



Akademien för hälsa, vård och välfärd

KONSEKVENSER AV “HÄNDERNA PÅ RYGGEN” -INSTÄLLNING OCH OTJÄNSTER

Hemtjänstpersonalens uppfattningar kring vilken betydelse konsekvenser av beteenden och omgivning har på brukarens följsamhet till rehabilitering.

HANNA HOLMQVIST

RONJA STRANDÄNG

Huvudområde: Fysioterapi

Nivå: Grundnivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Fysioterapeutprogrammet

Kursnamn: Fysioterapi: Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin

Kurskod: FYS063

Handledare: Anna Ullenhag

Examinator: Birgitta Widerström

Seminariedatum: 2023-09-27

Betygsdatum: 2023-11-07

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Många äldre önskar att få bo kvar hemma trots ett ökat vårdbehov. Fysioterapeuten ansvarar för framtagandet av träningsordinationer medan hemtjänstpersonal ansvarar för att utföra dem. Brister gällande hemtjänstpersonalens samsyn, kunskap och kommunikationsförmåga kan försvåra brukarens följsamhet till rehabilitering. En ökad förståelse hos hemtjänstpersonal kring vilken betydelse konsekvenser av olika förhållningssätt och yttre faktorer har på brukarens följsamhet till ADL och träningsordinationer kan tydliggöra vilka insatser som krävs för att främja brukarens rehabilitering.

Syfte: Att beskriva hemtjänstpersonalens uppfattningar kring konsekvenser som beteenden och omgivning har på brukarens följsamhet till rehabilitering.

Metod: En kvalitativ deskriptiv design som tillämpade 2 vinjetter som bas för en semistrukturerad intervju. Sex hemtjänstpersonal rekryterades genom ett bekvämlighets- och snöbollsurval. En manifest innehållsanalys med induktiv ansats användes.

Resultat: Analysen resulterade i 15 underkategorier och följande fyra huvudkategorier: *“Bemötandet i situationen har betydelse för brukarens fysiska aktivitet”, “Kommunikativt förhållningssätt ökar medverkan”, “Brukarens aktivitetsnivå påverkar vidmakthållande av träning” samt “Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet”.*

Slutsats: Resultatet visade att hemtjänstpersonalen uppmärksammar att deras förhållningssätt och yttre faktorer både kan hindra och underlätta brukarens följsamhet till ADL och träningsordinationer. Studien kan tydliggöra vilka fysioterapeutiska insatser som krävs för att åstadkomma en framgångsrik rehabilitering hos brukaren.

Nyckelord: Autonomi, delaktighet, fysioterapi, hemtjänst, interprofessionella relationer, träning.

ABSTRACT

Background: Elderly people often wish to stay at home despite an increased need for care. Physiotherapists are responsible for producing exercise prescriptions, whereas caregivers are responsible for carrying them out. However, caregivers' inability to meet a consensus, insufficient knowledge and communication-skills can complicate the resident's compliance to recovery. What efforts are required to promote rehabilitation in residents can be clarified by understanding how resident's compliance to ADL and exercise prescriptions are affected by consequences that follow caregivers' different approaches and external factors.

Aim: To describe caregivers' perception of the consequences that behavior and the environment have on the residents' compliance to rehabilitation.

Method: Qualitative descriptive design with semi-structured interviews based on vignettes. Six caregivers were recruited through convenience and snowball sampling. A manifest-content-analysis with an inductive-approach was applied.

Results: 15 subcategories and four main categories emerged: *"How the situation is met affects the resident's physical activity"*, *"Communicative approach increases participation"*, *"Residents activity level effects compliance to training"* and *"External/internal factors inhibit conditions for activity"*.

Conclusion: The results show that caregivers understand that their approach and external factors can both inhibit and facilitate the resident's compliance to ADL and exercise prescriptions. The study clarifies which physiotherapeutic interventions are required to achieve a successful rehabilitation for the resident.

Keywords: Autonomy, homecare services, interprofessional relations, patient participation, physiotherapy, training.

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Rehabilitering i hemtjänsten	1
1.2	Autonomi	2
1.3	Biopsykosocialt perspektiv och beteendemedicinska teorier	2
1.3.1	<i>Motivationens betydelse för rehabilitering</i>	3
1.4	”Händerna på ryggen”-inställning	4
1.5	Interprofessionella relationer	5
1.5.1	<i>Utbildning och kompetens inom förflyttning</i>	5
1.6	Problemformulering	6
2	SYFTE	7
3	METOD OCH MATERIAL	7
3.1	Design	7
3.2	Urval	8
3.3	Datainsamling	8
3.4	Tillvägagångssätt	9
3.5	Dataanalys	10
3.6	Etiska överväganden	12
4	RESULTAT	12
4.1	Bemötandet i situationen har betydelse för brukarens fysiska aktivitet	14
4.1.1	<i>Anpassning av träningen utifrån tid och hälsotillstånd</i>	14
4.1.2	<i>Strategier för att motivera brukaren till fysisk aktivitet</i>	14
4.1.3	<i>Variationer på hur en förflyttning kan instrueras</i>	14
4.2	Kommunikativt förhållningssätt ökar medverkan	15
4.2.1	<i>Kommunikation mellan hemtjänstpersonal och brukare ökar delaktighet i ADL</i>	15

4.2.2	<i>Samsyn och information mellan hemtjänstpersonal underlättar delaktighet i ADL.....</i>	15
4.3	Brukarens aktivitetsnivå påverkar vidmakthållande av träning	16
4.3.1	<i>Den aktiva brukarens vinster.....</i>	16
4.3.2	<i>Den inaktiva brukarens förluster.....</i>	17
4.3.3	<i>Inaktiva brukare påverkar arbetsbelastningen.....</i>	17
4.4	Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet	17
4.4.1	<i>Hemtjänstpersonal kontra fysioterapeut som socialt stöd.....</i>	18
4.4.2	<i>Okunskap och brist på information från fysioterapeut.....</i>	18
4.4.3	<i>Hemtjänstpersonalens värderingar och inställning till rehabilitering.....</i>	18
4.4.4	<i>Hemtjänstpersonalens bristande arbetserfarenhet.....</i>	18
4.4.5	<i>Hjälpmedel ökar passivitet.....</i>	19
4.4.6	<i>Stressad hemtjänstpersonal till följd av tidsbrist.....</i>	19
4.4.7	<i>Funktioner hos brukaren som försvårar rehabiliteringen.....</i>	20
5	DISKUSSION.....	20
5.1	Resultatsammanfattning.....	20
5.2	Resultatdiskussion.....	21
5.3	Metoddiskussion	24
5.4	Etikdiskussion	27
6	SLUTSATS.....	27
7	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING	28
	REFERENSLISTA	29
	BILAGA A INTERVJUGUIDE	
	BILAGA B INFORMATIONSBREV	
	BILAGA C SAMTYCKESBLANKETT	

1 BAKGRUND

1.1 Rehabilitering i hemtjänsten

Många funktioner försämras vid stigande ålder. Människans åldrande definieras som “de förändringar som successivt äger rum i kroppen och psyket i tidsperioden mellan människans tillblivelse och döden” (Nationalencyklopedin [NE], 2023, s.2). Forskning visar att åldrande kan leda till exempelvis nedsatt balans, muskelstyrka och -uthållighet (Miller et al., 2017). När man blir äldre är det många som önskar att få bo kvar hemma och för att det ska vara möjligt kan man behöva stöd av en fysioterapeut och hemtjänst. Rehabilitering i hemmet syftar till att optimera brukarens aktivitetsförmåga för att återuppta god hälsa och välbefinnande (Randström et al., 2012). Rehabilitering i denna studie syftar på begreppen aktiviteter i det dagliga livet (ADL) samt träningsordinationer bestående av träningsprogram och förflyttningar. Socialstyrelsen definierar “brukare” som en ”person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten” (Socialstyrelse, u.å.). Författarna väljer att definiera “brukare” som en person som är i behov av och har hjälpinsatser från hemtjänsten.

Fysioterapeuter har kunskap om hur nedsatta funktioner, skador och sjukdomar, som kan uppstå vid stigande ålder, kan tränas utifrån individens förutsättningar och mål (Broberg & Lenné, 2019). Fysioterapeutens roll inom äldreomsorgen är att göra en bedömning av brukarens resurser och behov med hänsyn till biopsykosociala faktorer. Diagnostisering, planering och genomgång av interventioner som till exempel individanpassat träningsprogram, samt utvärdering är uppgifter fysioterapeuten ansvarar för (Broberg & Lenné, 2019). Fysiska och sociala miljöfaktorer kan påverka hur effektiv rehabiliteringen blir, och däribland ingår hemtjänstpersonalens beteenden (Randström et al., 2012). Hemtjänst är en tjänst där undersköterskor och vårdbiträden bland annat hjälper brukaren med ADL (Mindlina et al., 2020). Samtidigt agerar de som stöd för fysioterapeuter då de utför ordinerade träningsprogram tillsammans med brukaren (Vik & Eide, 2013). Utöver utförandet av dessa träningsprogram från fysioterapeut har studier visat att brukarens deltagande i ADL har goda effekter på dennes rehabilitering (Randström et al., 2012). Ordination av träningsprogram och förflyttningar ökar brukarens självständighet och livskvalité samt ger brukaren möjlighet till att bo kvar hemma trots behov av vårdinsatser (Fjordside & Morville, 2016; Thomé et al., 2003).

1.2 Autonomi

Många äldre väljer att bo kvar i sina hem trots nedsatta funktioner, då hemmet bidrar till känslan av autonomi och välmående (Randström et al., 2013). Autonomi definieras som en individs rätt att ta egna beslut utan påverkan av andra (Fjordside & Morville, 2016). Om hemmet förvandlas till en arbetsplats kan det skapa ångest och minskad integritet hos brukaren (Randström et al., 2013). Det är vanligt att ny personal som gör hembesök hos brukaren inte är bekant med rutinerna och brukarens behov (Fjordside & Morville, 2016).. Brukaren kan ha svårt att hävda sig i dessa situationer då han eller hon inte vill belasta personalen. Detta kan i sin tur leda till att brukarens behov inte blir uppfyllda och därmed minskar känslan av autonomi och kontroll. Genom att öka brukarnas delaktighet i rehabiliteringsprocessen, samt bemöta dem som individer, kan brukarnas upplevda autonomi öka (Fjordside & Morville, 2016).

1.3 Biopsykosocialt perspektiv och beteendemedicinska teorier

För att stärka brukarens autonomi och för att uppfylla brukarens behov kan den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) med fördel användas av fysioterapeuter och hemtjänstpersonal. ICF kan fungera som ett verktyg för fysioterapeuter vid rehabilitering av brukare för en mer korrekt bedömning av brukarens resurser och behov. ICF-modellen, som har 3 komponenter, hjälper oss att förstå en individs hälsa ur ett biopsykosocialt perspektiv (Socialstyrelsen, 2021). ICF:s komponent "Kroppsfunktion och Kroppsstruktur" redogör för individens fysiska och mentala funktioner samt anatomiska strukturer. Komponenten "Aktivitet och Delaktighet" avser hur individen utför en uppgift samt nivån av engagemang i sociala sammanhang. Omgivningsfaktorer utgör den sista komponenten och tar hänsyn till hur individen integrerar med den naturliga miljön (Socialstyrelsen, 2021). Randström et al. (2012) belyser vikten av att implementera ICF i verksamheter då de anser att aktivitet och delaktighet är centralt i brukarens rehabilitering. Dessutom förbättrar det möjligheten att kommunicera mellan olika professioner. Dock får inte alla professioner utbildning inom ICF vilket medför en bristande samsyn hos hemtjänstpersonal om brukarens funktionsförmåga. Detta kan i sin tur leda till att hemtjänstpersonalen hamnar i konflikt med brukaren vad gäller behovet av stöd vid ADL (Randström et al., 2012).

Fysioterapeuter och hemtjänstpersonal utgör sociala omgivningsfaktorer på så sätt att fysioterapeuten ordinerar individanpassade träningsprogram, som hemtjänstpersonal hjälper till att genomföra tillsammans med brukaren. Ibland kan dock hemtjänstpersonal hamna i rutiner där utförande av ADL och träningsprogram blir standardiserade och inte anpassade efter brukaren trots individens varierade funktionsförmågor (Vik & Eide, 2013). Brukarna kan då uppleva att hemtjänstpersonalen utför de uppgifter som de själva kan utföra på egen hand vilket kan resultera i passivitet hos brukaren (Randström et al., 2012). I dessa fall kan hemtjänstpersonalen ses som en hindrande miljöfaktor i rehabiliteringen (Randström et al., 2012). Ett sådant förhållningssätt med bestraffande konsekvenser kan på sikt leda till att

hemtjänstpersonalen blir ett hämmande stimuli för brukaren vad gäller att utföra ADL och träningsprogram. Detta resonemang bekräftas av den Operanta inlärningsteorin som menar att människan lär sig av beteendets konsekvenser och handlar därefter (Denison & Åsenlöf, 2012). Vidare kan hemtjänstpersonalens uppfattning om brukarens funktionsförmåga återspegla personalens beteende i mötet med brukaren (Linton et al., 2002). Enligt Kindblom-Rising et al. (2011) var hemtjänstpersonal som inte litade på brukarens förmåga att förflytta sig förenat med att ge mer hjälp än nödvändigt. Dessutom kan personalens uppfattning om brukarens funktionsnivå påverka brukarens tilltro till sina förmågor. Self-efficacy (SE) är ett centralt begrepp inom den socialkognitiva teorin (SCT) och definieras som individens subjektiva upplevelse av dennes förmåga att utföra en specifik uppgift i ett specifikt sammanhang (Bandura, 1977). Inom SCT ser man att individens beteende uppstår genom ett samspel mellan omgivningen och individfaktorer. SCT handlar om att vi lär oss genom en ständig interaktion mellan omgivning, beteende och individfaktorer. Omgivningen står för den sociala och fysiska miljön. Ger personalen, som utifrån SCT är en omgivningsfaktor, ett intryck av att brukaren inte är kapabel till att vara aktiv under förflyttningen finns det risk att brukarens SE minskar och därmed även utförandet av beteendet "att förflytta sig" (Kalman, 1999). Likaså kan personal som uppmuntrar och stöttar brukaren till att röra sig, genom att till exempel guida brukaren i form av verbal och icke-verbal kommunikation (Kindblom-Rising et al., 2010), öka brukarens SE och därmed även beteendet (Kalman, 1999). Brukarens SE är viktigt för att upprätthålla träningsprogram. Dessutom har hembaserade träningsprogram visat ge goda effekter på muskelstyrka och balans som i sin tur främjar brukarens ADL (Arkkukangas et al., 2017). För att bibehålla alternativt förbättra de fysiologiska funktioner som träning medför krävs underhåll och individanpassat träningsprogram (Kenney et al., 2020).

1.3.1 Motivationens betydelse för rehabilitering

Motivation är en viktig psykologisk faktor för att underhålla träning och därmed följsamheten av rehabiliteringen (Denison & Åsenlöf, 2012). Självbestämmande teorin (SDT) beskriver skillnaden mellan inre- och yttre motivation och dess betydelse i relation till beteenden. Aktiviteter baserade på brukarens intresse eller mål kan skapa en inre motivation. Yttre motivation speglar istället omgivningens krav, det kan till exempel vara i form av belöningar, direktiv eller förväntningar från hemtjänstpersonal eller fysioterapeut. Den inre motivationen ses mer effektiv vad gäller upprätthållande av beteendeförändringar till skillnad från yttre motivation. Enligt SDT är autonomi, kunskap och tillhörighet viktiga psykologiska behov för människans inre motivation. Stödjer inte den sociala miljön de psykologiska behoven riskerar den inre motivationen att minska (Ryan & Deci, 2000). Hemtjänstpersonalen kan vara en underlättande miljöfaktor i form av socialt stöd, vilket kan stärka den inre motivationen. En kvalitativ studie av Randström et al. (2012) visade att om hemtjänstpersonalen hade ett bra bemötande med informativ kommunikation, visade respekt för brukarens autonomi, var lyhörd samt var ett socialt stöd främjades brukarens aktivitet och deltagande. Dessa komponenter överensstämmer med de behov som SDT anser ökar den inre motivationen (Ryan & Deci, 2000).

Ibland brister den inre motivationen hos brukaren när det kommer till hembaserad träning, detta försvårar utövande av regelbunden fysisk aktivitet (Arkkukangas et al., 2017). Arkkukangas et al. (2017) undersökte äldres erfarenheter av ett hembaserat träningsprogram kombinerat med motiverande samtal. Resultatet från studien visade att lättillgängliga övningar som kunde utföras funktionellt, tillgång till gånghjälpmedel och socialt stöd av fysioterapeut främjade fysisk aktivitet. Fysioterapeuten bidrog med kunskap, lyhördhet och en personcentrerad vård som uppskattades av brukarna. Möjligheten att ställa frågor kring övningarna kan potentiellt öka brukarens kontroll att reglera sitt beteende och därmed öka känslan av autonomi då brukaren själv kan ansvara för sin träning. Ytterligare beteendeförändringsstrategier exempelvis graderad aktivering och individuell målsättning stärkte brukarens inre motivation (Arkkukangas et al., 2017).

1.4 "Händerna på ryggen"-inställning

Hemtjänstpersonal kan påverka brukarens motivation till att utföra hembaserad träning, dock förväntas hemtjänstpersonalen utföra många uppgifter, och ibland hjälper de till för mycket så det indirekt blir en otjänst för brukaren (Randström et al., 2014). Författarna definierar "otjänster" som handlingar personalen utövar som kan ge negativa konsekvenser på brukarens delaktighet och aktivitetsförmåga. Begreppet "händerna på ryggen"-inställning definieras å andra sidan som ett förhållningssätt där personalen agerar mer som stöd och tillåter brukaren att själv använda sina förmågor (Randström et al., 2014). I denna studie syftar begreppet *förhållningssätt* på "otjänster" respektive "händerna på ryggen"-inställning. Randström et al. (2012) menar att "händerna på ryggen"-inställning är en viktig del av brukarnas rehabilitering. Konsekvenserna av att inte ha "händerna på ryggen"-inställning, så kallade "otjänster", kan leda till att brukaren blir mer passiv i sitt deltagande i olika aktiviteter (Vik & Eide, 2013). Hindras brukarna från att utnyttja sin fulla potential att vara delaktiga i ADL, kan de förlora fysiska förmågor som de har tränat och byggt upp, vilket är i linje med reversibilitetsprincipen som lyder "use it or loose it" (Kenney et al., 2020, s.232). Det innebär att om musklerna inte används, minskar frekvensen av nervsignaler som stör rekryteringen av muskelfibrer. Detta förklarar förlusten av muskelkraft och styrka i samband med inaktivitet (Kenney et al., 2020).

De förlorade fysiska förmågorna hos brukarna kan i sin tur påverka fysioterapeutens resurser i form av arbetsinstatser och tid då nya bedömningar och åtgärder krävs (Miller et al., 2017; Randström et al., 2014). Fysioterapeuter ser vikten av att brukaren själv utför dessa aktiviteter i strävan efter att öka brukarens självständighet (Vik & Eide, 2013). Hemtjänstpersonalen kan se det som att "otjänsterna" sparar tid (Miller et al., 2017), å andra sidan påverkar brukarens försämring av funktioner hemtjänstpersonalens arbetsbelastning i form av ökad tidspress och stress (Hasson & Arnetz, 2008).

1.5 Interprofessionella relationer

Det är vanligt förekommande att fysioterapeuter ordinerar träningsprogram till brukare som hemtjänstpersonalen förväntas genomföra tillsammans med brukarna, vilket studier har påvisat kan vara problematiskt av olika anledningar (Goto & Harutas, 2020; Smith et al., 2018). I Goto och Harutas (2020) studie undersökte de hur implementering av ett rehabiliteringsperspektiv vid utförande av ADL tillsammans med brukarna togs emot av personalen. Till en början reagerade personalen med motstånd då de ansåg att rehabilitering var utanför deras ansvarsområde. Efter en tids stöttning och feedback från en fysioterapeut ökade personalens kunskaper och färdigheter kring hälsofrämjande arbete. Detta resulterade i att personalen började integrera rehabilitering vid ADL. Smith et al. (2018) belyser utmaningarna fysioterapeuter ställs inför vad gäller att upprätthålla träningsordinationer på vårdhem. En anledning till den bristande följsamheten kan bero på hög personalomsättning och arbetsbelastning (Smith et al., 2018). Hög arbetsbelastning uttrycks framför allt i form av tidsbrist hos personalen, vilket resulterar i att de antingen skyndar igenom arbetsuppgifter eller behöver prioritera bort vissa uppgifter (Knopp-Sihota et al., 2015). Ytterligare en anledning kan vara bristande kompetens hos hemtjänstpersonalen (Hasson & Arnetz, 2008). Det har visat sig att utbildning med stöd av fysioterapeuter i kombination med ett ökat inflytande hos hemtjänstpersonalen har goda effekter på långvariga beteendeförändringar i arbetsmiljön. Det skapar engagemang och en känsla av självbestämmande hos hemtjänstpersonalen som är nödvändigt för att de ska stödja brukarens rörelsebeteende och utförande av träningsprogram (Smith et al., 2018).

Interprofessionella relationer, som definieras som arbetssamverkan mellan olika yrkesaktörer (MeSH, 2023), möjliggör en samsyn mellan fysioterapeut och hemtjänstpersonal kring brukarens resurser och behov vilket främjar en personcentrerad vård. En förutsättning för att brukaren ska ha en positiv inställning till rehabilitering är att de olika professionerna som är involverade i rehabiliteringen är eniga om hur de ska behandla brukarna. Om en del av hemtjänstpersonalen hjälper brukaren mer än nödvändigt, medan andra låter brukaren använda sina förmågor, kan det ge konsekvenser i form av förvirring och minskad motivation hos brukaren (Randström et al., 2014).

1.5.1 Utbildning och kompetens inom förflyttning

En samsyn och förståelse för vilka insatser som ska ges till brukarna stärks genom ökad kompetens hos hemtjänstpersonal. I Hasson och Arnetz (2008) studie fann de att undersköterskor och vårdbiträden upplevde sin kompetens i förhållande till arbetsuppgifter som bristande. De områden som studiedeltagarna upplevde ha minst kompetens inom, vilket även är uppgifter som fysioterapeuter kan ordinera, var framför allt förflyttningar (Hasson & Arnetz, 2008). En viktig komponent vid förflyttning är kommunikation. Kommunikation kan ske genom tre olika former: fysisk kommunikation, kroppsspråk och verbal kommunikation.

Kindblom-Rising et al. (2010) menar att om personalen lyfter brukaren används fysisk kommunikation, medan kroppsspråk kan beskrivas som icke-verbal kommunikation med inslag av fysisk guidning av rörelser. Förmågan att använda sig av olika kommunikationsstilar

kan stärka relationen mellan personalen och brukaren, vilket i sin tur kan öka brukarens möjlighet att vara mer delaktig i förflyttningar (Kindblom-Rising et al., 2010). Trots det menar Kindblom-Rising et al. (2010) att exempelvis undersköterskor och vårdbiträden kan ha en bristande förmåga att verbalt instruera brukaren genom olika rörelser. Dessutom menar de att personalen har svårt att ta vara på brukarens egen fysiska förmåga vid exempelvis förflyttningar.

I Kindblom-Rising et al. (2011) studie identifierades flera positiva förändringar hos vårdpersonal ett år efter en två halvdagars patientförflyttningsutbildning med fokus på kroppsmedvetenhet, kommunikation och reflektion av beteenden. Resultatet visade en förbättrad rörelse- och kroppsmedvetenhet hos personalen på så sätt att de fick en ökad förståelse för relationen mellan rädsla och rörelse. Det visade även i vilka situationer fysisk stöttning bör ges samt en ökad medvetenhet av ogynnsamma arbetsställningar som tidigare föregåtts av smärta. Vårdpersonalen visade även ett större engagemang till att få brukaren att vara aktiv under förflyttningar. Antalet instruktioner ökade och användning av kroppsspråk utnyttjades i högre grad. Det fanns även en tydlig skillnad på kvalitén på instruktionerna som gavs innan och efter utbildningen, vilket antas vara viktigt för att stödja brukarens självständighet. Instruktionen "Ta tag i min hand så drar vi upp dig, när dina ben är över sängkanten" utvecklades till "Vänd dig på sidan, tryck med händerna mot sängen, använd armbågen och skjut ner benen". Den sistnämnda instruktionen där personalen guidar brukarens rörelser främjade brukarens aktivitet och delaktighet (Kindblom-Rising et al., 2011).

Det finns dock förbättringspotential vad gäller att utöva och generalisera förvärvade kunskaper och färdigheter från förflyttningsutbildningar till praktiken (Smith et al., 2018). Miljöfaktorer som kan påverka utfallet av förflyttningens kvalitet är tidsbrist, underbemanning, bristande information kring brukarens tillstånd, ny oerfaren personal samt okunskap kring hantering och tillgång till förflyttningshjälpmedel (Smith et al., 2018). Åtgärder i form av förflyttningsutbildningar med genomgång av hjälpmedel i kombination med individuell handledning i brukarens verkliga miljö har visats vara effektivt på lång sikt. Förflyttningsutbildning och handledning bör erbjudas varje halvår och kan med fördel ledas av en fysioterapeut (Skoglund-Öhman et al., 2011). Eftersom förflyttningar utgör en del av rehabiliteringen belyser Skoglund-Öhman et al. (2011) vikten av en god kommunikation mellan fysioterapeut och hemtjänstpersonal. Fysioterapeuter med sin kunskap om ICF samt motorisk kontroll och hemtjänstpersonalens observationer av brukarens tillstånd och beteenden möjliggör en individualiserad, säker och ergonomisk förflyttning (Randström et al., 2012; Skoglund-Öhman et al., 2011).

1.6 Problemformulering

Vid stigande ålder försvagas motoriska, kognitiva och psykologiska funktioner, vilket kan medföra svårigheter att utföra ADL. För att man ska kunna fortsätta att bo hemma kan insatser från hemtjänsten krävas. Vidare behövs ofta rehabiliterande insatser som ordinerar av fysioterapeuter i form av hembaserade tränings- och förflyttningsprogram. Dessa

träningsordinationer förväntas hemtjänstpersonal utföra tillsammans med brukaren. För att träningsordinationer ska genomföras krävs ett samspel mellan individens förmågor, önskemål och behov samt omgivningens förmåga att tillgodose dessa. Brukarens motivation och autonomi är även viktiga komponenter för vårdpersonal att ta hänsyn till i samspelet med brukaren. En splittrad samsyn kring förhållningssätt inom vårdprofessioner försvårar brukarens följsamhet av träningsordinationer inom hemtjänsten. Om alla professioner har "händerna på ryggen"-inställning ökar brukarens möjlighet till att vara mer delaktiga. Det är viktigt att det finns en kunskap och samsyn hos olika vårdprofessioner kring de insatser som ges. Genom att utforska hur hemtjänstpersonalen uppfattar skilda situationer som rör ADL och rehabiliterande träning i hemmiljö, kan förståelsen öka kring vilka konsekvenser som beteenden och omgivning har på brukarens delaktighet i och följsamhet till rehabilitering. Denna kunskap kan sedan ligga till grund för vilka insatser som krävs för att främja ett rehabiliterande förhållningssätt hos personalen som gynnar brukarens autonomi.

2 SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hemtjänstpersonalens uppfattningar kring konsekvenser som beteenden och omgivning har på brukarens följsamhet till rehabilitering.

3 METOD OCH MATERIAL

3.1 Design

En kvalitativ deskriptiv design valdes för att besvara studiens syfte. Kvalitativ forskning kan fånga upp och belysa subjektiva uppfattningar där tolkning av intervjumaterial sker förutsättningslöst (Olsson & Sörensen, 2021; Lundman & Graneheim, 2017). Detta är i linje med studiens syfte som var att beskriva hemtjänstpersonalens uppfattning kring ett fenomen. I studien användes en induktiv ansats vilket möjliggjorde en bred och förutsättningslös analys av materialet där mönster kunde ses i studiedeltagarnas unika berättelser. Resultatet analyserades inte efter en förutbestämd teori eller modell, utan textmaterialet bildade istället egna kategorier (Lundman & Graneheim, 2017).

3.2 Urval

Ett bekvämlighetsurval gjordes genom att författarna fick i uppdrag att genomföra studien i en verksamhet som även hjälpte till med rekryteringen av studiedeltagare. I och med att det var svårt att få tag i studiedeltagare och det förekom ett bortfall på två personer, gjordes även ett snöbollsurval då befintliga studiedeltagare på förfrågan lämnade ut telefonnummer till andra potentiella studiedeltagare (Carter & Lubinsky, 2016). Bortfallet bestod av två personer. En studiedeltagare fick tillgång till data som deltagaren var obehörig till. Datan innehöll författarnas färdigställda PM och riskerade därav färga studiedeltagarens svar. Den andra personen var okontaktbar när intervjun skulle äga rum.

Urvalets population bestod av undersköterskor och vårdbiträden som arbetar inom hemtjänsten. Studiedeltagarna rekryterades från olika kommuner i Mellansverige. Bakgrundsinformation om studiedeltagarna redovisas i tabell 1. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var att studiedeltagarna skulle vara över 18 år och ha rollen undersköterska eller vårdbiträde inom hemtjänst samt behärska det svenska språket. Exklusionskriterierna innefattade sjuksköterskor och rehabassistenter.

Tabell 1: Bakgrundsdata om studiedeltagarna

<u>Studiedeltagare</u>	<u>Ålder</u>	<u>Professionstitel</u>	<u>Arbetserfarenhet</u>	<u>Förflytningsutbildning</u>
1	56	Undersköterska	7-8 år	Ja
2	59	Undersköterska	33 år	Ja
3	49	Undersköterska	23 år	Ja
4	64	Undersköterska	15 år	Ja
5	27	Undersköterska	9 år	Ja
6	32	Undersköterska	8 år	Ja

3.3 Datainsamling

En semistrukturerad intervju baserad på 2 beskrivande vinjetter användes då det ansågs vara lämpligast i denna studie. Detta för att författarna dels ville ställa samma situationsbestämda huvudfrågor till studiedeltagarna och ha möjligheten till att anpassa följdfrågorna utifrån studiedeltagarnas svar (Bryman, 2018); och dels för att utforska hemtjänstpersonalens upplevelser på ett avdramatiserat sätt (Kullberg & Brunnberg, 2007). Vinjetter sätter frågan som ska undersökas i ett sammanhang genom att beskriva ett scenario som studiedeltagarna hypotetiskt får resonera kring (Kullberg & Brunnberg, 2007). Genom att använda vinjetter

minskade risken att få socialt accepterade svar, då otjänster kan vara ett känsligt ämne (Carter & Lubinsky, 2016).

I början av intervjun samlades bakgrundsdata in om studiedeltagarnas ålder, utbildning, arbetserfarenhet och professionstitel som användes för att beskriva deltagarna (Carter & Lubinsky, 2016). Två vinjetter med fyra delscenarios i vardera vinjett presenterades muntligt. Dessa bestod av både fiktiva och autentiska scenarion utifrån hemtjänstpersonalens arbetsmiljö och arbetsuppgifter (bilaga A). Vid konstruktion av vinjetterna tog författarna hänsyn till att de skulle vara relevanta för att besvara syftet, men även att dess innehåll skulle vara trovärdigt, begripligt samt logiskt (Jergeby, 1999). Vinjetternas huvudfrågor och följdfrågor syftade främst till att utforska ställningstaganden till de olika förhållningssätten och dess konsekvenser. Studiedeltagarna fick då möjlighet att ge hypotetiska svar på hur man som personal skulle ha gjort i de olika presenterade situationerna. Följdfrågorna bjöd in till djupare samtalsdiskussioner. De kompletterande frågorna syftade till att förtydliga studiedeltagarnas svar vid behov (Bryman, 2018; Kullberg & Brunnberg, 2007).

Intervjuerna spelades in med diktafon (Digital Voice Recorder, Olympus WS-852). Två provintervjuer utfördes. Provintervjuerna var till hjälp för att se om frågorna var relevanta för studiens syfte och om de var begripliga. Detta gav författarna möjlighet att göra ändringar i intervjuguiden (Carlsson, 2012). Den första provintervjun exkluderades eftersom författarna ändrade innehållet av intervjuguiden då ett scenario med tillhörande frågor lades till. Mängden information som studiedeltagarna fick under intervjun ändrades också. Under den första provintervjun fick deltagaren tillgång till alla scenarion. Detta resulterade i att deltagaren blev låst till informationen och hade svårt att resonera fritt och ge genuina svar. Därefter ändrades upplägget av intervjun för de efterföljande deltagarna som endast fick tillgång till bakgrundsinformation om patientfallen. Det nya upplägget resulterade i en djupare diskussion då deltagarna hade lättare att utgå ifrån egna erfarenheter. Intervjuerna planerades från början att genomföras fysiskt, men författarna upplevde att deltagaren under den första provintervjun blev stressad och obekvämt i situationen. På grund av etiska aspekter (stressande situation) samt geografisk spridning genomfördes i första hand resterande intervjuer digitalt via Zoom och i andra hand via telefon. Samtliga intervjuer utfördes via telefonsamtal då studiedeltagarna var mest bekväma med det alternativet. Totalt inkluderades sex individuella intervjuer i studien, varav en provintervju då den ansågs vara av tillräckligt god kvalitet. Intervjuerna varade mellan 40–68 minuter, genomsnitt 57 minuter.

3.4 Tillvägagångssätt

Studien var initierad av en kommun i Mellansverige. För att få lite mer information om uppdraget samarbetade författarna med en fysioterapeut som var kontaktperson från verksamheten. Kontaktpersonen delade med sig av exempel på olika dilemman som tenderade att uppstå i hemtjänsten. Författarna hämtade inspiration från dessa exempel i samband med att vinjetterna utformades. Kontaktpersonen hjälpte författarna att komma i kontakt med äldreomsorgens enhets- och verksamhetschef. Cheferna fick ta del av författarnas PM för att

kunna få en djupare förståelse om studiens syfte, samt gav sitt skriftliga tillstånd till författarna för genomförandet av studien.

Enhetschefen fick i uppdrag att fråga hemtjänstpersonalen om författarna fick kontakta dem via telefon. Vid godkännande om förfrågan, delade enhetschefen ut informationsbrevet (bilaga B) samt skickade potentiella studiedeltagares telefonnummer till författarna över mejl. Författarna ringde upp hemtjänstpersonalen som vid intresse av att delta i studien gav sina kontaktuppgifter och fick bestämma dag och tid för intervjun. I samband med att studiedeltagarna tackade ja till att delta i studien skickades en samtyckesblankett (bilaga C) ut via mejl som sedan skickades tillbaka till författarna. Samtyckesblanketterna förvarades på en lösenordsskyddad dator för att säkerställa att obehöriga inte kunde ta del av dessa.

Då det var svårt att rekrytera studiedeltagare i den utvalda verksamheten samt att några potentiella deltagare föll bort, tillfrågades befintliga studiedeltagare att kontakta andra potentiella studiedeltagare angående deras intresse av att delta i studien. Författarna fick sedan kontaktuppgifter till de personer som var intresserade och skickade ut informationsbrev och samtyckesblankett via mejl. Vid ett senare tillfälle ringde författarna upp dem för att bestämma tid och dag för när intervjun skulle ske.

Innan intervjun började fick deltagarna via SMS bakgrundsinformation om de två patientfallen som scenariona baserades på. Författarna satt tillsammans under fem av sex intervjuer. Den sjätte intervjun utfördes med kort varsel vilket medförde att författarna satt på skilda platser. En författare agerade som "huvudintervjuare" och en agerade som "observatör" vid samtliga intervjuer. Huvudintervjuaren ansvarade för att samla in bakgrundsdata från studiedeltagarna, redovisa patientfallen med tillhörande scenarion, ställa huvudfrågor och följdfrågor. Observatören lyssnade aktivt och ställde kompletterande frågor vid behov. Författarna växlade mellan dessa roller vid varje intervju. Om studiedeltagaren uppfattades ge diffusa svar eller svar med hög tolkningsgrad använde författarna sig av reflektioner för att förtydliga budskapet. Studiedeltagarna informerades om att intervjuerna spelades in med diktafon.

Det inspelade materialet överfördes direkt efter utförd intervju från diktafonen till författarnas datorer och förvarades med lösenordsskydd. Inspelningarna raderades på diktafonen efter överföringen. Författarna transkriberade tre intervjuer var, som även de förvarades på lösenordsskyddade datorer. För att upprätthålla konfidentialitet i studien skapades en kodlista genom att studiedeltagarnas ljudfiler samt tillhörande transkriberade dokument tilldelades en siffra istället för deras namn (Vetenskapsrådet, 2017).

3.5 Dataanalys

Data analyserades med manifest innehållsanalys med induktiv ansats. Manifest innehåll innebär att materialet analyseras textnära (Lundman och Graneheim, 2017). I samband med att meningsbärande enheter (ME) plockades ut lyssnade författarna på ljudinspelningarna, detta för att förstå i vilket sammanhang allting sades vilket underlättade analysprocessen. De

ME som valdes var stycken eller meningar som belyste innehållets budskap och var relevant för att besvara studiens syfte. Sedan kondenserades utvalda ME där ovidkommande ord plockades bort men där kärnan i materialet bevarades. Därefter kodades respektive kondenserad ME. Koden är en kort beskrivning av innehållet i ME och kan ses som en etikett. Koder som ansågs närbesläktade bildade sedan kategorier och underkategorier (Lundman & Graneheim, 2017).

Författarna plockade ut ME och kondenserade de två första intervjuerna tillsammans. Författarna delade upp de resterande intervjuerna där de sedan satt enskilt och plockade ut ME samt kondenserade materialet var för sig. Dessa jämfördes sedan för att se likheter och skillnader i tolkningen av materialet. Skillnader som framkom uppmuntrade till diskussion tills konsensus uppnåddes om huruvida materialet hänger samman med syftet. Enheterna som inte var relevanta för syftet togs bort. Kodningsprocessen på samtliga intervjuer utfördes tillsammans. Författarna läste igenom alla koder för att säkerställa att koderna var textnära. Koderna som författarna var osäkra på ifall de besvarade syftet eller som ansågs vara för abstrakta markerades och reviderades. De färdigställda koderna skrevs ut och sorterades i högar med liknande innehåll. Förslag på kategoribenämningar skrevs ned på post-it lappar för respektive grupp med koder. Koder som tillhörde samma kategori med olika dimensioner skapade sedan underkategorier. Även handledare och studenter har läst och granskat utdrag från innehållsanalysen. Författarna strukturerade och fördelade all data i tabellform i Microsoft Word. Exempel på hur analysprocessen gått till redovisas i tabell 2.

Tabell 2: Exempel på hur meningsenheter kondenserades och analyserades till koder, kategorier och underkategorier.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
“Jag brukar säga det ibland att det kan se ut som att jag är lat när jag står med händerna bakom ryggen men det här är för din skull.”	Brukar säga att det kan se ut som att jag är lat när jag står med händerna bakom ryggen men det är för din skull.	Förklara varför man står med händerna bakom ryggen kan öka aktivitet.	Kommunikation mellan hemtjänstpersonal och brukare ökar delaktighet i ADL.	Kommunikativt förhållningssätt ökar medverkan
“Jag tycker att de flesta brukarna går bättre när en fysioterapeut är med. Brukaren har ju aldrig gått så bra som de gör då. Jag tror det är så för att de är vana att vi går med de, de känner oss mer.”	De flesta går bättre när fysioterapeut är med. Aldrig gått så bra som då. Tror det beror på att de är vana att gå med oss och känner oss mer.	Går sämre pga. vana att gå med oss och känner oss mer.	Hemtjänstpersonal kontra fysioterapeut som socialt stöd	Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet

3.6 Etiska överväganden

Studien följde Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer (World Medical Association, 2022). Enligt informations- och nyttjandekravet informerades studiedeltagarna om deras rättigheter och eventuella risker med studien, samt studiens syfte, vad materialet användes till, hur det hanterades och det praktiska genomförandet av studien. Studiedeltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt. Önskade studiedeltagarna att avbryta sitt deltagande i studien fick de när som helst göra det utan att behöva motivera anledningen till det. Dessutom gavs information om att det inspelade materialet raderas efter godkänt arbete. Studiedeltagarna gav ett muntligt och skriftligt samtycke enligt samtyckeskravet som ett bevis på att de förstod informationen och ville delta i studien (Olsson & Sörensen, 2021; Vetenskapsrådet, 2017).

Insamling av känsliga personuppgifter om studiedeltagarna har behandlats enligt dataskyddsförordningen (GDPR) (Integritetsskyddsmyndigheten, 2023). Studiedeltagarnas integritet skyddades genom att studiedeltagarnas ljudfiler och transkriberade dokument kodades med siffror samt att de förvarades på lösenordskyddade datorer (Vetenskapsrådet, 2017). Det insamlade materialet avidentifierades inte eftersom kodlistan med studiedeltagarnas svar fortfarande var i bruk. Däremot uppfyllde materialet kravet för konfidentialitet då obehöriga inte hade möjlighet att ta del av det (Vetenskapsrådet, 2017).

Studiedeltagarna blev informerade om att ämnet "hemtjänstpersonalens förhållningssätt" skulle eventuellt kunna upplevas som känsligt och väcka starka reaktioner hos studiedeltagarna. De psykologiska risker som detta kunde medföra var att personalen kände sig förolämpade och utpekade till att ha agerat "fel" i arbetssituationer. Intervjufrågorna skulle till exempel kunnat framkalla känslor som skam, aggressivitet, irritation, eller nedstämdhet. Användning av vinjetter med olika fiktiva scenarion gav personalen möjlighet att uttala sig genom tredje-person-perspektiv, vilket torde ha medfört att personalen utsattes för en mindre sårbar position (Kullberg & Brunnberg, 2007).

4 RESULTAT

Resultatet beskriver hemtjänstpersonalens uppfattningar kring hur konsekvenser av olika förhållningssätt och yttre faktorer påverkar brukarens följsamhet till träningsordinationer och ADL. Utifrån dataanalysen identifierades fyra kategorier och 15 underkategorier (tabell 3).

Tabell 3 Sammanställning av kategorierna med tillhörande underkategorier

Underkategori	Kategori
<p>Anpassning av träningen utifrån tid och hälsotillstånd</p> <p>Strategier för att motivera brukaren till fysisk aktivitet</p> <p>Variationer på hur en förflyttning kan instrueras</p>	<p>Bemötandet i situationen har betydelse för brukarens fysiska aktivitet</p>
<p>Kommunikation mellan hemtjänstpersonal och brukare ökar delaktighet i ADL</p> <p>Samsyn och information mellan hemtjänstpersonal underlättar delaktighet i ADL</p>	<p>Kommunikativt förhållningssätt ökar medverkan</p>
<p>Den aktiva brukarens vinster</p> <p>Den inaktiva brukarens förluster</p> <p>Inaktiva brukare påverkar arbetsbelastningen</p>	<p>Brukarens aktivitetsnivå påverkar vidmakthållande av träning</p>
<p>Hemtjänstpersonal kontra fysioterapeut som socialt stöd</p> <p>Okunskap och brist på information från fysioterapeut</p> <p>Hemtjänstpersonalens värderingar och inställning till rehabilitering</p> <p>Hemtjänstpersonalens bristande arbetserfarenhet</p> <p>Hjälpmiddel ökar passivitet</p> <p>Stressad hemtjänstpersonal till följd av tidsbrist</p> <p>Funktioner hos brukaren som försvårar rehabiliteringen</p>	<p>Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet</p>

4.1 Bemötandet i situationen har betydelse för brukarens fysiska aktivitet

Utifrån vinjetterna kunde författarna se hur deltagarna resonerade kring hur olika förhållningssätt och rehabiliteringsstrategier kunde påverka brukarens följsamhet till rehabilitering. Detta genom deltagarnas förmåga att anpassa träningen utifrån tid och brukarens aktuella tillstånd samt förmågan att kunna motivera brukaren till fysisk aktivitet och ge förflyttningsinstruktioner.

4.1.1 Anpassning av träningen utifrån tid och hälsotillstånd

Beroende på brukarens dagsform eller tidsbrist berättade studiedeltagarna hur de ibland var tvungna att vara flexibla vid utförande av träningsordinationer. Deltagarna uttryckte att de kunde utföra passiva förflyttningar i vardagliga situationer i syfte att personalen skulle hinna med den schemalagda gångträningen samt på grund av att brukaren skulle ha orken till att träna. Vidare berättade studiedeltagarna att om de skulle besöka samma brukare senare på dagen kunde de ibland skjuta upp träningen så att brukaren skulle ha mer energi. Vid tidsbrist kunde de ta till åtgärder för att få in träningen i vardagen exempelvis genom att låta brukaren hjälpa till vid hushållsarbete då det ansågs som en form av rörelseträning.

”Sedan kanske det går att kombinera, jag menar... ja vi kanske inte hinner ta en promenad idag, men jag ska städa då kanske du kan hjälpa mig och damma lite eller göra... bara för då det är också en rörelse.” (Studiedeltagare 6)

4.1.2 Strategier för att motivera brukaren till fysisk aktivitet

Studiedeltagarna delade med sig av strategier de brukade ta till för att motivera brukaren till fysisk aktivitet. Om studiedeltagarna upplevde att de kände brukaren väl kunde de pusha på brukaren mer under träningen, distrahera brukaren genom att prata om någonting annat under träningen eller genom att lyssna på musik. Studiedeltagarna berättade även att de kunde dela upp träningen så brukaren gjorde lite i taget. Andra strategier som användes för att motivera brukaren var exempelvis förklara vinsterna med träningen, påminna om brukarens mål samt ta till belöning efter träningen.

”Ja försöka förklara innebörden liksom, vad som kan bli om man inte tränar. Man tappar ju sina förmågor fortare om man inte underhåller dem.” (Studiedeltagare 4)

4.1.3 Variationer på hur en förflyttning kan instrueras

Studiedeltagarna gav varierande svar på frågan om hur de instruerade brukaren under en förflyttning. Några deltagare menade att de använde sig av instruktioner som innehöll information till brukaren om hur personalen tänkte hjälpa till att genomföra förflyttningen,

medan andra deltagare använde sig av instruktioner som innehöll tydliga direktiv i syfte att brukaren själv skulle utföra förflyttningen.

”nu tar jag upp dina ben och vänder dig åt sidan” (Studiedeltagare 3)

”Instruerar ”flytta fötterna över sängkanten, höj upp under ryggen, sätt dig lite längre fram på sängkanten”” (Studiedeltagare 5)

4.2 Kommunikativt förhållningssätt ökar medverkan

Studiedeltagarna upplevde att kommunikation mellan hemtjänstpersonal och brukare var viktigt för att främja rehabiliteringen. Likaså var det viktigt att hemtjänstpersonalen kommunicerade med varandra och strävade mot samma mål.

4.2.1 Kommunikation mellan hemtjänstpersonal och brukare ökar delaktighet i ADL

Under intervjuerna framkom det att kommunikation mellan personal och brukare var viktigt för att öka brukarens delaktighet i ADL. De upplevde att kommunikation i form av enkla och tydliga instruktioner under exempelvis en förflyttning kunde resultera i att brukaren utförde förflyttningen självständigt. De berättade även att brukaren kände sig tryggare och säkrare när personalen gav instruktioner. Vid ett första möte upplevde studiedeltagarna att det var viktigt att fråga brukaren om vad och hur mycket han eller hon själv klarade av gällande ADL och om det fanns specifika önskemål om hur förflyttningen skulle utföras för att främja brukarens självständighet. Studiedeltagarna berättade även att konflikter i form av oenighet kring valet av förhållningssätt mellan brukaren och personalen kunde lösas genom kommunikation. De menade att det var viktigt att förklara för brukaren varför man som personal inte hjälper till utan ”står med händerna bakom ryggen”. Då det annars kunde uppfattas som att vårdaren var lat om brukaren fick göra allt själv. Men genom att informera brukaren fick han eller hon en ökad förståelse för varför det är viktigt att själv vara aktiv samt blev mer motiverad vid utförande av ADL.

”Positivt är ju att de får tänka och känna sig självständiga. Att kunna försöka ta sig upp från sängen själv. En del glömmar ju bort hur de ska göra för att gå ur sängen. Utan instruktioner så kanske inte hjärnan kopplar hur de ska göra.” (Studiedeltagare 1)

4.2.2 Samsyn och information mellan hemtjänstpersonal underlättar delaktighet i ADL

Under intervjuerna framkom det att studiedeltagarna tyckte det var viktigt med tydlig kommunikation mellan hemtjänstpersonalen. Detta för att få kännedom om brukarens

aktuella hälsotillstånd och deras förmåga att utföra förflyttningar. Brist i kommunikationen kring brukarens aktivitetsförmåga i förflyttningen kunde möjligtvis vara en anledning till att hemtjänstpersonalen hjälpte till mer än nödvändigt. Studiedeltagarna beskrev att brukarna ofta kunde utföra förflyttningar om de bara fick tillräckligt med tid på sig, vilket var viktigt att all personal kände till. Om all personal dessutom hade kunskap om hur förflyttningen brukade gå till minskade risken att ny personal utförde förflyttningen annorlunda. De menade att om personalen utförde förflyttningen på olika sätt under besöket kunde det resultera i att brukaren blev sämre samtidigt som brukaren blev förvirrad. Studiedeltagarna poängterade att om alla lät brukaren vara så aktiv som möjligt ökade det chansen för att brukaren skulle känna sig bättre fysiskt och psykiskt. En samsyn där man tydligt kommunicerade och strävade mot samma mål var därför viktigt för att främja brukarens rehabilitering. Under intervjuerna framkom det diskussioner kring hur personalen ibland inte hade en samsyn kring rehabiliteringen och kunde ha svårt att se kopplingen mellan rehabilitering och ADL. Studiedeltagarna upplevde att kollegorna inte alltid förstod att förflyttningar var en form av träning, och att det därför kunde "slarvas" mer vid utförande av ADL. Å andra sidan uttryckte deltagarna att de som såg ADL som en del av träningen tyckte det var viktigt att låta brukaren få vara aktiv i ADL. Genom tydlig kommunikation kunde kunskapsnivån öka och samsynen förbättras.

"Den personalen som hon klarar allting med får ju då förklara för resten av personalen att så här, så här är det och så här mycket klarar hon bara man ger henne tid och motivation så fixar hon det." (Studiedeltagare 3)

4.3 Brukarens aktivitetsnivå påverkar vidmakthållande av träning

Under intervjuerna framkom upplevelser kring vad en aktiv respektive inaktiv brukare kunde få för konsekvenser på brukaren och vårdpersonal. Hemtjänstpersonalen ansåg att en aktiv brukare förbättrar sina fysiska funktioner samtidigt som det stärker brukarens sociala och psykiska mående. En inaktiv brukare däremot kunde resultera i negativa emotioner, nedsatt gångförmåga och svårigheter att utföra ADL. Samtidigt beskrev studiedeltagarna hur arbetsbelastningen ökar som en konsekvens av en inaktiv brukare.

4.3.1 Den aktiva brukarens vinster

Vinsterna med ett förhållningssätt som innefattade kontinuerlig träning var att det förebyggde försämring av fysiska funktioner som exempelvis rörlighet. Studiedeltagarna belyste även vad gångträning tillförde brukarens välmående ur ett bredare perspektiv. Gångträningen kunde bidra till att brukaren blev mer självständig vilket kunde ha en stor betydelse för brukarens välmående i form av ökad självkänsla och motivation. Träningen stärker brukaren på alla plan.

"Ja men det är väl hennes allt antar jag. Att lära sig gå igen. Kunna komma ut och klara sig själv...bara med gubbens hjälp. Det är väl det som är målet." (Studiedeltagare 1)

4.3.2 Den inaktiva brukarens förluster

Enligt studiedeltagarna kunde förhållningssätt med passiva förflyttningar leda till att brukarens fysiska förmågor minskar, vilket kunde resultera i att brukaren tappar förmågan att utföra ADL. Det framkom att brukaren kunde bli stel och få förflyttningssvårigheter om passiva förflyttningar utförs ofta eller vid frekvent utebliven träning. Studiedeltagarna lyfte fram hur brukaren kunde påverkas emotionellt av "otjänster". De menade på att brukarens vilja till att vara aktiv kunde försvinna vid bortprioritering av träning vilket skulle kunna leda till tristess. De uttryckte även att brukarna kunde känna sig överkörda, ledsna, nedstämda och mindre värda om de fick mer hjälp än nödvändigt. Likaså kunde det uppfattas som kränkande att klä av/på brukarna om de hade förmågan att utföra det självständigt. Om personalen tar ifrån brukarnas förmågor kunde det resultera i att brukarna agerar apatisk och tappar självkänslan.

"De blir stelar av att sitta still...så är det ju. Och de har ju långtråkigt om de inte gör något. Både fysiskt och mentalt är det ju negativt att prioritera bort gångträningen."

(Studiedeltagare 5)

4.3.3 Inaktiva brukare påverkar arbetsbelastningen

Enligt studiedeltagarna kunde en försämring av funktioner hos brukaren leda till en ökad vårdtyngd. Detta i form av fler vårdinsatser där rehabteamet får göra nya träningsprogram och hjälpmedelsbedömningar. Studiedeltagarna uttryckte att detta i sin tur innebar att hemtjänstpersonalen behövde lära sig nya rutiner samt ett ökat behov av att få utbildning kring vad de nya träningsordinationerna innebar.

"Rehabteamet kommer ju alltså de får kanske göra nya träningsprogram, prova ut nya hjälpmedel, göra kanske mer uppföljningar för att se att det funkar. Utbilda personalen i om det är nå särskilt hjälpmedel eller förflyttning eller träning som ska göras."

(Studiedeltagare 6)

4.4 Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet

Under intervjuerna framkom det att studiedeltagarna upplevde att konsekvenser av yttre och inre faktorer hindrade brukarens följsamhet till en effektiv rehabilitering under olika omständigheter. De uppgav att brukarens motivation och prestation under träning varierade beroende på om det var hemtjänstpersonal eller fysioterapeut som agerade som socialt stöd. Utebliven information från fysioterapeuten om brukarens träning, hemtjänstpersonalens värderingar och inställning till rehabilitering samt hemtjänstpersonalens arbetserfarenhet var också faktorer som kunde medföra konsekvenser för brukarens aktivitetsnivå. Andra faktorer som fick konsekvenser för en effektiv rehabilitering var tillförandet av mer hjälpmedel, stressad hemtjänstpersonal vid tidsbrist samt brukarens aktuella hälsotillstånd.

4.4.1 Hemtjänstpersonal kontra fysioterapeut som socialt stöd

Studiedeltagarna uppgav att socialt stöd från fysioterapeut hade en mer positiv effekt på brukarens engagemang och träningens kvalitet i jämförelse med när stöd kom från hemtjänstpersonalen. De beskrev att brukaren aldrig hade gått så bra som när fysioterapeuten var närvarande. Studiedeltagarna menade att hemtjänstpersonalens olika arbetsuppgifter samt kontinuerliga besök hos brukaren kunde vara en tänkbar förklaring till att brukaren är mer motstridig till träning med hemtjänstpersonal.

”Jag tycker att de flesta brukarna går bättre när en fysioterapeut är med. Brukaren har ju aldrig gått så bra som det gör då. Jag tror det är så för att de är vana att vi går med de, de känner oss mer.” (Studiedeltagare 5)

4.4.2 Okunskap och brist på information från fysioterapeut

Studiedeltagarna beskrev utebliven relevant information från fysioterapeuten till hemtjänstpersonalen vad gäller brukarens rehabilitering som ett hinder för vidmakthållande av träning. Saknade hemtjänstpersonalen kännedom om träningens syfte, mål och hur den skulle stegras blev det svårare för hemtjänstpersonalen att motivera brukaren. En okunskap och osäkerhet hos personalen om hur de på bästa sätt skulle bemöta brukarna kunde medföra att träningen blev ineffektiv.

”Vi får veta att vi ska gå med personen men ibland vet man inte ens syftet. Jag fattar att man ska gå men är det meningen att vi efter en månad ska gå längre eller lite snabbare eller...man vet inte hur man ska stegra, vad själva målet är. Det blir svårt att motivera en person om man inte vet själv.” (Studiedeltagare 5)

4.4.3 Hemtjänstpersonalens värderingar och inställning till rehabilitering

Hemtjänstpersonalens egna värderingar och inställning till sitt arbete kan enligt studiedeltagarna vara avgörande för hur brukarens möjlighet att vara aktiv i förflyttningar ser ut. De upplevde bland annat att viss personal går in så pass mycket i att det är ett jobb där brukaren ses som ett objekt snarare än en individ vilket resulterar i en mer passiv brukare. Brukaren får då inte chans att använda sina förmågor.

”...jag tror det är svårt att hantera att någon bara inte ser henne utan de bara gör allting utan att fråga vad hon själv kan göra. En del går ju in så mycket i att det är ett jobb så det blir ju bara en sak som ska tvättas av och förflyttas.” (Studiedeltagare 1)

4.4.4 Hemtjänstpersonalens bristande arbetserfarenhet

Studiedeltagarna upplevde att ny hemtjänstpersonal tenderade att utföra mer “otjänster” av olika anledningar. Det kan dels handla om att de har okunskap om konsekvenserna av att

skynda på brukaren i förflyttningar. De uppfattade också att ny personal ger mer hjälp omedvetet på grund av nervositet, osäkerhet kring hjälpbehov och tunnelseende på arbetsuppgiften. Det framkom dock att även erfaren hemtjänstpersonal likaväl kan hindra brukarens rehabilitering. Erfarna har en större risk att utföra ADL på rutin vilket gör det svårt att se individens behov vid exempelvis förflyttningar.

”Även fast erfarenhet väger mycket så... gör man ju saker på rutin. Kanske kör över brukarna. En undersköterska som har jobbat länge kanske gör som den är van att göra hos andra, medan om det kommer någon som aldrig har hjälpt någon förut kanske det tar det mer lugnt och frågar hur Arne vill ha det.” (Studiedeltagare 5)

4.4.5 Hjälpmedel ökar passivitet

Studiedeltagarna uppfattade att ökade vårdinsatser i form av hjälpmedel stjälpde brukarens rehabilitering då tillförande av fler hjälpmedel sågs som misslyckande i brukarens ögon. De beskrev vidare att det blev mindre träning pga. att personalen fokuserade mer på själva användningen av hjälpmedlet än att de försökte stötta brukaren i att komma tillbaka och bli självständig igen.

”Fler hjälpmedel kan sänka självkänslan. Att hon känner att hon har tappat kontrollen över sitt eget liv när de inser att de behöver mer hjälpmedel. De tappar hoppet lite.” (Studiedeltagare 6)

4.4.6 Stressad hemtjänstpersonal till följd av tidsbrist

Något som lyftes fram av studiedeltagarna under intervjuerna var hur brukarens rehabilitering missgynnades av tidsbrist. De upplevde bland annat att schemalagd gångträning kortades ner om personalen låg efter enligt tidsplaneringen. Deltagarna uttryckte även tankar kring hur tidsbrist förändrade personalens förhållningssätt vid förflyttningar. Tidsbrist kunde resultera i att personalen slet och drog i brukaren och att personalen körde på utan att ta hänsyn till brukarens behov. Samtidigt riskerades brukarna att ta en mindre aktiv roll i förflyttningen på grund av personalens föreställning att förflyttningen går snabbare på kort sikt om personalen utför den passivt. Deltagarna visade dock kunskap kring att hemtjänstpersonalen tidsmässigt inte tjänar på att stressa igenom och/eller utföra passiva förflyttningar eftersom det kunde ge motsatt effekt. Förmedlade personalen stress riskerade brukaren att reagera med fysiskt motstånd genom att streta emot. Det kunde även väcka negativa känslomässiga reaktioner hos brukaren som hindrade en smidig förflyttning. Studiedeltagarna beskrev vidare att stress medförde att brukaren inte hann utföra rörelserna korrekt. De uttryckte exempelvis att personal som förmedlade stress till brukare med Parkinson kunde stanna i sina rörelser och att det fanns en ökad fallrisk. Personal som skyndade på brukaren upplevdes minska brukarens förtroende till personalen och därmed utgöra ett hinder för rehabiliteringens följsamhet.

*”Man får ju inte visa att man har dåligt med tid. Men risken finns ju att det blir det här slita och dra, försöka få upp brukaren så fort som möjligt utan att tänka på konsekvenserna.”
(Studiedeltagare 6)*

4.4.7 Funktioner hos brukaren som försvårar rehabiliteringen

Enligt studiedeltagarna avgör brukarens aktuella hälsotillstånd hur mycket hemtjänstpersonalen väljer att hjälpa till vid genomförande av förflyttningar. Personal som uppfattade att brukaren var stel eller inte hade ork att förflytta sig, tenderade att hjälpa till för mycket. Det förekom dessutom upplevelser av att personalen hjälpte till mer de dagar brukaren var på sämre humör eller inte hade viljan till att vara aktiv. Studiedeltagarna upplevde att brukare som inte hade förmågan att ta instruktioner inför en förflyttning kunde väcka frustration hos personalen av att inte bli förstådd och hjälpte därav till mer handgripligt. Om brukaren däremot förstod instruktionerna gav personalen brukaren mer plats att vara aktiv i förflyttningen.

”Det kan ha med humöret att göra också. Alla dagar är de inte glada... kanske på bättre humör nästa gång. Om hon har en sämre dag får man hjälpa mer. Det måste man även kunna se lite.” (Studiedeltagare 1)

5 DISKUSSION

5.1 Resultatsammanfattning

Syftet med studien var att beskriva hemtjänstpersonalens uppfattningar kring konsekvenser som beteenden och omgivning har på brukarens följsamhet till rehabilitering. I resultatet framkom det att hemtjänstpersonalens förmåga att vara flexibel och använda sig av rehabiliteringsstrategier var viktigt för att stötta brukarens fysiska aktivitet. Det beskrevs även variationer på hur en förflyttning kunde instrueras vilket främjade brukarens självständighet olika mycket. Det framkom också att kommunikation var en viktig komponent för att främja brukarens rehabilitering. Deltagarna upplevde att brukarens delaktighet i ADL ökade med tydlig kommunikation. Likaså ansågs det viktigt med tydlig kommunikation mellan hemtjänstpersonalen. Detta för att skapa en samsyn och en strävan mot samma mål. De positiva konsekvenserna en aktiv brukare kunde medföra var bland annat förbättrad rörlighet och gångförmåga samt ökad motivation och självkänsla. Medan en passiv brukare kunde få negativa konsekvenser i form av förflyttningssvårigheter och ökad stelhet som i stället försvårade följsamheten. Yttre och inre faktorer som upplevdes hämma förutsättningar för aktivitet var bland annat socialt stöd från hemtjänstpersonal, utebliven relevant information

från fysioterapeut, ny och erfaren hemtjänstpersonal samt stress hos personalen på grund av tidsbrist. Dessutom upplevdes brukarens funktioner vara en faktor som också kunde påverka förutsättningarna för aktivitet.

5.2 Resultatdiskussion

I kategorin *Bemötandet i situationen har betydelse för brukarens fysiska aktivitet* framkom det att hemtjänstpersonalen ibland behövde vara flexibla eftersom de ansvarade för utförandet av träningsordinationer. Att hemtjänstpersonalen använde sig av olika flexibla lösningar vid genomförandet av träningen med brukaren är information som ej har framkommit i tidigare studier. Genom att integrera träning i ADL kan rehabiliteringen främjas på så sätt att det ger brukaren möjlighet till att få vara aktiv trots tidsbrist. Dock kan det spekuleras att det krävs en hel del erfarenhet och kunskap om rehabilitering hos hemtjänstpersonalen för att kunna implementera ett sådant förhållningssätt. Dessutom framkom det att studiedeltagarna använde sig av olika rehabiliteringsstrategier för att motivera brukaren till fysisk aktivitet. Några exempel på dessa strategier var bland annat distraktion, belöning, information om hälsovinster med träning och påminnelse om brukarens mål. Eftersom brukarens inre motivation ibland brister vid hembaserad träning (Arkkukangas et al., 2017), kan det vara fördelaktigt att hemtjänstpersonal har kännedom om dessa strategier. Dessutom belyser Denison och Åsenlöf (2012) vikten av att motivera brukaren för att underhålla följsamheten av rehabiliteringen. Enligt Kindblom-Rising et al. (2010) är kommunikation en viktig komponent vid förflyttningar men att undersköterskor och vårdbiträden dessvärre ofta har en bristande förmåga att verbalt instruera en brukare genom olika rörelser. Liknande fynd upptäcktes i denna studie då majoriteten av studiedeltagare hade svårt att ge instruktioner som främjade brukarens delaktighet i förflyttningar.

I resultatet identifierades kategorin *Kommunikativt förhållningssätt ökar medverkan*. Studiedeltagarna ansåg att kommunikation mellan personalen och brukaren var viktigt för att öka brukarens delaktighet i ADL. Studiedeltagarna upplevde det var viktigt att ställa frågor till brukaren, exempelvis ”vad klarar du” eller ”hur mycket klarar du av själv?”. Genom att se brukaren som en individ och engagera dem i exempelvis förflyttningar ökar känslan av autonomi och tillhörighet (Randström et al., 2012). Studiedeltagarna berättade även att det ibland kunde uppstå konflikter mellan hemtjänstpersonal och brukare i de situationer brukaren inte förstod varför personalen hade en ”händerna på ryggen” inställning. Dessa konflikter kunde lösas genom att personalen delade med sig om sin kunskap kring hälsovinster med att låta brukaren vara aktiv. Kommunikation skulle således kunna uppfattas vara ett effektivt verktyg för att öka brukarens autonomi, tillhörighet samt kunskap och därmed den inre motivationen (Ryan & Deci, 2000).

Kommunikation underlättade även samsyn mellan personalen kring brukarens rehabilitering. Studiedeltagarna upplevde att det var viktigt för personalen att ha samsyn och sträva mot samma mål, det vill säga att brukaren skulle vara så aktiv som möjligt för att åstadkomma en effektiv rehabilitering. Smith et al. (2018) menar att bristande information hos vårdpersonal

om brukarens hälsotillstånd påverkade förflyttningens kvalitet. Detta överensstämmer med denna studies resultat då studiedeltagarna upplevde att kommunikationsbrist mellan personalen kunde leda till att vissa hjälpte till mer än andra. Enligt Randström et al. (2014) kunde personal som var oeniga kring brukarens behandling ge konsekvenser i form av förvirring och minskad motivation hos brukaren. Detta bekräftades även i denna studie, dock uttryckte studiedeltagarna att brukaren dessutom kunde bli sämre fysiskt om det saknades en samsyn hos personalen kring behandlingen. Det framkom även att studiedeltagarna kunde se konsekvenser av kvaliteten på förflyttningen, som kunde påverkas av att en del personal inte såg ADL som en del av träningen. Det betonas även av Hasson och Arnetz (2008) som menar att det utförs mer "otjänster" i ADL på grund av bristande kompetens hos hemtjänstpersonalen. Oförmåga att se sambandet mellan ADL och rehabilitering skulle därav kunna tyda på bristande kompetens. Å andra sidan beskriver Goto och Harutas (2020) att orsaken till att "otjänster" utförs vid ADL kan förklaras av att personalen anser att rehabilitering är utanför deras ansvarsområde.

I kategorin *Brukarens aktivitetsnivå påverkar vidmakthållande av träning* visade resultatet på att en aktiv brukare kunde förebygga försämring av fysiska funktioner, vilket även har påvisats i Arkkukangas et al. (2017) studie där det framkom att träning har goda effekter på brukarens muskelstyrka och balans. Brukare som fick möjlighet att vara aktiva påverkade även deras psykiska välmående positivt på så sätt att det ökade deras SE och motivation. Särskilt i de fall där brukaren initialt hade låg SE men ändå lyckades genomföra aktiviteten. Detta resultat kan kopplas till SCT som belyser betydelsen SE har på aktivitetens utfall (Denison & Åsenlöf, 2012). Under intervjun uppgav studiedeltagarna att passiva förflyttningar och utebliven träning medförde negativa konsekvenser på brukarens välmående. Deltagarna uttryckte till exempel att det kunde leda till ökad stelhet, minskad rörlighet och sämre gångförmåga. Reversibilitetsprincipen bekräftar deltagarnas upplevelser om sambandet mellan passivitet och försämring av fysiska funktioner, det vill säga att brukarens fysiska förmågor som muskelkraft och styrka går förlorade om de slutar använda sina förmågor vid ADL (Kenney et al., 2020).

I resultatet identifierades kategorin *Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet* där det framkom att det sociala stödet kunde underlätta samt försvåra brukarens utförande av träningsordinationer. Studiedeltagarna beskrev att fysioterapeuten hade en mer positiv påverkan vad gäller att stödja brukarens rörelsebeteende jämfört med hemtjänstpersonalen som istället kunde få brukaren att avstå från att delta i träningen. Tidigare forskning menar också på att personalen kan utgöra en hindrande miljöfaktor (Kalman, 1999), däremot förekommer det variationer av tänkbara förklaringar kring orsaken bakom det. Enligt studiedeltagarna skulle hemtjänstpersonalens varierade arbetsuppgifter samt nära relation till brukarna kunna vara en trolig förklaring till att brukarna reagerade med motstånd vid träning. Kalman (1999) beskrev i stället hur negativa tankar hos hemtjänstpersonalen kring brukarens förmågor kunde medföra att brukaren själv började tveka på sina förmågor och riskerade på så sätt att bli mer passiv. Det sistnämnda resonemanget kan förklaras utifrån SCT som redogör för hur beteenden påverkas av människans SE i en given situation. Det betyder att om brukarens SE minskar kommer även

sannolikheten minska till att brukaren genomför träningen. Å andra sidan kunde hemtjänstpersonalen som socialt stöd utgöra en underlättande miljöfaktor om de enligt Randström et al. (2012) hade ett gott bemötande, gav verbal information, var lyhörda samt visade respekt för deras självbestämmande. Dessa egenskaper skulle kunna tolkas vara relevanta att ha oavsett vårdprofession för att öka brukarens följsamhet till rehabiliteringen då de tillsammans innefattar de psykologiska behoven som krävs för att stärka brukarens inre motivation (Ryan & Deci, 2000). En brist på dessa egenskaper hos hemtjänstpersonalen skulle även kunna vara en trolig förklaring till att brukarna var mer motstridiga och presterade sämre vid gångträningen. Med det sagt kan det sociala stödet likaväl utgöra ett hinder för rehabilitering som det kan främja den beroende på hur stödet ges av personalen och hur det tas emot av brukaren.

En annan hindrande yttre faktor var när relevant information från fysioterapeuten uteblev om träningens syfte, mål och hur progression skulle uppnås. Studiedeltagarna berättade att det i sin tur gjorde att hemtjänstpersonalen hade svårt att motivera brukaren. Arkkukangas et al. (2017) påvisade att lämpliga beteendeförändringsstrategier för att stärka brukarens inre motivation till hembaserad träning var individuell målsättning, socialt stöd av en fysioterapeut och graderad aktivering. Om hemtjänstpersonalen då inte får denna värdefulla kunskap och information av fysioterapeuten som krävs för att stödja brukarens rehabilitering, riskerar följsamheten till träningen att minska.

Smith et al. (2018) beskrev att hög personalomsättning kunde förklara den bristande följsamheten till träningsordinationer, vilket delvis överensstämde med resultatet i kategorin *Yttre och inre faktorer hämmar förutsättningar för aktivitet*. Där identifierades det att ny hemtjänstpersonal utövar mer "otjänster" jämfört med erfaren på grund av deras okunskap om konsekvenserna och osäkerhet kring brukarens hjälpbehov. Fjordside och Morville (2016) belyser utmaningarna ny oerfaren hemtjänstpersonal ställs inför vad gäller att individanpassa rehabiliteringen då de inte är bekanta med brukarens rutiner eller har kännedom om deras förmågor. I denna studie visade resultatet att nervositet och tunnelseende på arbetsuppgiften hos ny personal kunde även hindra en framgångsrik förflyttning, detta har dock författarna inte kunnat urskilja i tidigare forskning. Vidare beskrev några deltagare upplevelser om att erfaren hemtjänstpersonal hindrade rehabiliteringen då de var mer benägna att arbeta på "löpande band" med förflyttningar. Detta innebär att personalen har svårt att anpassa aktiviteten trots olika fysiska förmågor och behov hos brukaren. Dessutom belyser Randström et al. (2012) och Vik och Eide (2013) att hemtjänstpersonal med "rutin-tänk" och oförmågan att individanpassa ADL och träningsprogram ökade risken för en passiv brukare. Flera studier har dock visat att handledarledd utbildning av fysioterapeut har goda effekter på hemtjänstpersonalens kunskaper och färdigheter vad gäller att utnyttja brukarens förmågor i ADL (Goto & Harutas, 2020; Smith et al., 2018; Skoglund-Öhman et al., 2011).

Vidare beskrev studiedeltagarna att konsekvenserna av en stressad hemtjänstpersonal vid tidsbrist hindrar brukarens rehabilitering. Stressad personal kunde reducera den schemalagda gångträningen eller utföra passiva förflyttningar i syfte att vinna tid. Liknande resonemang återfanns i Smith et al. (2018) som visade att hög arbetsbelastning i form av tidsbrist var orsaken till att personalen gjorde bortprioriteringar och skyndade igenom arbetsuppgifter.

Deltagarna berättade att stress påverkade brukaren på så sätt att gångkvaliteten blev sämre när de inte fick tiden att göra rörelserna på ett korrekt sätt, vilket i sin tur ökade fallrisken. Tidsbristen kunde dessutom göra att personalen slet och drog i brukarna vilket fick konsekvenser i form av att brukaren stretade emot, kände sig misslyckade och överkörda. Det dök även upp tankar kring vad ett sådant förhållningssätt skulle kunna få för konsekvenser på brukaren på längre sikt. De menade på att brukaren förmodligen skulle avböja att gå promenaden nästa gång på grund av den negativa upplevelsen. Det skulle kunna tolkas som att det har skett en operant inlärning, det vill säga att om brukaren upplever något obehagligt, som promenaden i detta fall, minskar sannolikheten till att brukaren vill upprepa detta beteende (Denison & Åsenlöf, 2012). Har brukaren haft flera negativa erfarenheter av att gå med hemtjänstpersonalen, kommer hemtjänstpersonalen till slut bli det hämmande stimuli för att gå promenaden (Denison & Åsenlöf, 2012). Brukarens upplevelser av konsekvenserna av ett beteende kan därav ha en stor betydelse för följsamheten av träningsordinationer. Detta belyser vikten av att använda ”händerna på ryggen inställning” redan från start i rehabiliteringen som i stället skulle kunna framkalla positiva upplevelser hos brukaren.

I resultatet identifierades det hur brukarens fysiska, psykiska och kognitiva förmåga fick konsekvenser för personalens förhållningssätt vid förflyttningar. De upplevde att om brukaren var stel, trött eller på dåligt humör tenderade hemtjänstpersonalen att göra mer ”otjänster”. Detta belystes även i två tidigare kvalitativa studier som menade på att personalen hjälper olika mycket beroende på hur brukarens funktionsförmåga uppfattas av personalen (Linton et al., 2002; Kindblom-Rising et al., 2011). Exempelvis om brukaren förmedlade en känsla av att inte vara kapabel till att genomföra förflyttningen tog personalen en mer aktiv roll. I denna studie visade det sig att om personalen fick intryck av att brukaren inte kunde ta instruktioner gav de mer hjälp än nödvändigt. Likaså gav de mer hjälp om brukaren var omotiverad, vilket även Arkkukangas et al. (2017) beskriver i sin studie där det framkom att brist på brukarens inre motivation försvårade följsamheten av träningsordinationer. Detta fenomen kan förklaras genom SCT där brukarens individfaktorer påverkar den fysiska och sociala omgivningen och vice versa, vilket i sin tur avgör brukarens aktivitetsnivå (Bandura, 1977).

5.3 Metoddiskussion

Enligt den kvalitativa ansatsen är verkligheten subjektiv där varje enskild individ gör sin tolkning av ett fenomen som är knutet till tid och rum (Carter & Lubinsky, 2016). Genom en deskriptiv kvalitativ design kunde författarna utforska vilken betydelse konsekvenser av beteenden och omgivning har på brukarens följsamhet till rehabilitering, vilket överensstämmer med syftet (Olsson & Sörensen, 2021; Lundman & Graneheim, 2017). Intervjuerna belyste variationer av upplevelser samt gav möjlighet till öppna och djupa diskussioner som kan ses som en fördel med den kvalitativa designen. En kvantitativ design har i stället fördelen att nå ut till en större population och spridning i form av enkäter, vilket möjliggör generalisering av resultatet. Däremot är det tveksamt om svaren från enkäterna hade varit lika innehållsrika jämfört med intervjuer då möjligheten att ställa följdfrågor saknas (Olsson & Sörensen, 2021). Ett alternativ hade kunnat vara att utföra en systematisk

litteraturoversikt. Dock upplevde författarna att de då hade fått begränsad tillgång till material då följsamheten av träningsordinationer ur hemtjänstpersonalens perspektiv är ett relativt outforskat ämne.

Studiedeltagarna rekryterades från olika hemtjänstgrupper i olika kommuner i Mellansverige som bidrog till en varierande population, vilket stärker studiens giltighet (Carter & Lubinsky, 2016). Dock användes ett bekvämlighets- och snöbollsurval vilket innebär att de som anmälde sitt intresse till att delta i studien inte nödvändigtvis utför "otjänster", och därmed har bristfällig kunskap om det. Däremot kan de ha observerat kollegorna utföra "otjänster" och på så sätt bidragit till rika diskussioner. Urvalet bestod endast av kvinnor. Det hade varit fördelaktigt att rekrytera studiedeltagare av det manliga könet för att uppnå en ännu större variation i populationen och därmed stärka studiens överförbarhet (Lundman & Graneheim, 2017). Urvalets storlek kan ha påverkat studiens överförbarhet och giltighet då det är oklart om alla upplevelser har fångats och därmed uppnått mättnad i datainsamlingen. Dessutom återkom inte liknande resonemang bland studiedeltagarna vilket även är ett krav för att uppfylla mättnad (Thorén-Jönsson, 2017). Författarna genomförde två provintervjuer som gav möjlighet till praktiskt utövande av färdigheter vilket resulterade i att författarna kände sig mer säkra i rollen som intervjuare. En annan fördel med provintervjuerna var att de gav möjlighet till revidering av intervjuguiden så att frågorna var relevanta för studiens syfte (Carlsson, 2012).

Genom att författarna gav studiedeltagarna tillräckligt med tid till att tänka och reflektera minskade risken för en innehållsfattig intervju. Samtidigt var det viktigt att studiedeltagarna kände sig bekväma för att ge ärliga och välutvecklade svar. Detta kunde åstadkommas genom att författarna inledde intervjun med att småprata samt gav uppmuntrande yttranden (Carter & Lubinsky, 2016). En författare intervjuade medan den andra agerade som observatör, vilket kan anses som en fördel för att intervjun inte ska uppfattas rörig för studiedeltagaren. Detta möjliggjorde även att observatören kunde lägga all sin fokus på att aktivt lyssna och ställa kompletterande följdfrågor, vilket minskade risken att värdefull information gick förlorad.

Tanken med individuella intervjuer var att skapa möjlighet för studiedeltagaren att kunna svara fritt utan att känna sig granskad eller pressad av sina kollegor. Eftersom ämnet kunde upplevas känsligt hade det kanske varit mer bekvämt att ha kollegorna med i resonemanget som stöd. Gruppintervjuer skulle även kunnat bidra till djupare diskussioner ur flera perspektiv där nya tankar och idéer väcktes hos studiedeltagarna (Carter & Lubinsky, 2016). Trots det valdes individuella intervjuer så att studiedeltagarnas olika arbetstider skulle gå ihop.

Författarnas förkunskap om hur olika förhållningssätt kan påverka brukarens följsamhet till rehabiliteringen kan eventuellt ha påverkat konstruktionen av intervjuguiden och följdfrågorna (Carter & Lubinsky, 2016). För att säkerställa de tänkta vinjetternas trovärdighet granskades därför händelserna av kontaktpersonen vilket stärker studiens tillförlitlighet. Däremot rekryterades inte samtliga studiedeltagare från samma verksamhet, vilket skulle kunna ha påverkat tillförlitligheten negativt då arbetsmiljön och arbetskulturen riskerade att skilja sig åt. Vinjettmetoden ökar studiens tillförlitlighet på så sätt att studiedeltagarnas svar på den specifika kontextualiserade frågan baserades på en identisk situation som deltagaren

skulle kunna känna igen (Kullberg & Brunnberg, 2007). En annan styrka med vinjetterna är att de minskade risken för socialt accepterade svar och att studiedeltagarna kände sig mindre utpekade (Carter & Lubinsky, 2016). Detta då studiedeltagarna besvarade intervjufrågorna utifrån ett tredje-persons-perspektiv vilket innebar att data tolkades endast utifrån antaganden. Det vill säga såvida studiedeltagaren inte uttryckligen beskrev hur den själv skulle gjort var det svårt för författarna att tyda om studiedeltagaren pratade för sig själv eller för sina kollegor, vilket kan ses som en svaghet. Hypotetiska scenarion skulle dessutom kunnat framkallat forcerade svar från studiedeltagarna i de fall där de själva inte hade erfarenhet av situationen. Å andra sidan skulle deltagarna då fått möjlighet att diskutera scenarion ur ett bredare perspektiv som de annars inte hade tänkt på vilket kan ses som en ytterligare styrka med vinjettmetoden (Jergeby, 1999). Genom att författarna kompletterade vinjetterna med skriftlig bakgrundsinformation om patientfallen som studiedeltagarna hela tiden hade tillgång till minskade risken att studiedeltagaren glömde relevant information. Dock skulle det kunna ses som en nackdel ur studiedeltagarnas perspektiv om de upplevde att de fick för mycket information att hantera för att åstadkomma ett svar.

Den valda induktiva ansatsen minimerade risken av förutfattade meningar, där kategorierna skapades efter datainsamlingen baserat på studiedeltagarnas subjektiva upplevelser. Det möjliggjorde en mer färglös miljö där studiedeltagarnas röster fick ta plats utan att bli för styrda av författarna. Genom att studiedeltagarna blev mer delaktiga stärks trovärdigheten i studien. Till skillnad från en deduktiv ansats, där kategorierna skapas innan datainsamlingen, riskeras istället författarnas röst bli mest framträdande i resultatet (Lundman & Graneheim, 2017).

I denna studie användes en manifest innehållsanalys. En regel vid användning av manifest innehållsanalys är att innehållet tolkas textnära utan att ta hänsyn till icke-verbal kommunikation vilket är i kontrast till latent innehållsanalys (Lundman & Graneheim, 2017). Eftersom författarna saknade erfarenhet inom intervjuetodik var en manifest analys fördelaktigt på så sätt att subjektiva tolkningar av data kunde undvikas, vilket minskade författarnas delaktighet (Lundman & Graneheim, 2017). Däremot skulle författarnas fysioterapiutbildning med beteendemedicinsk inriktning kunnat färga tolkningen av materialet vid analysen. Eftersom intervjuerna genomfördes via telefon hade inte författarna möjlighet att analysera studiedeltagarnas kroppsspråk, dock ansågs inte detta som en svaghet då den manifesta analysen som användes i studien inte tar hänsyn till det underliggande budskapet (Lundman & Graneheim, 2017).

Författarna bearbetade delar av textmaterialet individuellt. Skillnaderna som framkom diskuterades tills konsensus uppnåddes, vilket stärker studiens tillförlitlighet. Likaså stärks studiens tillförlitlighet genom att studiekamrater och handledare läste utdrag från analysprocessen där det framgick hur materialet analyserades från ME till kod och kategorier. Genom att tydligt beskriva analysprocessen, redovisa citat och presentera en extraktionstabell kan läsaren bilda sig en uppfattning om studiens överförbarhet (Lundman & Graneheim, 2017).

5.4 Etikdiskussion

Studien följde Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer (World Medical Association, 2022). I och med att författarna skyddade materialet på lösenordskyddade datorer kunde obehöriga inte ta del av materialet. Författarna följde GDPR genom att enhetschefen och befintliga deltagare tog kontakt med potentiella studiedeltagare angående förfrågan av utelämnade av personuppgifter. På detta sätt kunde författarna undvika hantering av personuppgifter som annars härleder till personer som studien inte berör. Studiedeltagarna från snöbollsurvalet var inte i beroendeställning till de befintliga deltagarna. Eftersom deltagarna ur bekvämlighetsurvalet var i beroendeställning till enhetschefen, rekryterade författarna studiedeltagarna vilket minskade risken för känslor av tvång till att delta i studien. I informationsbrevet framkom det att studiedeltagarnas ställningstaganden till studien inte påverkade deras arbetssituation. Studiedeltagarna fick möjlighet att utföra intervjuerna via zoom eller telefon, på så sätt hanterade författarna de känslomässiga risker som studien kunde medföra. Likaså kan vinjettmetoden avdramatisera det känsliga ämnet genom att studiedeltagarna kunde ge hypotetiska svar samt uttala sig från ett tredje-person-perspektiv.

6 SLUTSATS

Resultatet i denna kvalitativa studie med beteendemedicinsk inriktning visar att hemtjänstpersonalen som social omgivningsfaktor har en viktig roll i att stödja brukarens beteende att vidmakthålla rehabiliteringen. Hemtjänstpersonalen kunde beskriva konsekvenser av olika förhållningssätt där förmågan att vara flexibel och använda sig av olika rehabiliteringsstrategier, exempelvis påminna om brukarens mål och förklara vinsterna med träning, var effektivt att ta till för att motivera brukaren till träning. Hemtjänstpersonalen kunde även öka brukarens delaktighet i ADL genom att kommunicera tydligt med brukaren vid förflyttningar. En förklaring till att brukarens motivation ökar som en konsekvens av detta förhållningssätt kan bero på att brukarens psykologiska behov: kunskap, autonomi och tillhörighet blivit uppfyllda. Ett tydligt och stödjande kommunikativt förhållningssätt skapade en samsyn både mellan hemtjänstpersonalen och brukare, men även mellan olika vårdgivare. Hemtjänstpersonalen resonerade även kring olika omgivningsfaktorer som kunde försvåra brukarens följsamhet till rehabiliteringen. Vid tillfällen där kommunikation hos hemtjänstpersonalen sinsemellan och fysioterapeuten var bristfällig hämmades förutsättningar för brukarens aktivitet. Likaså kunde stressad hemtjänstpersonal vara ett hinder för rehabiliteringen eftersom det kunde resultera i att de slet och drog i brukaren. Om detta beteende upprepades flera gånger, skulle hemtjänstpersonalen till slut bli ett hämmande stimuli för rehabiliteringen. Konsekvenser av ett förhållningssätt som bidrog till en passiv brukare kunde få negativa konsekvenser i form av förflyttningssvårigheter och nedsatt följsamhet. Medan ett förhållningssätt där brukare stimulerades till att vara aktiva kunde enligt hemtjänstpersonalen leda till förbättrade fysiska och mentala funktioner med en ökad

självkänsla hos brukaren. Studien uppmärksammar vikten av en aktiv fysioterapeutisk roll i brukarens rehabilitering samt identifierade fler områden där fysioterapeutiska insatser krävs för att främja “händerna på ryggen”- inställning hos hemtjänstpersonalen.

Eftersom studien har använt en kvalitativ ansats är det omöjligt att generalisera resultatet. Huruvida resultatet är överförbar är upp till läsaren, men eftersom vårdbiträden och personal av det manliga könet ej deltog i studien kan det försvåras.

7 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Resultatet av denna studie ger en ökad insikt i hur hemtjänstpersonalen upplever att brukarens följsamhet till rehabilitering påverkas av olika förhållningssätt och yttre faktorer, vilket kan hjälpa fysioterapeuter att tydliggöra vilka insatser som krävs för att åstadkomma en framgångsrik rehabilitering hos brukaren. Fysioterapeuter som utgår från biopsykosocialt perspektiv kan se hur brukarens beteende och individfaktorer samspelar med omgivningen som i detta fall utgörs av hemtjänstpersonalen. Genom att utbilda, kommunicera och uppmuntra till ett förhållningssätt där hemtjänstpersonal har “händerna på ryggen” och låter brukare vara aktiva kan “otjänster” undvikas och aktivitet och delaktighet stimuleras, vilket enligt denna studie visat sig vara ett gynnsamt förhållningssätt.

Författarna rekommenderar vidare forskning kring ämnet eftersom endast kvinnliga undersköterskor intervjuades. Fler kvalitativa studier där både vårdbiträden och manliga undersköterskor/vårdbiträden intervjuas hade varit fördelaktigt för att fånga upp fler upplevelser med olika perspektiv. Det hade även varit intressant att utföra en longitudinell randomiserad kontrollerad studie för att utvärdera effekter av fysioterapeutiska insatser över tid avseende hemtjänstpersonalens förhållningssätt i rehabiliteringen.

REFERENSLISTA

- Arkkukangas, M., Sundler, A. J., Söderlund, A., Eriksson, S., & Johansson, A. C. (2017). Older persons' experiences of a home-based exercise program with behavioral change support. *Physiotherapy theory and practice*, 33(12), 905–913. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1359869>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Broberg, C. & Lenné, R. (2019). *Fysioterapi Profession och vetenskap*. Fysioterapeuterna. <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (Upplaga 3). Liber.
- Carlsson, G. (2012). *Critical incident*. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 44–56). Studentlitteratur
- Carter, R.E. & Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation research: principles and application*. (Upplaga 5). Elsevier.
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Studentlitteratur.
- Fjordside, S., & Morville, A. (2016). Factors influencing older people's experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: a review of the literature. *International journal of older people nursing*, 11(4), 284–297. <https://doi.org/10.1111/opn.12116>
- Goto, R., & Haruta, J. (2020). The process of transprofessional collaboration: how caregivers integrated the perspectives of rehabilitation through working with a physical therapist. *Fam Med Com Health* 8. <http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2020-000378>
- Hasson, H., & Arnetz, J. E. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 17(4), 468–481. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x>
- Integritetsskyddsmyndigheten. (2023). *Introduktion till dataskyddsförordningen*. IMY.se. <https://www.imy.se/verksamhet/dataskydd/det-har-galler-enligt-gdpr/introduktion-till-gdpr/>
- Jergeby, U. (1999). *Att bedöma en social situation: tillämpning av vinjettmotoden*. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Kenney, W. L., Wilmore, J. H., & Costill, D. L. (2020). *Physiology of sport and exercise*. (Upplaga 7). Human Kinetics.

- Kindblom-Rising, K., Wahlström, R., Ekman, S. L., Buer, N & Nilsson-Wikmar, L. (2010). Nursing staff's communication modes in patient transfer before and after an educational intervention. *Ergonomics*, 52(10), 1217–1227. <https://doi.org/10.1080/00140139.2010.512980>
- Kindblom-Rising, K., Wahlström, R., Nilsson-Wikmar, L., & Buer, N. (2011). Nursing staff's movement awareness, attitudes and reported behaviour in patient transfer before and after an educational intervention. *Appl Ergon*, 42(3), 455-463. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2010.09.003>
- Knopp-Sihota, J. A., Niehaus, L., Squires, J. E., Norton, P. G., & Estabrooks, C. A. (2015). Factors associated with rushed and missed resident care in western Canadian nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. *Journal of clinical nursing*, 24(19-20), 2815–2825. <https://doi.org/10.1111/jocn.12887>
- Kullberg, C., & Brunnberg, E. (2007). *Vinjetter som verktyg i studier av välfärdsprofessioner*. I *Välfärdsolitik i praktiken: om perspektiv och metoder i forskning* (s. 175–195). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-3976>
- Linton, S.J., Vlaeyen, J., & Ostelo, R. (2002). The Back Pain Beliefs of Health Care Providers: Are We Fear-Avoidant?. *J Occup Rehabil*, 12(4), 223–232. <https://doi.org/10.1023/A:1020218422974>
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). *Kvalitativ innehållsanalys*. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219–227). Studentlitteratur.
- MeSH. (22 september, 2023). Interprofessionella relationer. <https://mesh.kib.ki.se/term/D007400/interprofessional-relations>
- Miller, J. M., Sabol, V. K., & Pastva, A. M. (2017). Promoting Older Adult Physical Activity Throughout Care Transitions Using an Interprofessional Approach. *The journal for nurse practitioners*, 13(1), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.08.006>
- Mindlina, J., O'Brien, S., & Simpkins, L. (2020). The Home Health Aide Experience: Opportunities for Occupational Therapy. *Home healthcare now*, 38(5), 268–274. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000892>
- Nationalencyklopedin. (2023). Åldrande. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/åldrande>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (Upplaga 4). Liber.
- Randström, K. B., Asplund, K., & Svedlund, M. (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation--a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe

- facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 779-787. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.619621>
- Randström, K. B., Asplund, K., Svedlund, M. & Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(2), 211-216. <https://doi.org/10.2340/16501977-1085>
- Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International journal of older people nursing*, 9(1), 25-33. <https://doi.org/10.1111/opn.1201>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1) 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Skoglund-Öhman, I., & Kjellberg, K. (2011). Factors that influence the use of safe patient transfer technique in home care service. *Int J Occup Saf Ergon*, 17(4), 433-444. <https://doi.org/10.1080/10803548.2011.11076906>
- Smith, R., Wood, J., Jones, F., Turner, F., Hurley, M. (2018) A qualitative study exploring therapists' experiences of implementing a complex intervention promoting meaningful activity for residents in care homes. *Clinical Rehabilitation*, 33(3), 575-583. <https://doi.org/10.1177/0269215518815233>
- Socialstyrelsen. (2021). *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. World Health Organization.
- Socialstyrelsen. (u.å.). Socialstyrelsen termbank. <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=522&SrcLang=sv>
- Thomé, B., Dykes, A. K., & Hallberg, I. R. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 12(6), 860-872. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x>
- Thorén-Jönsson, A. (2017). *Grounded theory*. I Höglund Nielsen, B., & Granskär, M (Red.), Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård (s. 153-178). Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/Godforskningssed_VR_2017.pdf (Hämtad 2022-011-25, kl.14.35).
- Vik, K., & Eide, A. (2013). Older adults who receive home-based services, on the verge of passivity: the perspective of service providers. *International journal of older people nursing*, 8(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00305.x>

World Medical Association. 2022. Hämtad 2022-12-30, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

BILAGA A

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsdata:

- Ålder?
- Grundutbildning och eventuell vidareutbildning?
- Är du undersköterska eller vårdbiträde?
- Hur länge har du arbetat på den här arbetsplatsen?
- Hur ser din arbetserfarenhet ut inom vården eller generellt?
- Har du gått någon förflyttningsutbildning?

Lämnar ut skriftlig bakgrundsinformation om en brukare till studiedeltagaren. Därefter presenteras tillhörande scenarion samt huvudfrågor och eventuella följdfrågor.

“Arne 72 år, har parkinson och bor ensam i en enplansvilla. Han har en rollator och en vårdsäng med glid- och draglakan. Hemtjänsten besöker Arne tre gånger om dagen och hjälper honom med personlighygien, städning, tvätt samt förflyttningar. Arne blir väldigt frustrerad då han tidigare har varit aktiv. Det betyder mycket för Arne att vara självständig. Arne är stel på morgonen och stelheten ökar vid stress. Det medför att han ibland "fastnar" i rörelsen och att det tar lång tid för honom att utföra vissa förflyttningsmoment.

Vinjetter med tillförande frågor:

1. Det är tidigt på morgonen och en ny vårdare som inte känner Arne sen tidigare ska hjälpa honom att starta dagen. Passet börjar med att få Arne upp på sängkanten.
 - Hur tror du vårdaren kommer agera vid förflyttningen från liggande till sittande på sängkanten?
 - Vilka faktorer tror du vårdaren anser är viktiga att ta hänsyn till vid denna förflyttning?
 - Kan du utveckla varför du tror det?
 - Om vårdaren hade ont om tid på sig, hur tror du de hade gjort i den situationen?
 - Kan du utveckla varför du tror det?

Så här gjorde personalen vid förflyttningen

2. Vårdaren började att berätta för Arne att han ska få hjälp med att komma upp ur sängen. Vårdaren placerar först Arnes fötter nära rumpan. Vårdaren tar tag i draglakanet för att vända Arne till sidliggandes. Vårdaren höjer upp sängens ryggstöd så att Arne kommer upp med överkroppen. Sedan för vårdaren Arnes ben över sängkanten samt rätar upp Arnes överkropp i sittande position. Det förekommer ingen kommunikation mellan Arne och vårdaren under något moment. Arne följer vårdarens direktiv då han inte vill vara till besvär trots att han klarar vissa delmoment själv.
 - Varför tror du att vårdaren gör på detta sätt?
 - Vad skulle ett sådant här förhållningssätt kunna få för positiva och/eller negativa konsekvenser för Arne?
 - Positiva och negativa konsekvenser för vårdaren?
 - Hur skulle vårdaren istället kunna ha gjort för att få Arne mer delaktig i förflyttningen?

- Hur skulle vårdaren kunna ha instruerat förflyttningen för Arne?
- Vilken typ av stöd skulle vårdaren behöva av en fysioterapeut när det kommer till förflyttningen med Arne?

3. Säga att förflyttningen istället gick till så här:

Vårdaren börjar med att fråga Arne hur han mår. Arne känner sig pigg och glad att få komma upp ur sängen. Den nya vårdaren berättar för Arne att han ska få hjälp med att komma upp ur sängen och frågar hur han brukar göra för att ta sig upp. Arne förklarar att han endast behöver hjälp med själva vridningen till sidliggande om han får tillräckligt med tid på sig och stöd från vårdaren i form av instruktioner. Vårdaren instruerar Arne "böj på benen, dra in fötterna mot rumpen". När vårdaren har hjälpt Arne till sidliggande instruerar vårdaren Arne "för benen över sängkanten, tryck ifrån med armarna på sängen".

- Vad skulle ett sådant här förhållningssätt kunna få för positiva och/eller negativa konsekvenser för Arne?
 - Positiva och/eller negativa konsekvenser för vårdaren?
4. Vid lunchtiden kommer vårdaren hem till Arne igen och ser att han sitter i fåtöljen. Vårdaren ska hjälpa honom att fixa lunch, städa samt utföra totalt ca 30 minuters träning i form av träningsprogram och gångträning med rollator utomhus på asfalt. Vid den här tiden har stelheten släppt och Arne kan gå med rollatorn, men gången är långsam och han känner sig ostadig. Arne är ganska framåtlutad när han står/går och han tar korta steg och ibland "fastnar" han i rörelsen.
- Arne tycker träningsprogrammet är tråkigt och ser inte vitsen med att utföra det och vill endast gå på en promenad. Hur tror du vårdaren ställer sig till det?
 - Kan du utveckla ditt svar?
 - Vårdaren känner sig stressad med att hinna med dagens uppgifter och behöver prioritera. Hur tror du vårdaren kommer prioritera? Kan du utveckla varför du tror det?
 - Vilka konsekvenser finns vid eventuella bortprioriteringar?
 - Städningen? Gången?
 - Vid gångträningen går det långsamt för Arne att gå dagens runda, han "fastnar" flera gånger i rörelserna. Vårdaren som har ont om tid försöker skynda på Arne så gott det går. Vad kan detta förhållningssätt få för konsekvenser för Arne? För vårdaren?

"Agda 63 år, bor tillsammans med make, drabbades av en stroke för 2 år sedan och är förklarad på vänster sida. Agda har full funktion i höger kroppshalva så hon klarar av att tex borsta tänder och hår, klä av och på överkroppen samt rulla/sparka sig fram i rullstolen. Trots det har hon hemtjänst två gånger om dagen som assisterar henne vid t.ex. på och avklädning av underkroppen, personlighygien samt gångträning. Agda använder sin rullstol när hon är ensam. Hennes mål är att kunna gå självständigt med rollatorn. Just nu går hon med rollatorn med tillsyn antingen av maken eller personal."

Vinjetter med tillförande frågor:

1. Dagens besök består av personlighygien, påklädning och 15 min gångträning. Vårdaren börjar med att köra Agda i rullstolen till badrummet och gör henne redo för att duscha.

Vårdaren klär av Agda och ber henne att flytta till hygienstolen. Sedan börjar vårdaren tvätta Agda som agerar passivt i situationen.

- Hur skulle vårdaren kunna agera annorlunda i den här situationen när det kommer till Agdas fysiska funktioner.
 - Hur skulle ett sådant här förhållningssätt kunna påverka Agdas psykiska funktioner?
2. Efter duschen behöver Agda gå på toaletten som gör att vårdaren ligger 10 min efter enligt tidsplaneringen. Gångträning ska utföras på planmark i korridoren utanför lägenheten. Agda är motiverad till att gå med rollatorn, men känner sig rädd för att ramla. Hon kan greppa tag i handtaget men har svårt att använda bromsen med vänster hand samt att vänster fot släpar efter. Trots det går Agda någorlunda stadigt.
- Hur tror du att vårdaren tänker att gångträningen ska gå till nu när den ligger efter enligt tidsplaneringen?
 - På vilket sätt skulle vårdaren kunna ha lagt upp gångträningen för att göra Agda mer delaktig under hela besöket?
 - Vad tror du vårdaren tänker att ordinerade träningsprogram (förflyttningar/övningar) kan tillföra för Agda vad gäller hennes välbefinnande (psykiska, fysiska och sociala)?
3. Dagen efter kommer en ny vårdare som låter Agda göra så mycket som möjligt själv. T.ex. ber vårdaren Agda att gå till badrummet med rollatorn. Vårdaren ber även Agda att försöka ta av sig tröjan med hennes höger arm som hon har mycket funktion i, samt tvåla in sig själv på de ställen hon når. Agda blir förvirrad och lite irriterad och tycker inte den nya vårdaren hjälper henne tillräckligt med duschningen.
- Hur tror du att vårdaren hanterar konflikten med Agda i den här situationen?
 - Hur tror du att vårdaren skulle motivera sitt svar till Agda?
 - Finns det andra sätt att lösa konflikten på som kan få både vårdaren och Agda nöjda?
 - Hur skulle vårdaren kunna öka Agdas motivation att bli mer delaktig i badrummet?
 - Hur kan vårdaren förhindra att detta uppstår igen?
4. Efter en månad upplever vårdaren att Agda har blivit sämre och klarar nu inte att gå med rollator och tillsyn som hon tidigare gjort. Vårdaren tror att försämringen av funktioner beror på sjukdomsförloppet och att Agda är i behov av fler vårdinsatser t.ex. få mer hjälpmedel samt mer hemtjänst. Fysioterapeut besöker Agda för en ny bedömning av gångförmågan, därefter planerar fysioterapeuten återbesök för uppsättning av nytt mål och genomgång av nytt träningsprogram.
- Vad skulle tillförandet av fler vårdinsatser kunna få för positiva och/eller negativa konsekvenser?
 - Utifrån Agdas perspektiv?
 - Utifrån vårdarens perspektiv?
 - För andra professioner på lång sikt t.ex. fysioterapeuter, sjuksköterskor, arbetsterapeuter?
 - Säg att det inte har med sjukdomsförloppet att göra, finns det några åtgärder vårdaren kan göra för att förebygga försämring av Agdas funktioner?

- Finns det något som övriga teammedlemmar eller kollegor kan göra för att underlätta/stödja vårdaren och Agdas rehabilitering?

BILAGA B

INFORMATIONSBREV

Hej!

Vi är två fysioterapeutstudenter på Mälardalens Universitet som ska skriva examensarbete inom fysioterapi.

Bakgrund och syfte

I takt med att äldres behov ökar med åldern ställs större krav på fler vårdinsatser för att brukare ska kunna bo hemma så länge som möjligt. Den individuella rehabiliteringsplanen främjar brukarens delaktighet genom att låta brukaren använda sina förmågor/resurser. Genom att utforska hemtjänstpersonalens upplevelser kring rehabiliterande förhållningssätt kan eventuella luckor identifieras som kan öka förståelsen för vad hemtjänstpersonal behöver för att vara delaktiga i rehabiliteringen.

Studiens syfte är att belysa hemtjänstpersonalens uppfattning kring vilka konsekvenser valet av förhållningssätt kan ge med avseende på brukarens följsamhet till rehabiliterande insatser.

Förfrågan om deltagande

Du som hemtjänstpersonal tillfrågas om deltagande då du är insatt i brukarens vård samt arbetar patientnära regelbundet. Kriterierna för att vara med i studien är att du har rollen som undersköterska eller vårdbiträde samt är över 18 år och kan behärska det svenska språket.

Studiens praktiska genomförande

Intervjun kommer ta plats via Zoom och beräknas ta ca 45-60 min. Dag och tid för när intervjun ska ske bestäms tillsammans med dig. Intervjun kommer spelas in med diktafon för att sedan kunna transkriberas och analyseras.

Risker och Fördelar

Ämnet kan upplevas känsligt och vara svårt att prata om. För att förebygga dessa känslor och undvika personlig koppling kommer vi redogöra för olika scenarion med tillhörande frågor. Vi vill inte att du ska känna dig granskad utan är intresserade av att ha en öppen diskussion på hur det skulle kunna se ut i en verksamhet. Ditt bidragande i studien möjliggör en ökad förståelse kring vilka barriärer som finns kring rehabilitering inom hemsjukvården. Genom att få kännedom om dessa och belysa konsekvenserna kan fysioterapeuter tillsammans med hemtjänstpersonal förhoppningsvis hitta strategier som främjar brukarens delaktighet.

Konfidentialitet

Det inspelade materialet kommer förvaras i säkerhet under studiens gång och raderas direkt efter godkänt arbete. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Redovisningen av deltagarnas beskrivningar i studien kommer heller inte kunna gå att härleda/kopplas till dig som deltar.

Presentation av studiens resultat

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens Universitet och kommer att publiceras på Digitala Vetenskapliga Arkivet.

Frivillighet

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Väljer du att inte delta eller vill avbryta under studiens gång, kommer detta inte påverka din arbetsituation.

Vid intresse av att delta i studien var vänlig och ring studentansvariga. Vid övriga frågor går det även bra att mejla.

Ansvariga:

Hanna Holmqvist student – hht21001@student.mdu.se, 073-5956100

Ronja Strandäng student - rsg20003@student.mdu.se, 072-5202073

Handledare:

Namn: Anna Ullenhag, leg fysioterapeut och docent vid Mälardalens universitet
anna.ullenhag@mdu.se, 0706 515995

BILAGA C

SAMTYCKESBLANKETT

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i projektet "Otjänsternas konsekvenser".
- Jag samtycker till att mina data tillfälligt sparas på det sätt som beskrivs i informationen om projektet.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande



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