessa förutsättningar.

3 Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjukgymnasters upplevelser av sitt arbete på särskilt boende för äldre.

4 Metod

4.1 Design

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie.

4.2 Urval

Aktivt verksamma sjukgymnaster som arbetade på särskilt boende i Sverige söktes till studien. Variation eftersträvades vad gällde deltagarnas ålder, kön, erfarenheter från äldreomsorg samt om deltagarna hade kommunala respektive privata anställningar.

4.3 Genomförande

4.3.1 Rekrytering av deltagare

Rekryteringsprocessen inleddes under augusti 2013 genom att mejlkontakt initierades med 14 chefer till sjukgymnaster som arbetade på särskilt boende för äldre. Information om studien (bilaga 1) gavs och vidare bad författarna att cheferna skulle förmedla informationsbrev (bilaga 2) om studien till sina anställda. Informationsbrevet innehöll kontaktuppgifter till författarna och sjukgymnasterna uppmanades ta kontakt om intresse för deltagande fanns. Genom denna process rekryterades sju deltagare till studien.

4.3.2 Datainsamling

Data samlades in med semistrukturerade respondentintervjuer. Med respondentintervjuer menas att de som intervjuas i studien är de som upplever den situation som önskas beskrivas, i enlighet med Holme & Solvang (1997). Intervjuformen innebär att utgångspunkten är en intervjuguide med teman som ska belysas utifrån studiens syfte och bakgrund. Utifrån dessa teman formuleras relevanta frågor med en ordning som de ska ställas i. För den intervjuade presenteras inga strukturerade svarsalternativ. Intervjuaren har möjlighet att följa upp de fria svaren och kan ändra frågornas ordning utifrån dessa (Kvale 1997).

Intervjuguiden (bilaga 3) arbetades fram enligt ovan och utgick ifrån viktiga teman som författarna arbetade fram genom egna upplevelser och erfarenheter samt utifrån litteratur och syfte i denna studie. Teman presenterades som intervjufrågor anpassade att använda i ett samtal. Intentionen hos intervjuarna var att ställa så öppna frågor som möjligt för att få en bredd i informationen i enlighet med Kvale (1997).

För att säkra metoden utfördes en pilotintervju (Henricson 2012, Kvale 1997). Denna utfördes med en sjukgymnast som tidigare varit verksam inom samma yrkesområde som deltagarna i studien. Pilotintervjun ledde till att intervjuguiden reviderades, främst genom förtydligande av frågor samt upprättande av följdfrågor för att bättre svara mot studiens syfte. Intervjun räknades sedan bort och användes inte vid resultatredovisningen, vilket personen hade informerats om.

Sju intervjuer genomfördes under en två veckor lång period i september 2013. Intervjuerna utfördes på den plats deltagaren valt. Sex av sju intervjuer genomfördes på deltagarnas respektive arbetsplatser och en intervju i Linköpings universitets lokaler. Intervjuerna spelades in med diktafon, vilket deltagarna meddelats om i förväg. Båda författarna var med under sex av sju intervjuer, där en bar ansvaret för att genomföra intervjun medan den andra antecknade och hade möjlighet att ställa kompletterande frågor i slutet. Ansvaret för intervjuerna skiftade, en författare ansvarade för tre intervjuer, den andra för fyra. Intervjuerna varade mellan 30 och 50 minuter. En av intervjuerna utfördes av endast en av författarna då det inte fanns någon tid som passade båda författarna och deltagaren.

Författarna diskuterade hur transkribering skulle göras för att säkerställa att de gjordes på samma sätt. Kvale (1997) menar att det inte går att objektivt förvandla det talade språket till skriftligt. Med utgångspunkt i detta transkriberades intervjuerna ordagrant med pauser och upprepningar, av den författare som haft ansvar för intervjun. Icke verbala uttryck och för samtalet betydande kroppsspråk dokumenterades också. Den andre författaren läste igenom transkriberingen samt lyssnade på inspelningen för att öka validiteten.

4.4 Analyismetod

4.4.1 Innehållsanalys

Innehållsanalys användes med en struktur hämtad från en artikel av Graneheim & Lundman (2004). Intervjuerna utgjorde analysenheten, som lästes igenom av båda författarna för att skapa en helhetsbild av materialet. Därifrån valdes först domäner och sedan meningsenheter ut. Domäner är delar av texten som handlar om ett visst ämne. Meningsenheter är ord, meningar eller delar av texten som är meningsbärande och på vilka innehållsanalysen grundas (Graneheim Hällgren & Lundman 2009). Författarna diskuterade och enades om vilka enheter som var meningsbärande och därefter kondenserades meningsenheterna till sin kärna innan de kodades som korta beskrivningar av innehållet. Genom att jämföra koderna delades dessa in i kategorier och underkategorier (figur 2). En kategori besvarar frågan ”vad?” och består av underkategorier som i sin tur består av koder som har ett gemensamt innehåll (Graneheim & Lundman 2004).

Meningsenhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Huvudkategori
/.../på en del ställen har vi kanske gruppgympa eller träning i grupp så då hinner vi träffa flera än om vi träffar alla enskilt ... Och då är det lättare att fånga upp om det är någon som har svårare att resa sig upp ... och vi fångar upp flera. På kortare tid.	Genom gruppgympa eller träning i grupp hinner vi träffa fler, då är det lättare att fånga upp flera på kortare tid.	Gruppgympa är tidseffektivt	Tidsfaktorer	Prioriteringar
Och kanske vi kan få lite mer tydliga, riktlinjer för hur kommunen vill att vi ska jobba ute på de olika ställena då. Lite mer kanske för att göra vården mera jämställd ... Det ser vi fram emot.	Vi ser fram emot lite mer tydliga riktlinjer för hur vi ska jobba på de olika ställena, för att göra vården mera jämställd.	Ser fram emot riktlinjer	Riktlinjer	Styrande faktorer

Figur 2. Exempel på kategorisering enligt kvalitativ innehållsanalys.

4.4.2 Reliabilitet och Validitet

Graneheim & Lundman (2004) har diskuterat ovanstående metods trovärdighet. När de meningsbärande enheterna väljs ut, går det att ifrågasätta om just de rätta enheterna valts. Dessutom kan de missuppfattas när de tas som fragment ur sin kontext (Graneheim & Lundman 2004). Reliabilitet innebär tillförlitlighet och handlar om huruvida andra forskare kan komma fram till samma resultat vid senare

tillfällen. En aspekt är att den person som blir intervjuad kan ge andra svar till en annan intervjuare. När det handlar om att tolka intervjuer kan för stor vikt läggas vid reliabilitet vilket motverkar kreativitet och variation. Validitet är uttryck för huruvida man mäter det man avser att mäta. Inom den kvalitativa forskningen kan till exempel intervjudesignens upplägg, om den är relevant för ämne och syfte, ses över för att säkra validiteten (Kvale 1997).

4.5 Etiska aspekter

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen, som är ett internationellt dokument för medicinsk forskningsetik (WMA 2008). Deltagarna informerades om studiens syfte och tillvägagångssätt samt att deltagande var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Deltagande skedde anonymt och inga privata data eller data som kan leda till slutsatser om vem individen är har redovisats. Skriftligt informerat samtycke erhöles av intervjudeltagarna (bilaga 4).

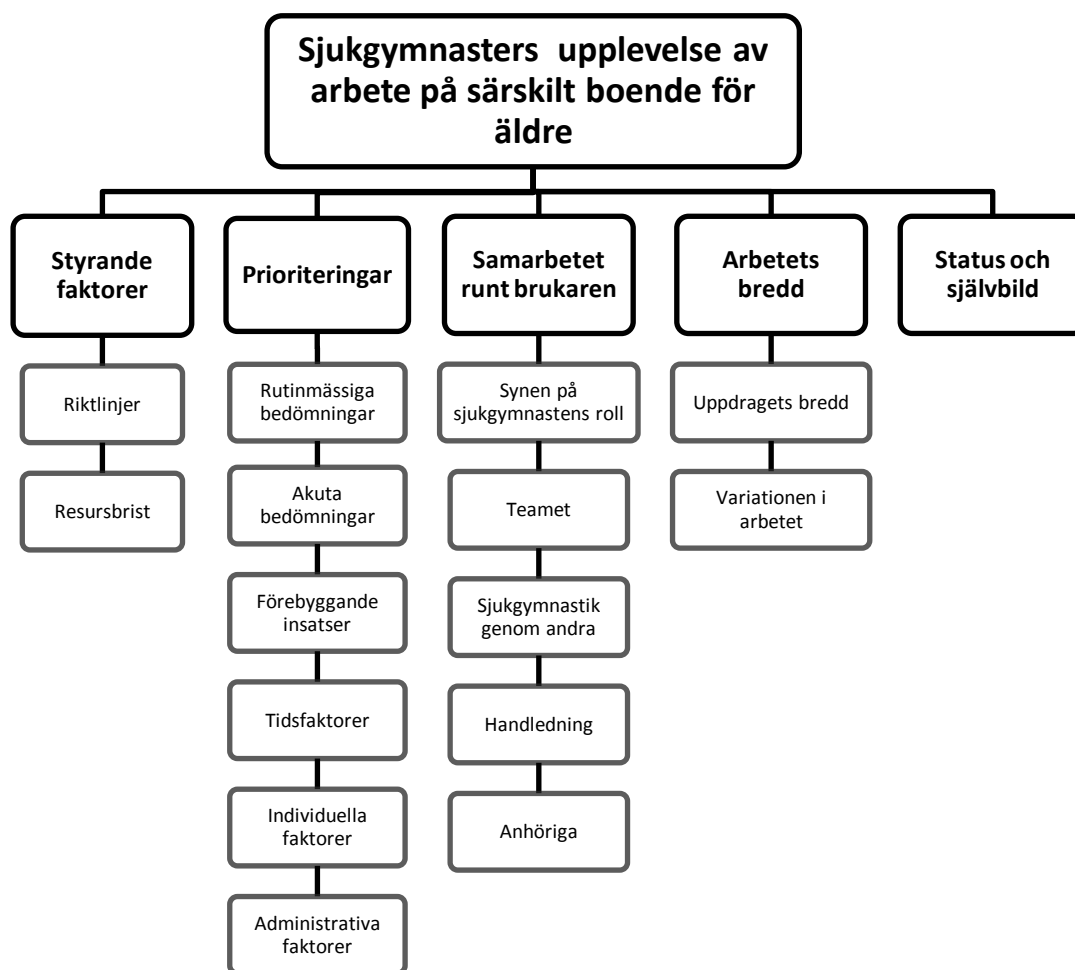
5 Resultat

5.1 Beskrivning av deltagare

Sju enskilda intervjuer genomfördes. Två män och fem kvinnor deltog. Deltagarnas ålder varierade mellan 28 och 59 år och deltagarna hade varit sjukgymnaster mellan 1 och 24 år, varav fyra hade varit sjukgymnaster i tio år eller mer, och tre i mindre än tio år. Två var kommunalt anställda, en var landstingsanställd och fyra var privat anställda. Två deltagare jobbade 15 % eller mindre på särskilt boende, övriga jobbade 80 % eller mer. Tre deltagare hade mellan en och fem sjukgymnastkollegor, fyra deltagare hade ingen sjukgymnastkollega. Samtliga deltagare hade en eller flera arbetsterapeutskollegor. Antalet brukare som deltagarna hade medicinskt rehabiliteringsansvar för varierade. Flera av deltagarna kunde inte uppge någon exakt siffra och uppskattade istället antalet. Omräknat till heltider hade deltagarna medicinskt rehabiliteringsansvar för mellan 120 och 390 brukare. En deltagare kunde inte uppskatta hur många brukare denne hade rehabiliteringsansvar för. Utöver brukaransvaret på särskilt boende för äldre hade många även ansvar för andra kommunala verksamheter som till exempel dagverksamhet eller boende med särskild service enligt LSS.

5.2 Resultatpresentation

Med hjälp av innehållsanalys bearbetades materialet. Innehållsanalysen ledde fram till fem huvudkategorier: styrande faktorer, prioriteringar, samarbetet runt brukaren, arbetets bredd samt status och självbild. Under fyra av kategorierna följde sedan 2-6 underkategorier. En kategori fördjupades inte med någon underkategori (figur 3).



Figur 3. Huvudkategorier med respektive underkategorier.

Vid presentation av resultatet innebär /.../ att delar av citatet utan relevans för resultatet tagits bort och ... betyder att meningar i citatet utan relevans för resultatet tagits bort. Vilken deltagare som blivit citerad markeras med D för deltagare och en siffra. För att hålla resultatet fortsatt anonymt har deltagarna slumpvis tilldelats ett nummer. Förtydligande från författarna visas med [].

5.3 Styrande faktorer

Deltagarna uppgav olika yttre faktorer som styrde arbetet och dess resultat.

5.3.1 Riktlinjer

Flera av deltagarna hade utarbetade riktlinjer att utgå ifrån. Upphandlingar som görs kring kommunal vård ansåg deltagare vara en typ av styrning. Deltagare uppgav att det sjukgymnastiska arbetet utfördes utifrån uppdragsgivarens krav och önskemål, till exempel att de skulle göra bedömningar av alla nyinflyttade. Flera av deltagarna uppgav att de skulle få tydligare riktlinjer och att de även var med i arbetsprocessen för att ta fram dem. Deltagare uppgav lagar och riktlinjer som något att stödja sig på. Andra deltagare ansåg att en arbetsbeskrivning inte fanns eller inte var tillräcklig och att de istället utgick från sin egen uppfattning om hur resurserna bäst fördelades mellan arbetsuppgifterna.

”/.../ jag har ju någon liten vag arbetsbeskrivning jag ska göra. Annars är det väldigt mycket mitt eget, vad jag tycker och tänker.” D1

”/... / man har någonting att luta sig mot så att man kan prioritera och någonting som gör att det är det här vi ska göra.” D6

5.3.2 Resursbrist

Flera deltagare upplevde att det fanns en tidsbrist och att den hade en stor påverkan på arbetet samt att resultatet och vårdens kvalitet skulle ha varit bättre om det funnits mer resurser. Deltagare upplevde en känsla av otillräcklighet, att alltid vilja göra mer och att det inte var möjligt att använda de resurser som stod till buds på grund av att tiden inte räckte till.

”/.../ vi gör det vi kan, självklart skulle vi önska mera. Ja, men så här ser det ut. Resurserna räcker inte just nu.” D3

”Jag hinner knappt, eller jag hinner inte sitta ner, utan det är korrigera här och cykla där och då känner man att man är lite otillräcklig.” D5

Deltagare upplevde att den rehabiliterande vården inte var likvärdig när resurserna inte räcker och då resurserna skiljde sig åt på olika boendena.

”Så oräddvist kan det vara. /.../ vi säger att vi ska ha en lika vård för alla. Men det har vi inte. Alltså, inte vad det gäller sjukgymnastik i alla fall. Utan det beror på vilket boende man hamnar på. Så illa är det.” D7

”Alltså att vi har alldeles för många brukare, vi räcker inte till. Man ser nyttan av det vi kan göra. Men det går inte.” D4

5.4 Prioriteringar

Deltagare uppgav att tidsbristen krävde prioriteringar. Vad som prioriterades av deltagarna skiljde sig åt.

5.4.1 Rutinmässiga bedömningar.

Några deltagare uppgav att rutinmässiga bedömningar var prioriterat. Dessa varierade mellan prioritering av nyinflyttade brukare och bedömningar som ska klaras av inom vissa tidsgränser. En del av deltagarna kunde hänvisa prioriteringarna tillbaka till riktlinjer.

”/.../ det vi inriktar oss på det är ju nyinflyttade personer, att vi hinner så att säga prata och göra ordentlig anamnes och eventuella bedömningar av funktion då.” D7

”/.../ så vi försöker kontinuerligt då en gång per år gå in och göra ett status /.../” D6

Andra deltagare prioriterade medvetet bort rutinmässiga bedömningar.

”Dom som är permanent boende, som här, jag går ju inte in [till] en och en, och gör en bedömning alltså och skriver ett status. Det gör man ju inte, det hinner man inte.” D1

5.4.2 Akuta bedömningar

Det var en ofta återkommande uppfattning att det akuta måste prioriteras, t.ex. nya frakturer eller stroke.

”Så akuta sjukdomar, akuta skador är ju alltid högsta prioritering på.” D2

”Nyinsjuknade, frakturer förstås eller stroke eller sådant som har är nytillkommet är också sådant som vi prioriterar.” D3

5.4.3 Förebyggande insatser

Det förebyggande arbetet prioriterades av ett fåtal deltagare. Flera deltagare uppgav att det förebyggande arbetet egentligen behövdes, och att detta var något som de önskade mer av.

”[skulle vilja] att jobba mer förebyggande. Innan det händer. Att kanske jobba med olika balansgrupper på avdelningarna och stärka upp dom innan dom ramlar, innan dom försämras”D4

”En sådan där allmän prioritering det är ju liksom att hålla folk på fötterna.” D7

5.4.4 Tidsfaktorer

Deltagare upplevde att tidigare nämnd tidsbrist ledde till att tiden måste utnyttjas så mycket som möjligt. En strategi var gruppträningen som deltagarna upplevde som tidseffektiv eftersom många brukare tränade samtidigt, och sjukgymnasten hade chans att uppfatta om nya besvär uppkommit. Deltagare upplevde också att de gav varje brukare kort tid för att hinna träffa fler.

”På en del ställen har vi kanske gruppgympa eller träning i grupp så då hinner vi träffa flera än om vi träffar alla enskilt /.../ vi fångar upp flera. På kortare tid.” D3

”Vi har ju inte jättemycket tid, för en strokepatient kanske man har en kvart. Så att bor det 35 personer /.../ så blir det inte jättemycket per person.” D7

5.4.5 Individuella faktorer

Deltagarna uppgav att ett motiv i prioriteringen var att utgå från de enskilda brukarna. Brukarnas behov skulle lägga grunden till insatsen, men även brukarens personliga egenskaper som dennes ambitioner och motivation.

”/.../ motiverade människor, oavsett funktionsnivå, dom ska få den hjälp de behöver. Så dom prioriterar jag.”D7

5.4.6 Administrativa faktorer

Deltagare hänvisade till den lagstadgade dokumentationsplikten för legitimerade sjukgymnaster, men dokumentationens position i prioriteringen ifrågasattes av deltagare. Upplevelserna var splittrade, då några deltagare ansåg att dokumentation inte prioriteras nog, medan andra upplevde att det var slöseri med tid.

”Ja, det finns så mycket dokumentation som inte behöver, som inte fyller någon funktion. Och det är bara slöseri med tid tycker jag.” D2

”Man skulle vilja se, kunna dokumentera mycket tydligare, vad det är man gör. Vi gör det varje gång, men ännu mera. Men det finns inte tid till det just nu.” D5

5.5 Samarbetet runt brukaren

Deltagarna beskrev samarbete med många som rörde sig runt brukaren, från avdelningspersonal och arbetsterapeuter till chefer och anhöriga. Deltagarna uppgav att de samarbetar med många olika yrkesprofessioner.

5.5.1 Synen på sjukgymnastens roll

Deltagarna använde olika ord för att beskriva den roll de förväntades, eller uppfattades, ha i organisationen och i teamet. Vissa beskrev sin uppgift som konsult, andra att sjukgymnasten sågs som en resurs.

”Så att man verkligen ser att vi finns ju där för personalens skull lika mycket som för brukarens skull egentligen. Så att vi kan, att vi är som en resurs för dom.” D3

”/.../ det är ju både att man är så att säga behandlare men man är ju också lite konsult, kan man säga, till personalen.” D7

Förutom dessa tankar fanns också upplevelsen att personalen såg sjukgymnasten som en belastning eller en börda.

”/... / vi sjukgymnaster blir liksom en börda till för dom [omvårdnadspersonalen].” D3

5.5.2 Teamet

Samarbetet i teamet på avdelningen upplevdes av deltagare som givande, några deltagare upplevde det som svårt. Omvårdnadspersonalen upplevdes som de som står brukaren närmast.

”/.../ vi samarbetar mycket med personal och med sköterska och teamet också. Tycker jag är givande på många ställen.” D3

”Det är ju faktiskt så att vi vill hålla en dialog med personalen om vad som är bäst för brukaren, eller patienten. För det är ju ändå dom som står brukaren, patienten, närmast. Det är dom som känner dom bäst! Inte jag som bara läser journaler och ser när det kanske uppstår ett problem.” D4

De intervjuade deltagarna uppgav olika kommunikationsformer, som mejl, telefonkontakt och direkt kontakt.

”/.../ alltså jag får ju vara uppsökande och ta tag i personalen och höra hur det går med det och det och om det är något nytt på ställena och så. Och så på andra ställen så söker dom upp mig.” D7

”Och då har dom en lista där dom skriver upp ärenden till oss som inte är av akut karaktär. Dyker det upp akuta saker, så går det alltså att nå oss på en telefon, eller via mejl.” D4

5.5.3 Sjukgymnastik genom andra

Deltagarna upplevde sig tvungna att delegera många insatser till omvårdnadspersonalen vilket många upplevde var en utmaning. Flera av deltagarna upplevde att omvårdnadspersonalen ofta var stressade och därför inte hade tid med rehabilitering. Ett flertal av deltagarna uppgav också att det fanns variationer mellan avdelningar huruvida omvårdnadspersonalen hade ett rehabiliterande arbetssätt eller

inte. Deltagare upplevde att vardagsrehabiliteringen inte hanns med och istället lades över på omvårdnadspersonalen.

”Lite olika från ställe till ställe naturligtvis hur väl det rehabiliterande arbetssättet så att säga sitter i väggarna. Men ska man vara realistisk så sitter det inte ofta i väggarna.” D7

”TNS³ startar jag ju upp, då är det jag som gör det så att säga i början. Så visar jag personalen hur dom ska göra. Det måste jag ju delegera. Någon sådan här längre behandlingsperiod det är svårt. Utan det är för att lära upp personalen mycket. Delegera.” D1

Deltagarna hade olika strategier för att få arbetet genom andra att fungera, till exempel genom signeringslistor.

”/.../ det kan vara enskilda personer som är väldigt duktiga på att se [det rehabiliterande sättet] ... Och då blir det ju så att man, de som man känner har samma inställning som en själv, de jobbar man lite mer med.” D7

”/.../ rosa delegationslappar då vet man att det här är något som jag startat upp, en bedömning, ska utföras. Om de inte skriver i signeringslista blir det en avvikelser.” D1

5.5.4Handledning

Med anledning av att deltagarna var tvungna att delegera många uppgifter till omvårdnadspersonalen uppgav ett flertal deltagare att det var viktigt att få personalen att förstå varför rehabiliteringen är viktig. Deltagarna tog på sig en handledande roll för att instruera och förklara.

”Man måste ju, när det gäller personalen så måste jag försöka få dom att förstå Varför. Det är liksom en pedagogisk, en utbildningssak.” D1

”/.../ en hel del gör dom [omvårdnadspersonalen] ju som är mitt ansvar som jag har delegerat ut och då har jag ett ansvar att visa mig. Att både vara närvarande och att prata och att även fysiskt visa.” D6

5.5.5Anhöriga

Deltagare beskrev att det var en utmaning att möta anhöriga när de har orealistiska förhoppningar och när de har svårt att respektera brukarens vilja.

”Anhöriga kan vara en utmaning. Alltså dom har orealistiska förhoppningar om sina närstående då.” D7

”Anhöriga kan va en väldig utmaning ... Att få anhöriga att respektera sina föräldrar till exempel.” D4

5.6Arbetets bredd

Deltagarna uppfattade sitt arbete på olika vis avseende ansvarsområden och arbetsuppgifter. Arbetets variation upplevdes som både positiv och negativ.

³ Transkutan elektrisk nervstimulering, smärtbehandling eller bensårsbehandling

5.6.1 Uppdragets bredd

Deltagarna utförde aktiva insatser i olika stor utsträckning och de uppgav att de ofta utförde rehabiliteringen i brukarens hem på det särskilda boendet. Deltagarna uppgav att de gjorde en sjukgymnastisk insats innan de lämnade över den till personalen och följde senare upp rehabiliteringen. Deltagarna uppgav också att det finns arbetsuppgifter gentemot personalen, till exempel utbildning i förflyttningsteknik.

”Annars är det ute på boenden väldigt mycket rehabilitering i hemmen. Att man tar det som finns helt enkelt. Om de får några theraband att dra i eller bara göra uppresning att man försöker väva in rehabiliteringen.” D6

”/.../ kanske det är någon nybedömning som jag behöver göra där eller guida personalen om de har några frågor i till exempel förflyttningar eller om det är någonting annat så. Och så har jag ju några som jag tränar aktivt när jag är där på plats.” D3

Det fanns även deltagare som uppfattade sitt uppdrag som framförallt administrativt och samordnande.

”Eftersom jag är enda sjukgymnasten i kommunen ska de ha med mig i alla grupper! Jättekul i och för sig. Så jag har varit med och utvecklat journalsystemet här i stan ... Jag försöker hinna med patienterna också, naturligtvis.” D1

5.6.2 Variationen i arbetet

Deltagarna upplevde innehållet i arbetet på särskilt boende som varierat.

”Jag gillar det här med många bollar i luften. Tycker det är skitkul alltså. Jag gillar att sitta på möten och planera. Och jag gillar att sitta och prata med patienter.” D1

”Jag får träffa så många olika brukare. Olika människor, olika problem eller olika besvär, diagnoser, jag får se allt ifrån ortopedi till neurologi och gångsvårigheter eller yrsel eller alltså allt.” D3

Några deltagare upplevde inte variationen som enbart positiv, utan snarare att jobbet kunde vara splittrat.

”Nu får man liksom skvätta till alla såhär lite grann. Jag har inte ju inte med alla att göra så men, det blir väldigt splittrat” D1

5.7 Status och självbild

Deltagarna upplevde att trots att arbetet som sjukgymnast på särskilt boende kunde anses ha låg status, var det ett bra arbete och hög kompetens krävdes. Deltagare upplevde att det är ett viktigt jobb och att man kan göra en skillnad för brukarna.

”/... / jag trodde att jobbade man i äldreomsorgen då var man trött och hade inga ambitioner kvar ... så hade jag faktiskt åsikten att där fanns det ingen kompetens och nu när jag har jobbat där så inser jag att man behöver en jäkla kompetens för att jobba där.” D6

”Vi kan faktiskt göra skillnad och det är ett väldigt bra jobb vi har.” D3

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

För att få en djupare förståelse för hur det är att vara sjukgymnast på särskilt boende för äldre, valdes kvalitativ metod med semistrukturerade respondentintervjuer (Holme & Solvang 1997).

Författarna till denna studie hade en förförståelse som byggde på den teoretiska kunskap som inhämtats genom relevant litteratur samt egna erfarenheter från verksamhetsområdet, och med det vissa fördomar och förväntningar. Detta kan ha påverkat intervjuguide och intervjuer, samt tolkningen av resultatet. Författarna var medvetna om detta och har försökt hålla en neutral position, men även låtit kunskaperna vara ett stöd i arbetet. Graneheim Hällgren & Lundman (2009) menar att förförståelsen är kunskaperna, förväntningar och fördomar som författarna har om området som undersöks, före studiens start. Förförståelsen kan å ena sidan omedvetet påverka tolkningar, å andra sidan medvetet utnyttjas för en ännu djupare kunskap (Graneheim Hällgren & Lundman 2009).

Med den kvalitativa metoden eftersträvades en variationsbredd för att få olika perspektiv på syftet. Önskan var att ha ett stort och brett innehåll, med en tanke om att olika personer med varierande erfarenhet upplever situationen på olika sätt (Holme & Solvang 1997). Variationen innebar att deltagarna var i olika åldrar, att de hade rehabiliteringsansvar för olika många brukare, att de hade olika lång erfarenhet av sjukgymnastik och äldreomsorg samt att de arbetade inom privat respektive landsting eller kommunalt driven vård. Att deltagarnas tjänstgöringsgrad varierade kan ha gett studien mer bredd, då deltagarnas arbetssituation skilde sig mycket åt, men det kan också ha påverkat studien negativt, då det är svårt att jämföra upplevelserna när arbetet på särskilt boende ibland utgjorde en liten och ibland en stor del av deltagarens arbetsuppgifter. Önskvärt hade varit att samtliga jobbade enbart gentemot särskilt boende, men det fanns inte som kriterium eftersom det då hade varit för svårt att hitta deltagare till denna studie. Frågor om antal kollegor och antal boendeenheter ställdes för att få en ytterligare förståelse för den intervjuades arbetssituation.

Genom att utföra en pilotintervju undersökte författarna intervjuens och intervjuguidens validitet (Henricson 2012). Pilotintervjun genomfördes med en sjukgymnast tidigare verksam inom området. Intervjun skrevs ut och med stöd av den och av handledare utvärderades och justerades intervjuguiden. Ändringarna som gjordes gällde främst förtydligande av frågor samt upprättande av följdfrågor. Intervjuguiden och resultatet hade möjligen kunnat valideras ytterligare genom att en provintervju till utförts efter ändringarna.

Intervjuplatsen valdes av den intervjuade. En deltagare valde Linköpings universitets lokaler, övriga intervjuades på sina respektive arbetsplatser. Genom att de som intervjuades själva fick välja plats för intervju var förhoppningen att de skulle känna sig tryggare och bekvämare i intervjusituationen (Esaiasson et al. 2007). Ett par av intervjuerna blev avbrutna av utomstående personer. Det skulle kunna ha haft en negativ påverkan då intervjusamtalen blev störta och frågor fick upprepas, samt att det kan ha ökat försiktigheten i svaren.

Att intervjuerna spelades in med diktafon underlättade för författarna i analysarbetet, men skulle kunna ha fått deltagarna att känna sig obekväma och hämmade.

Författarna var tydliga i informationsbrevet till deltagarna om att intervjuerna skulle spelas in med ljudupptagning vilket gjorde att deltagarna var förberedda på det. Författarna började intervjun med att förklara dess syfte, vad den skulle leda till och hur intervjun skulle gå till, för att få tillit och få deltagaren att känna sig trygg (Carlsson 1991).

Båda författarna hade begränsade erfarenheter av att intervjua och utvecklade sin intervjuteknik under utförandet. Detta kan ha gjort att de senare intervjuerna fick ett något annorlunda förlopp då författarna var mer vana. Vid semistrukturerade intervjuer finns möjlighet att ställa följdfrågor samt ändra ordning på frågorna i intervjuguiden efter den intervjuades svar (Kvale 1997). Detta gjorde att intervjuaren kunde följa upp deltagarens svar och tidigarelägga frågor om ämnet kommit upp tidigare i intervjun än i intervjuguiden. I och med att kunskapen för ämnet breddades med varje intervju och förförståelsen förändrades kan följdfrågorna ha påverkats under de senare intervjuerna vilket i sin tur kan ha lett till andra svar. På grund av författarnas bristande erfarenhet av att intervjua finns risk att vissa av följdfrågorna blev ledande, vilket kan ha påverkat resultatet av studien (Holme & Solvang 1997). Författarna diskuterade detta och försökte under de senare intervjuerna ha det i åtanke för att minska risken för ledande frågor.

Författarna turades om att intervjua. Intervjuerna kan ha påverkats av vem som utförde intervjun. Kvale (1997) menar att en person kan säga olika saker till olika personer. Det fanns en variation i följdfrågor som kan vara en begränsning men som också kan ha gjort att bredden på svaren fångats upp bättre. Båda författarna av denna studie var närvarande, och personen som satt bredvid kunde alltid ställa kompletterande frågor, vilket minskade risken att viktiga aspekter glömdes bort. Enda avvikelsen var vid ett tillfälle då endast en av författarna var närvarande. Det var en av de sista intervjuerna och den blev kortare, möjligtvis på grund av att följdfrågor ställdes av endast en person.

Materialet bearbetades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). I enlighet med artikeln var författarna av denna studie medvetna om att en tolkning sker då studiens material bearbetas (Graneheim & Lundman 2004). Trovärdigheten kan ses som ett överordnat begrepp som kan beskrivas ur olika aspekter. I metoddelen beskrevs trovärdigheten i form av validitet och reliabilitet, men enligt Graneheim & Lundman (2004) kan trovärdigheten också beskrivas i giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet.

Giltigheten förstärktes genom de citat som presenterats i resultatdelen. Att författarna i analysprocessen utförde de olika stegen tillsammans och reflekterade över tolkningen tillsammans med handledare genom processen ökade också giltigheten. Ytterligare validering hade kunnat göras om en utomstående person, kunnig på området, läst igenom transkriberingarna och analysen. Urvalets bredd och variation ökade också giltigheten (Graneheim Hällgren & Lundman 2009).

Tillförlitligheten i resultatet ökade genom att båda författarna läste igenom allt material och reflekterade över tolkningen samt genom att författarna utförde delar av analysen tillsammans. Författarna har beskrivit genomförandeprocessen för att öka tillförlitligheten (Graneheim Hällgren & Lundman 2009).

Författarna reflekterade även kring överförbarheten. Kvalitativ forskning, med ett mindre antal deltagare går inte att generalisera. Författarna genomförde ett fåtal

intervjuer och kan inte dra några slutsatser om hur överförbart resultatet är för andra sjukgymnaster och på andra arbetsplatser. Eftersom författarna ansåg att det fanns en variation mellan arbetsplatser i hur förhållandena ser ut så är resultatet svårt att överföra till alla delar av landet eller till andra kommunala verksamhetsområden. Författarna har strävat efter att visa på variationen i uppfattningar och inte att nå en generaliserbarhet.

Felkällor kan också finnas då de som intervjuade, analyserade och författade uppsatsen var samma personer. Delaktigheten är en del av processen vilket gör att det inte går att hålla sig helt neutral vid den kvalitativa forskningen eftersom intervjuaren är deltagande i intervjun. Det påverkade förmodligen resultatet att intervjuguiden följdes upp på olika sätt i de olika intervjuerna (Graneheim Hällgren & Lundman 2009).

För att jämföra studiens resultat med internationella studier gjordes sökningar i olika databaser. Detta genererade ett fåtal träffar. En studie bedömdes efter genomläsning relevant för ämnet av författarna. Detta visar att området är relativt utforskat både nationellt och internationellt och det är därför svårt att dra paralleller mellan hur situationen ser ut i Sverige och resten av världen. Att förutsättningarna och organisationen av vård ser olika ut i olika länder bidrar också till svårigheter att jämföra länder emellan.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjukgymnasters upplevelser av sitt arbete på särskilt boende för äldre. För att besvara studiens syfte genomfördes intervjuer med sjukgymnaster verksamma på särskilt boende för äldre, och en kvalitativ analys av materialet med en induktiv ansats genomfördes. Fem huvudkategorier framkom i resultatet: styrande faktorer, prioriteringar, samarbetet runt brukaren, arbetets bredd samt status och självbild.

6.2.1 Styrande faktorer

Många av deltagarna upplevde att det rådde tids- och resursbrist och att detta präglade deras arbete i hög grad. En del av deltagarna hade en arbetsbeskrivning och riktlinjer som upplevdes vara ett stöd i en organisation där prioriteringar är ett måste. Andra arbetade mer efter eget tycke när de lade upp sitt arbete och ytterligare en del arbetade aktivt med att utveckla riktlinjer. Detta ligger i linje med det Axelsson och Gard skrev 2002, att sjukgymnaster upplevde att de hade dåligt stöd från organisationen och att det var viktigt att tydligt definiera rollen som sjukgymnast inom kommunal verksamhet. Resultatet av den här studien visar på att sjukgymnasten upplevde sitt uppdrag otydligt på flera arbetsplatser, men även att arbetet med att förtydliga den kommunala sjukgymnastens roll i flera fall hade påbörjats.

Oavsett om riktlinjer fanns eller inte så uppgav många deltagare att tiden var en avgörande faktor för vilken vård som kan ges. Deltagarna upplevde att rehabiliteringen inom äldreomsorgen idag har brister och kvaliteten i vården skulle bli bättre med mer resurser. Hälso- och sjukvården säger att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen med respekt alla människors lika värde (SFS 1982:736) § 2. Trots det fanns uppfattningen hos deltagarna att den rehabiliterande vården inte är lika för alla.

6.2.2 Prioriteringar

Tidsbrist och riktlinjer ledde till nödvändiga prioriteringar av insatserna. Deltagarna uppgav att akuta skador och nyttillkomna besvär ska prioriteras. Detta resonemang har stöd i HSL:s andra paragraf: “*Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården*” (SFS 1982:736). I övrigt prioriterade deltagarna olika, vad de lade sina insatser på. En stor skillnad visade sig när vissa deltagare tydligt hade lagt fokus på rutinbedömningar medan andra bortprioriterade den typen av insatser. Dessa skillnader skulle kunna bero på de varierande kraven och riktlinjerna från organisationen, eller frånvaron av dem.

En annan grund till prioritering visades i uppfattningen om att patienter med hög motivationsgrad borde prioriteras. Bedömningen av den som ska få vård byggde då på personlig uppfattning om brukaren och det gör det svårare att uppnå HSL:s mål om en vård på lika villkor och respekt för alla människors lika värde. Om bedömningen av motivation sker tillsammans med patienten går det mer i linje med att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, enligt HSL (SFS 1982:736) 2 §.

Som strategi för att kunna utnyttja tiden uppgav deltagare att gruppträning prioriterades, framför allt för att kunna få så många som möjligt i träning på så kort tid som möjligt. Dessutom upplevdes det som en chans för sjukgymnasten att fånga upp nyttillkomna besvär. Gruppträning skulle kunna ses som en förebyggande insats, i form av träning för en större mängd brukare oavsett besvär. Det förebyggande arbetet får dock ofta stå åt sidan även om det finns ett behov. Detta är något som också visats i andra rapporter, i Socialstyrelsens rapport *Att arbeta med äldres rehabilitering* har sjukgymnaster svarat att de lägger 0 % av sin tid på förebyggande insatser (Socialstyrelsen 2003). Av deltagarnas upplevelser framgår att organisationen ställer krav på att andra insatser ska ha högre prioritet. Exempelvis har dokumentation hög prioritet, medan det förebyggande arbetet inte lyfts som prioritet.

6.2.3 Samarbete runt brukaren

Precis som prioriteringar, lyfte deltagarna insatser delegerade till omvårdnadspersonalen som ett nödvändigt moment i sjukgymnasternas vardag. Deltagarna hade rehabiliteringsansvar för många och de flesta deltagare inte hann träffa brukarna så ofta. Detta kan ställas i kontrast till Socialstyrelsens föreskrifter om delegering, där det står att läsa att delegering inte är avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Föreskrifterna tolkar hälso- och sjukvårdslagen som att den som bedriver hälso- och sjukvård måste anpassa personaltäthet och tillhandahålla material för arbete, för att kraven på en god vård kan uppnås (SOSFS 1997:14). Detta väcker frågan om vad god vård på särskilt boende för äldre kan tänkas vara då deltagare i studien upplevde att varken sjukgymnaster eller omvårdnadspersonal hann med den rehabilitering som behövs. Många av deltagarna saknade att inte kunna vara tillräckligt närvarande runt både omvårdnadspersonal och brukare. Detta upplevde deltagarna berodde på stress och den begränsade tid de hade på varje avdelning. Malkan Nelson & Öhrström (2006) beskrev att närvaro och tillgängligheten förbättrade samarbetet med personalen. Åberg et al. (2004) visade att på boenden där inte sjukgymnast fanns närvarande, fanns en osäkerhet kring sjukgymnastens uppgift och därför tog inte personalen kontakt vid behov. Situationen blir komplex då sjukgymnasterna är beroende av

samarbetet med omvårdnadspersonalen för att de inte kan vara på plats, men samarbete försvåras av samma anledning.

Deltagare i studien uppgav att arbetet mot brukaren ofta sker genom andra. Detta styrks av Martins (2000) beskrivning av sjukgymnastjobbet inom särskilt boende för äldre som ett hands-off-arbete, alltså att sjukgymnasten utför få direkta insatser mot brukaren och istället jobbar genom andra (Martin 2000).Handledning blev en viktig del av det sjukgymnastiska arbetet för att nå kvalitet i den specifika rehabiliteringen samt för att hitta sätt för personalen att jobba med vardagsrehabilitering. Många deltagare såg det som en utmaning att få personalen att förstå vikten av rehabiliteringen. Därför menar Martin (2000) att sjukgymnaster behöver utveckla sin pedagogiska kompetens för att kunna handleda, instruera och understödja lärandet i rehabiliteringsarbetet.

Deltagarna i studien använde ord som ”konsult” och ”resurs” för att definiera sin roll och lyfte även sitt arbete som självständigt, men som är beroende av andras insatser. Detta är en annan aspekt av sjukgymnastrollen som Åberg et al. (2004) uppmärksammade i sin studie där sjukgymnasten sågs som den utomstående experten.

6.2.4 Arbetets bredd

Deltagarna uppgav att sjukgymnaster på särskilt boende arbetar under stress med begränsad tid och knappa resurser. Detta förstärker tidigare uppfattningar från till exempel Socialstyrelsen (2003) som beskrev att sjukgymnaster mötte svårigheter i arbetet på grund av resursbrist. Trots detta upplevde deltagare att jobbet var roligt och spännande. Deltagarnas svar visade på en bredd av sjukgymnasters arbete på särskilt boende, där deltagare beskrev ett arbete med fokus på samordning och administration medan andra deltagare beskrev fokus på patientbehandling och undervisning av personal. Variationen och bredden var något som upplevdes som en av jobbets stora fördelar, trots det upplevdes arbetsuppgifterna som stressande och att det var svårt att tillgodose allas behov.

6.2.5 Självbild och status

Deltagarna uppgav att bredden i uppgifter som beskrivs i resultatet kräver en bred kompetens. Trots det framkom att verksamhetsområdet upplevs ha låg status bland sjukgymnaster, vilket även Axelsson och Gard (2002) skrivit om. De menade också att det av den anledningen har varit svårt att rekrytera sjukgymnaster till äldreomsorgen (Axelsson & Gard 2002). Deltagarna upplevde att arbetet var roligt och spännande.

7 Konklusion

Studiens deltagare upplevde sitt arbete som sjukgymnast på särskilt boende för äldre som roligt och varierande, men påverkat av stress och resursbrist. Arbetet upplevdes bestå av mycket prioriteringar men grunden på vilken dessa gjordes varierade, liksom upplevelsen av stödet från riktlinjer. Deltagarna upplevde att det var önskvärt med ett väl fungerande samarbete med omvårdnadspersonalen då de sjukgymnastiska insatserna i stor utsträckning delegerades till dem.

8 Referenser

- Axelsson, J., & Gard, G. (2002). Arbetssätt, kompetensanvändning och trivsel hos sjukgymnaster inom kommunal verksamhet - en kartläggning. *Nordisk Fysioterapi*, vol. 6, ss. 2-8.
- Bergstrand, B. O. (2009). *Den nya socialtjänstlagen*. Höganäs: Kommunlitteratur. (s. 42).
- Broberg, C., & Tyni-Lenné, R. (2009). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. Stockholm: Legitimerade sjukgymnasters riksförbund.
- Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. 1 uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell. (ss. 29-36).
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. et al. (2007). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 3 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik. (ss. 283-303).
- Fahlström, G., & Kamwendo, K. (2003). Increased physiotherapy in sheltered housing in Sweden: A study of structure and process in elderly care. *Health & Social Care in the Community*, vol. 11(6), ss. 470-476.
- FSA & LSR. (2011). *Ättestupa eller folkhälsomål – ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering*. Tillgänglig: http://www.fsa.akademikerhuset.se/PageFiles/4002/Attestupa_eller_folkhalsomal_re_v111208.pdf [2013-02-22].
- Graneheim Hällgren, U., & Lundman, B. (2009). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, vol. 24(2), ss. 105-112.
- Gustafsson, U. (red.). (2010). *Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner: Upplevd kvalitet, funktionsförändring, organisationsförutsättningar, resursförbrukning och statliga stimulansmedels betydelse för utvecklingen. (FoU-rapport 2010:11)*. Växjö: FoU Kronoberg.
- Hedin, A. (1996). *Huset med den trasiga hissen: Tre olika perspektiv på ädelreformen*. Stockholm: Kommentus.
- Henricson, M. (red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur. (ss. 44-46, 169, 471-478).
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur. (ss. 99-109).

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. (ss. 117-126; 207-214).

Lagergren, M., Hedberg, R., Lundberg, L. et al. (2006). *Analyser av flöden mellan boendeformer i äldreomsorgen: Resultat från SNAC-K, uppföljning på Kungsholmen Essingeöarna 2001-2004*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

LSR (1996). *Etiska regler för sjukgymnaster*. Legitimerade sjukgymnasters riksförbunds kongress. Tillgänglig:
<http://www.sjukgymnastforbundet.se/Professionsutveckling/Etik-lagar--regler/Etiska-riktlinjer/>. [20130910]

LSR. (2012a). *Lagsamlingar*. Tillgänglig:
<http://www.sjukgymnastforbundet.se/Professionsutveckling/Etik-lagar--regler/Lagsamlingar/> [2013-09-10].

LSR. (2012b). *Arbetsbeskrivning för sjukgymnaster på särskilda boenden*.
<http://www.sjukgymnastforbundet.se/sektioner/gerontologi/formedlemmar/Documents/arbbeskr%2012%20september%202012.pdf>[20130222].

Malkan Nelson, A., & Öhrström, E. (2006). *Utvärdering av "Gråboprojektet" - ett utvecklingsarbete kring rehabiliterande synsätt inom särskilt boende*. Gotland: Gotlands kommun, Social- och omsorgsförvaltningen.

Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering: Vad, hur och för vem?*. Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg.

Martin, C. (2000). Från behandlingsinriktat till konsultativt inriktat arbetssätt? En förändrad logik hos sjukgymnaster i ädelreformens kölvatten. *Nordisk Fysioterapi*, vol. 4, ss. 90-96.

Rydwick, E. (2011). *Sammanställning av web-enkät angående bemanning av sjukgymnaster på särskilda boenden.*: LSR. Tillgänglig:
<http://www.sjukgymnastforbundet.se/Global/Sektioner/%C3%84ldresh%C3%A4lsa/Sammanst%C3%A4llning%20av%20web-enk%C3%A4t-1%20copy.pdf>
[20131031].

SCB (2013) Statistisk årsbok 2013. (s.366). Stockholm: Statistiska centralbyrån

SFS 1982:736. (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2010:659. (2010). *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Socialstyrelsen. (a). *Socialstyrelsens termbank. sökord ordination.*: Socialstyrelsen. Tillgänglig: app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=130
[20130911].

Socialstyrelsen. (b). *Socialstyrelsens termbank. sökord rehabilitering.*: Socialstyrelsen. Tillgänglig:
<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=2431> [20131103].

- Socialstyrelsen. (1996). *Ädelreformen. slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2003). *Att arbeta med äldres rehabilitering: Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapporter 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Din rätt till vård och omsorg: En vägvisare för äldre. 2, rev uppl.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Vård och omsorg om äldre. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Vård och omsorg om äldre. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tyler, D.A., Feng, Z., Leland, N.E. et al. (2013) Trends in Postacute Care and Staffing in US Nursing Homes, 2001-2010. *Jamda*. 14: 817-820.
- WMA. (2008). *Declaration of helsinki*. Tillgänglig: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type> [2012-03-05].
- Zingmark, M. (2006). *Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering. (2006:2)*. Östersund: FoU-Jämt.
- Zingmark, M. (2008). *Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränlandet mellan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen*. Östersund: FoU Jämt, Mittuniversitetet.
- Åberg, K., Öhman, A., & Lundin-Olsson, L. (2004). Disparata yrkesfunktioner och okänt team. Sjuksköterskor och boendechefers uppfattning om egen, sjukgymnastens och arbetsterapeutens yrkesfunktion i äldreomsorgen. *Nordisk Fysioterapi*, vol. 8(1), ss. 3-11.

Bilaga 1

Hej!

Vi är två sjukgymnaststudenter vid Linköpings Universitet som söker deltagare till vårt examensarbete, en kandidatuppsats om hur sjukgymnaster upplever sitt arbete inom särskilt boende för äldre. Vi planerar utföra intervjuer med sjukgymnaster verksamma inom området och söker därför kontakt med målgruppen. Vi bifogar i detta mejl ett informationsbrev om studien, och önskar att genom detta finna deltagare till vår studie. Om du samtycker till att vi får tillfråga din personal önskar vi få kontakt med dessa antingen genom att du lämnar ut vårt informationsbrev eller att vi personligen kommer ut till er arbetsplats och lämnar ut brevet till dina anställda.

Vid frågor hör gärna av dig till oss.

Med vänlig hälsning

Lina Gustafsson och Elin Linde

Lina Gustafsson lingu512@student.liu.se alternativt 070 059 30 79

Elin Linde elili157@student.liu.se alternativt 070 204 43 56

Handledare Karin Valeskog, karin.valeskog@liu.se alternativt 013-28 57 31

Bilaga 2

Informationsbrev

Hej

Vi är två sjukgymnaststudenter som läser vid Linköpings Universitet. Vi arbetar just nu med vårt examensarbete som handlar om hur sjukgymnaster upplever sitt arbete inom särskilt boende för äldre. För att undersöka detta planerar vi utföra intervjuer med sjukgymnaster som är verksamma inom området.

Intervjuerna kommer att ske enskilt och äga rum i september eller oktober 2013, på en plats som passar dig. Intervjun kommer att spelas in med ljudupptagning för att sedan transkriberas och bearbetas. Endast vi kommer att ta del av det inspelade materialet. Allt material kommer att aidentifieras och inspelningen destrueras efter transkribering. Detta säkerställer att du inte kommer att kunna identifieras i studien.

Medverkan kräver ingen förberedelse, vi träffas vid ett intervjutillfälle som tar 40-60 minuter. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan förklaring.

Om Du är intresserad av att delta i intervjustudien skicka ett mejl med;

- Namn
- Ålder
- Arbetsplats
- Kontaktuppgifter

Till: lingu512@student.liu.se

Därefter tar vi kontakt med Dig för att svara på eventuella frågor och boka in en tid för intervju.

Med vänlig hälsning

Lina Gustafsson, lingu512@student.liu.se alternativt 070 059 30 79

Elin Linde, elili157@student.liu.se alternativt 070 204 43 56

Handledare: Karin Valeskog, karin.valeskog@liu.se alternativt 013-28 57 31

Bilaga 3

Bakgrundsfrågor:

Hur gammal är du?

Hur länge har du varit verksam sjukgymnast?

Hur länge har du jobbat inom äldreomsorgen?

Hur länge har du jobbat på din nuvarande arbetsplats?

Hur många brukare har du rehabiliteringsansvar för?

Hur många fysiska boenden/hus arbetar du på?

Vilken tjänstgöringsgrad har du?

Hur många sjukgymnast – och arbetsterapeutkollegor har du?.....

Frågor

Kategori: Arbetsuppgifter och upplägg

1. Beskriv en vanlig arbetsdag, t.ex. igår.

Ingående/detaljer

En typisk arbetsdag? om inte hur skilde den sig från en vanlig arbetsdag?

- Vad tycker du om de beskrivna uppgifterna?

2. Vilka riktlinjer utgår du från i ditt arbete?

Varifrån får du riktlinjerna?

arbetsbeskrivning? prioriteringsordning?

3. Hur bedömer du vem eller vilka som behöver sjukgymnastik?

alt. vem bedömer?

Vilka brukare väljer du att behandla själv?

Antal brukare/dag?

Nybedömningar? Uppföljning?

4. Vem har ansvar för rehabiliteringen?

närmaste chef?

Kategori: Upplevelser

5. Vad anser du är det bästa med ditt arbete?

6. Vad anser du är det sämsta med ditt arbete?

7. Vilka utmaningar möter du som sjukgymnast som jobbar på särskilt boende?

8. Om du fick ändra något i din arbetssituation, vad skulle det vara?

På vilket sätt?

Kategori: Yttre förutsättningar

9. Vilka lokaler och verktyg har du tillgång till för sjukgymnastik?

Eget kontor? Träningssalar?

10. Vilken skillnad tror du det skulle göra om du hade färre brukare?

11. Vilken skillnad tror du att det skulle göra om du hade fler brukare?

Kategori: Samarbete

12. Vilka samarbetar du med?

- Beskriv din roll i samarbetet.

13. Hur kommunicerar du med övrig personal?

Gemensamma möten

Kontaktmöjligheter

14. Hur vet du att dina ordinationer/delegeringar blir utförda?

Hur motivera personal och brukare att utföra rehabilitering?

Bilaga 4

Samtyckesformulär

Jag intygar härmed att jag frivilligt deltar i studien med syfte att undersöka sjukgymnasters upplevelser av arbete mot särskilt boende. Jag är medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan närmare förklaring. Jag är också medveten om att intervjun kommer att spelas in med ljudupptagning för att sedan transkriberas och att jag inte kommer att kunna identifieras som person i studien.

Jag har fått information om studien och dess syfte både muntligt och skriftligt och förstått tillvägagångssätt och villkor.

Signatur

Namnförtydligande

Datum