



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

# UNDERSKÖTERSORS ERFARENHET AV DELAKTIGHET I REHABILITERING INOM SLUTENVÅRD

**HANNA BESKOW**

**ELINOR LARSSON**

Akademien för hälsa, vård och välfärd  
Sjukgymnastik  
Grundnivå  
15 hp  
Sjukgymnastprogrammet  
VSG020

*Handledare:* Petra von Heideken Wågert  
*Examinator:* Maria Sandborgh

*Datum:* 6 mars 2014

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Rehabilitering inom slutenvården innefattar ett samarbete mellan undersköterska och sjukgymnast. Undersköterskor har en viktig roll i rehabiliteringen men det saknas forskning om deras uppfattningar kring sin roll.

**Syfte:** Att undersöka undersköterskors erfarenheter av delaktighet i sjukgymnastisk rehabilitering av patienter på en vårdavdelning inom slutenvården.

**Metod:** En kvalitativ design med induktiv ansats användes. Datainsamlingen gjordes i form av semistrukturerade gruppintervjuer med undersköterskor. Materialet analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Analysen resulterade i fem kategorier som blev två teman, Känsla av att vara viktiga och god egen tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser samt Samarbetet kring rehabiliteringen påverkas av individerna och omgivningen.

**Diskussion:** Resultatet visar att undersköterskornas känsla av delaktighet påverkas av konsekvenser, individer, beteende och omgivning vilket kan ses i förhållande till den operanta inlärningsteorin och den socialkognitiva teorin.

**Slutsats:** Undersköterskorna känner sig delaktiga i rehabilitering då de är engagerade, aktivt medverkande och känner att de är till nytta. En svaghet i delaktigheten är att kommunikationen kring rehabiliteringen upplevs vara bristfällig och därmed minskar undersköterskornas medinflytande. Vidare anser författarna att en upprepning av studien behövs samt att det saknas forskning om effekten av undersköterskors arbete och deras uppfattningar kring detta.

**Nyckelord:** fysioterapi, kvalitativ forskning, sjukgymnastik, socialkognitiv teori, vårdpersonal

## **ABSTRACT**

**Background:** Rehabilitation within hospital care involves teamwork between assistant nurses and physiotherapists. Assistant nurses have an important role in rehabilitation but there is a lack of research regarding their perceptions of their role.

**Aim:** To investigate the assistant nurses' experiences of participation in physiotherapy rehabilitation of patients in hospital care.

**Method:** A qualitative design with inductive approach was used. The data was collected through semi-structured group interviews with assistant nurses and the material was analysed using qualitative content analysis.

**Result:** The analysis resulted in five categories which became two themes, Good self-confidence and feeling of being important in the rehabilitation and Collaboration regarding the rehabilitation is affected by the individuals and the environment.

**Discussion:** The assistant nurses' perceptions of their participation is affected by consequences, individuals, behaviour and environment which is confirmed by the social cognitive theory and the operant conditioning theory.

**Conclusions:** The assistant nurses experience participation in the rehabilitation because they are engaged, actively involved and feel useful. A weakness in their participation is insufficient communication about the rehabilitation. The authors consider that a replication of the study and more research on assistant nurses' perceptions and the usefulness of their work are required.

**Keywords:** nursing staff, physiotherapy, social cognitive theory, qualitative research

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
1.1	Rehabilitering	2
1.1.1	<i>Sjukgymnastisk rehabilitering</i>	2
1.1.2	<i>Undersköterskans roll</i>	3
1.2	Teamarbete	3
1.2.1	<i>Delaktighet i teamarbete</i>	3
1.2.2	<i>Utmaningar i teamarbete</i>	4
1.3	Operant inlärning	4
1.4	Socialkognitiva teorin	5
1.5	Problemformulering	5
<b>2</b>	<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>METOD OCH MATERIAL</b>	<b>6</b>
3.1	Design	6
3.2	Urval av deltagare	6
3.3	Datainsamlingsmetoder	7
3.4	Dataanalys	7
3.5	Etiska överväganden	8
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
4.1	Känsla av att vara viktiga och god egen tilltro till sin förmåga i rehabiliteringen	10
4.1.1	<i>Tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser</i>	10
4.1.2	<i>Har en viktig uppgift</i>	11
4.2	Samarbetet kring rehabiliteringen påverkas av individerna och omgivningen	11
4.2.1	<i>Bristande samarbete</i>	12
4.2.2	<i>Gott samarbete</i>	12
4.2.3	<i>Omgivningen påverkar rehabiliteringen</i>	13

<b>5</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>14</b>
5.1	Resultatsammanfattning.....	14
5.2	Resultatdiskussion.....	14
5.3	Metoddiskussion .....	17
5.4	Etikdiskussion .....	19
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER .....</b>	<b>19</b>

**BILAGA A - INFORMATIONSBREV**

**BILAGA B - INTERVJUGUIDE**

# 1 BAKGRUND

## 1.1 Rehabilitering

Rehabilitering definieras enligt Socialstyrelsen (2013) som insatser med syfte att hjälpa en person med förvärvad funktionsnedsättning att få tillbaka eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga samt att skapa förutsättningar för ett självständigt och aktivt liv. Rehabiliteringen brukar delas in i tre olika faser: förbättrande fasen vilket innebär att patienten tränar för att återfå funktioner för att klara sitt dagliga liv; kompensande fasen då hjälpmedel används för att kompensera funktionsnedsättningen; bibehållande fasen som genom träning förhindrar och fördröjer försämring. Att få rehabilitering under sjukhusvistelsen har visats ge signifikant bättre värden för förbättrad funktion och överlevnad för patienten. Patienter som fått rehabilitering kommer också hem i större grad och har längre tid till nästa sjukhusvistelse än de som inte fått rehabilitering (Evans, Connis, Hendricks & Haselkorn, 1995). Att använda sig av ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att planera och utföra sina insatser på ett sätt som uppmuntar till självständighet hos patienten (Malmö stad, 2007). Vikten av detta visade sig i studien av Zizbergs et al. (2011) då patienter med låg aktivitetsnivå under sjukhusvistelsen hade försämrats mer vid utskrivning och kortvarig uppföljning än patienter med hög aktivitetsnivå under sjukhusvistelsen.

### 1.1.1 Sjukgymnastisk rehabilitering

Utbildningen för att bli legitimerad sjukgymnast omfattar 180 högskolepoäng och ger en kandidatexamen. Utbildningen är tre år och kan göras på högskola eller universitet (Universitets- och högskolerådet, 2014). En sjukgymnasts arbete inom rehabilitering innefattar behandling, träning och inläring eller återinläring av olika funktioner. En viktig uppgift är att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga för att på bästa sätt få personen att återgå till tidigare förmåga. I sjukgymnastens arbete ingår även att delegera arbetet till övrig vårdpersonal, bland annat undersköterskor (Broberg & Tyni-Lenné, 2009). Då sjukgymnaster vanligtvis inte arbetar på helgerna utförs då det rehabiliterande arbetet av annan vårdpersonal. Att ha tillgång till sjukgymnast även på lördagar har visat sig förkorta sjukhusvistelsen med 3,2 dagar (Brusco, Shields, Taylor & Paratz, 2007). Parker, Lord och Needham (2013) har visat att ökad mängd sjukgymnastik minskar antalet ineliggande dagar på sjukhus och ökar patientens självständighet och livskvalité vid utskrivning. Dalley och Sim (2001) har visat ett antal hinder för god rehabilitering: skillnader i tider och rutiner mellan yrkesgrupper; sjukgymnastens bristfälliga insikt i och respekt för andras yrkesroller; patientens uppfattning om de olika yrkesrollernas uppgifter samt att sjukgymnasterna ansågs ge för lite instruktioner och brista i kommunikationen med övrig vårdpersonal. Även här uppmärksammades att det saknas sjukgymnaster på helgen vilket var ett problem för regelbunden rehabilitering.

### **1.1.2 Undersköterskans roll**

Undersköterskan arbetar vanligen nära patienterna och hjälper dem med deras dagliga vård. Det kan till exempel vara att hjälpa patienten att tvätta och klä på sig men även att bädda, dela ut mat och förbereda patienten för behandling (Arbetsförmedlingen, 2013). Patienten känner ofta en stort förtroende och utvecklar en nära relation till undersköterskan.. Detta gör att undersköterskorna kan samla in varierande information om patienten som är viktig även för övrig sjukvårdspersonal (Spilsbury & Meyer, 2004). Atwal, Tattersall, Caldwell och Craik (2006) visade att undersköterskor ansåg sig bäst lämpade att utföra rehabilitering då de är involverade i patientens dagliga aktiviteter, har mest patientkontakt och arbetar dygnet runt. Även övriga professioner ansåg undersköterskan som bäst lämpad att utföra rehabilitering. Trots detta ansåg undersköterskor att de inte var aktivt involverade i beslut och planering kring patientens rehabilitering. Studien visade även att undersköterskan har en viktig roll i rehabiliteringen då de ofta är med patienten vid utförandet av rehabilitering och kan stödja och uppmuntra. Fördelningen mellan män och kvinnor som arbetar som undersköterskor i Sverige är 93 % kvinnor och 7 % män, medelåldern inom yrket är 44 år (Statistiska centralbyrån, 2011). Utbildningen till undersköterska görs genom vård- och omsorgsprogrammet inom gymnasieskolan eller Komvux. Utbildningen på Komvux är på gymnasial nivå och är ett och ett halvt år lång (Studentum, 2014).

## **1.2 Teamarbete**

Teamarbete definieras av Xyrichis och Ream (2008) som en dynamisk process som involverar minst två hälsoprofessioner som arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. Teamarbete är en viktig komponent för att ge en bra hälso- och sjukvård, speciellt inom rehabilitering då teamarbete är en grundsten i rehabiliteringsfilosofi och praktik (Long, Kneafsey & Ryan, 2003). Multiprofessionell behandling som innehåller träning har visat sig minska antalet inläggningar på sjukhus (de Morton, Keating & Jeffs, 2009). Vårdens kvalitet ökar även när man arbetar och lär tillsammans genom teamarbete (Long et al. 2003).

### **1.2.1 Delaktighet i teamarbete**

I ett team är det viktigt att alla vill samarbeta vilket uppnås när medlemmarna känner sig delaktiga samt att fördelarna med att arbeta tillsammans är tydliga (Long et al. 2003). Delaktighet definieras av Socialstyrelsen (2003) som en persons engagemang i en livssituation och i Nationalencyklopedin (2013) som att man är aktivt medverkande, ofta med tonvikt på känslan av att vara till nytta och ha medinflytande. I denna studie kommer delaktighet definieras som en kombination av dessa definitioner: att känna sig engagerad och att vara aktivt medverkande i en livssituation, med känslan av att vara till nytta och ha medinflytande. Anställdas delaktighet i ett team kan antas ha effekt på teamets prestationsförmåga (Rasmussen & Jeppesen, 2006). Att vara självständig och trivas med sitt jobb har signifikant visat sig ha ett samband med hur delaktig man är. Att känna sig delaktig i beslut ökar i sin tur även följsamheten kring arbetet (Nielsen & Randall, 2012).

### **1.2.2 Utmaningar i teamarbete**

Finn, Learmonth och Reedy (2010) har undersökt hur teamarbete inom hälso- och sjukvård fungerar i praktiken och identifierat ett antal utmaningar för bra teamarbete. De visar att hierarkisk skillnad mellan yrken gör att de med lägst status inte blir involverade i teamarbetet. Även skillnad i belöning och inflytande mellan olika yrkesgrupper kan hindra ett gott teamarbete. Ett problem med teamarbete blir då att de med lägst status får kämpa hårdare än de andra i teamet för att kunna påverka. Att lita på varandra inom teamet är också viktigt och har visat sig främja ett säkrare och mer nytänkande arbetssätt, det har också visat sig minska sjukfrånvaro på arbetsplatsen. Att teamet har ett gemensamt mål med arbetet kan också minska konflikter (Jones & Jones, 2011).

Mängden arbete är den främsta riskfaktorn för att utveckla stress och utbrändhet inom hälso- och sjukvården. När de anställda upplever att arbetet är meningsfullt och viktigt blir de mer nöjda och involverade i arbetet vilket i förlängningen kan göra att de tolererar mer arbetsmängd. Att utbilda personal i effektiva sätt att hantera hög arbetsmängd är effektivt för att minska stress samtidigt som det är viktigt att mängden arbete stämmer överens med de resurser som finns (Fiabane, Argentero, Giorgi & Sguazzin, 2013). Golubic, Milosevic, Knezevic och Mustajbegovic (2009) har visat att om stressen minskar finns det möjlighet att bibehålla en god kvalitet i arbetet.

Stress kan definieras som ett tillstånd av ökad fysiologisk, psykologisk och beteendemässig beredskap. Vilka fysiologiska stressreaktioner som visas bestäms av hur stressen bearbetas och tolkas i hjärnan och hur stressen sedan hanteras (Ursin & Eriksen, 2004). I studien från Italien av Fiabane m.fl. (2013) visas att sjukgymnaster är den yrkesgrupp som har högst stressnivå och lägst engagemang i sitt arbete medan undersköterskor är de som är mest engagerade och mest nöjda med sina jobb.

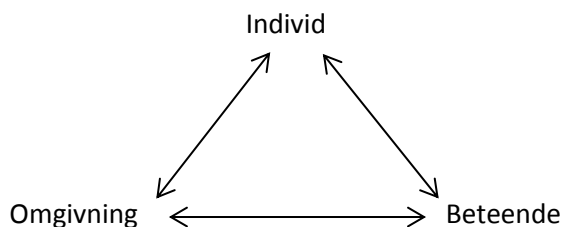
### **1.3 Operant inlärning**

Den operanta inlärningsteorin menar att vårt beteende styrs av vad som föregår situationen och vad som blir dess konsekvenser. Konsekvenserna delas in i förstärkande och bestraffande. Förstärkande konsekvenser innebär en konsekvens som ökar sannolikheten för att ett visst beteende upprepas medan bestraffande konsekvenser innebär en konsekvens som minskar sannolikheten för att ett visst beteende upprepas. Dessa kan sedan vara positiva eller negativa, då positiva syftar på att någonting läggs till och negativa på att någonting tas bort. Det som föregår situationen kallas inom den operanta inlärningsteorin för antecedent. Antecedenten gör att vi vet hur vi ska bete oss i en specifik miljö eller i närvaro av vissa personer. Vi kan sedan generalisera ett beteende i en specifik situation till att använda samma beteende i liknande situationer (Ramnerö & Törneke, 2013).



## 1.4 Socialkognitiva teorin

Den socialkognitiva teorin beskriver ett synsätt som ser att beteende, individ och omgivning påverkar varandra vid en beteendeförändring (se Figur 1). Beteendet ses alltså inte som en enskild företeelse utan som en konsekvens av dessa faktorerers samspel (Denison och Åsenlöf, 2012). Teorin menar även att vårt beteende drivs av våra föreställningar om vad det ska få för konsekvenser, resultatförväntningar, och hur viktigt det är för oss att uppnå ett visst resultat, värdeförväntningar. Self-efficacy är ett annat viktigt begrepp inom den socialkognitiva teorin. Self-efficacy innebär tron på den egna förmågan att utföra en specifik uppgift i en specifik situation och har en avgörande roll för om personen kommer att genomföra ett beteende. Positiva fysiologiska reaktioner i samband med beteendet, uppmuntran och att ha sett någon annan i en liknande situation klara beteendet ökar self-efficacy. Self-efficacy kan också appliceras på en grupp människor och kallas då kollektiv efficacy. Detta innebär tilltron till gruppens förmåga att klara av ett specifikt beteende i en specifik situation. Faktorer som kan öka en grups kollektiva efficacy är att det finns en blandning av kunskap och kompetens i gruppen, hur gruppen är uppbyggd och hur dess tid är planerad. Även hur gruppen leds, vilka strategier som används och hur deltagarna kommunicerar påverkar kollektiv efficacy. Tidigare erfarenheter av att ha klarat av eller inte klarat av ett beteende påverkar både kollektiv- och self- efficacy. Nivån av kollektiv- och self- efficacy påverkar även hur mycket ansträngning som läggs på en uppgift och hur länge man anstränger sig trots hinder och motgångar (Bandura, 1997). Geyh m.fl. (2012) har sett att det finns ett samband mellan self-efficacy och delaktighet där de säger att för att öka en persons delaktighet bör man därför fokusera på att öka dennes self-efficacy. Även Bulger och Mellor (1997) har sett ett samband mellan self-efficacy och delaktighet då kvinnor med en hög self-efficacy för en aktivitet också till en högre grad deltar i aktiviteten.



Figur 1. Det ömsesidiga beroendet mellan beteende, individ och omgivning (Denison och Åsenlöf, 2012, s. 28).

## 1.5 Problemformulering

Att få regelbunden rehabilitering är viktigt för patientens självständighet och aktivitetsnivå under sjukhusvistelsen. Undersköterskor har en viktig roll i detta arbete då de är involverade i patientens dagliga aktiviteter och träffar patienten mest av professionerna inom slutenvården. Inom rehabilitering samarbetar sjukgymnast och undersköterska då sjukgymnasten bland annat delegerar arbetsuppgifter till undersköterskan. För att ett gott samarbete ska råda är det viktigt att både sjukgymnast och undersköterska känner sig

delaktiga och att fördelarna med att samarbeta är tydliga. Att samarbetet fungerar är även viktigt för patienten då ett gott samarbete mellan vårdpersonal har visat sig vara viktigt för att ge en bra hälso- och sjukvård. Samarbete mellan människor är ett resultat av individer, omgivning, beteende och konsekvenser vilket beskrivs i den socialkognitiva teorin och den operanta inlärningsteorin. I den socialkognitiva teorin är self-efficacy ett viktigt begrepp för en persons beteende och tidigare forskning har visat ett samband mellan god self-efficacy och en ökad delaktighet. Det har inte gjorts några tidigare studier angående undersköterskors delaktighet med denna teoretiska anknytning och studier som berör undersköterskors roll och uppfattningar kring rehabilitering är mycket få. För att utveckla förståelsen kommer denna studie undersöka undersköterskors erfarenheter av delaktighet i sjukgymnastisk rehabilitering.

## **2 SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka undersköterskors erfarenheter av delaktighet i sjukgymnastisk rehabilitering av patienter på en vårdavdelning inom slutenvården.

## **3 METOD OCH MATERIAL**

### **3.1 Design**

Eftersom syftet med studien är att undersöka undersköterskors erfarenheter av sjukgymnastisk rehabilitering (hädanefter kallat rehabilitering) har författarna valt en kvalitativ design med induktiv ansats. Induktiv ansats innebär en objektiv analys av texter baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

### **3.2 Urval av deltagare**

Idén till studien kom från sjukgymnasten på en sjukhusavdelning i Mellansverige där studien sedan genomfördes. På avdelningen arbetar läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, avdelningen bemannas dygnet runt. Arbetsterapeut och sjukgymnast är inte stationerade på avdelningen men utför dagliga insatser. På avdelningen finns patienter med framför allt medicinska åkommor.

Författarna rekryterade deltagare genom ett bekvämlighetsurval (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011) då avdelningschefen tillfrågade deltagare genom att lämna ut ett informationsbrev (se bilaga A) på en arbetsplatsträff. Deltagarna tackade ja till avdelningschefen som sedan meddelade författarna tider för intervjuerna. Tanken var från början att göra en fokusgrupp på fem deltagare men på grund av avdelningens schema delades gruppen upp i två mindre grupper av avdelningschefen. Inklusionskriterierna var att deltagarna var utbildade undersköterskor, att de hade arbetat på avdelningen i minst sex månader och var inblandade i rehabiliteringen samt hade god förmåga att uttrycka sig på det svenska språket. Gränsen på sex månaders arbete valdes för att undersköterskorna skulle ha erfarenhet av samarbete med sjukgymnast på vårdavdelning. Deltagarna var mellan 43 och 55 år och hade arbetat på avdelningen och inom vården mellan 10 och 30 år (se tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av deltagarna.

Grupp	Deltagare	Ålder	Kön	År på avdelningen	År inom vården
1	A	48	Kvinna	30	30
1	B	43	Kvinna	14	25
1	C	53	Kvinna	15	15
2	D	50	Kvinna	10	10
2	E	55	Kvinna	11	12

### 3.3 Datainsamlingsmetoder

Intervjuerna gjordes i två grupper, en grupp med tre deltagare och en grupp med två deltagare. Gruppintervju är en teknik som främjar interaktion mellan deltagarna och åsikter som inte dyker upp vid en individuell intervju kan då komma fram (Gillham, 2008). Båda författarna deltog vid intervjuerna. Det är en fördel, enligt Gillham (2008), då en författare styr intervjun och den andra ställer kompletterande frågor. Författarna valde att leda en intervju vardera för att båda intervjuerna skulle ledas av nybörjare. Diskussionen utgick från en semistrukturerad intervjuguide (Carter et al. 2005)(se bilaga B). Intervjuguiden byggdes upp utifrån studiens definition av delaktighet och begreppen resultatförväntningar, self-efficacy och omgivning från den socialkognitiva teorin. Utifrån deltagarnas diskussion ställdes sedan relevanta följdfrågor. Intervjuerna blev 55 respektive 40 minuter långa och genomfördes under arbetstid i ett samlingsrum på avdelningen vilket var en bekant miljö för deltagarna. Författarna tog med fikabröd och avdelningen stod för kaffe. Intervjuerna spelades in på diktafon, filerna förvarades i två datorer och en externhårdisk försedda med lösenord.

### 3.4 Dataanalys

Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Inspelningen från intervjuerna transkriberades ordagrant och delades upp mellan författarna för att effektivisera arbetet. Materialet lästes enskilt igenom av författarna för att ge en helhetsuppfattning och därefter reflekterade författarna tillsammans över materialets centrala innehåll. Efter detta togs meningenheter ut vilket är

meningsbärande delar av texten. Dessa utgörs av ord, meningar och stycken som genom dess innehåll hör ihop. Detta arbete gjordes först av författarna var och en för sig, dels för att kunna effektivisera arbetet och dels för att kunna diskutera olika tolkningar. Meningsenheterna kondenserades sedan för att kortas ner och göras mer lätthanterliga. Dessa försågs därefter med koder. En kod beskriver kortfattat en meningsenhet och dess innehåll. Koderna sammanfördes i underkategorier och kategorier. För att få fram "den röda tråden" i innehållet sammanbands kategorierna i teman (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008)(se tabell 2). Analysprocessen har diskuterats med handledare och kurskamrater vid handledningsseminarier. För att underlätta analysprocessen valde författarna att använda sig av post-it lappar för att enkelt kunna sortera koder i olika underkategorier. Materialet fördes sedan in i ett Word-dokument för att ge en helhetsbild över resultatet. I studien valdes att presentera delar av resultatet genom citat. Författarna rättade talspråk för att öka förståelsen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008) och citaten skrevs i form av diskussion för att få med helheten och dynamiken i samtalet.

Tabell 2. Exempel över analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
- "Sen gör vi det mycket oftare än vad de gör (IP2). - Vi har liksom dagligen förflyttningar (IP3). - Så det blir ju näst intill att man bli expert på det, tycker vi (IP2)"	Bli experter på förflyttningar	Förflyttningsexperter	Självförtroende	Tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser	Känsla av att vara viktiga och god egen tilltro till sin förmåga i rehabiliteringen
- "Att de sitter så man kan komma runt i alla fall (IP4). - Ja och större toaletter, överhuvudtaget mera utrymme här ute i matsalen (IP5)"	Mer utrymme behövs runt patienterna	Brist på utrymme	Miljö	Omgivningen påverkar rehabilitering	Samarbetet kring rehabiliteringen påverkas av individen och omgivningen

### 3.5 Etiska överväganden

Deltagarna informerades om sina rättigheter både muntligt och skriftligt. De informerades om att de har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande samt att deras identitet inte skulle kunna identifieras i arbetet. Författarna informerade deltagarna inför intervjuerna att inte avslöja några namn eller detaljer kring patienter på avdelningen (Codex, 2013). Eftersom författarna är sjukgymnaststudenter kan det påverka hur deltagarna uttrycker sina åsikter då författarna delvis representerar den yrkesgrupp som diskuteras.

## 4 RESULTAT

Utifrån analysarbetet växte två teman fram: Känsla av att vara viktiga och god egen tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser och Samarbetet kring rehabiliteringen påverkas av individerna och omgivningen. Dessa består av fem kategorier: Tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser, Har en viktig uppgift, Bristande samarbete, Gott samarbete och Omgivningen påverkar rehabiliteringen (se tabell 3).

Tabell 3. Studiens resultat i form av underkategorier, kategorier och teman.

Underkategori	Kategori	Tema
Självförtroende	Tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser	Känsla av att vara viktiga och god egen tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser
Högre krav		
Bedömning		
Motivation för rehabilitering		
Nära relation med patienten	Har en viktig uppgift	
Helhetssyn		
Vardagsrehabilitering		
Kommunikations-svårigheter	Bristande samarbete	
Lägger oss inte i		
Uppdelat		
Förbättring av kommunikation		
Vet inte vad sjukgymnasten gör		
Sjukgymnasten saknar helhet		
Positivt med sjukgymnastik	Gott samarbete	
Samarbete är positivt		
Utbyte		
Resursbrist på helgen	Omgivningen påverkar rehabiliteringen	
Miljö		
Tidsbrist		
Brist på sjukgymnaster		

## 4.1 Känsla av att vara viktiga och god egen tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser

Undersköterskorna anser sig ha en god tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande åtgärder. De har en tydlig bild av sin roll och känner sig som en viktig del i rehabiliteringen.

### 4.1.1 Tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser

Undersköterskorna känner sig säkra på att utföra de rehabiliterande uppgifter de får tilldelade. Det är väldigt sällan de uppfattar någon uppgift som för svår vilket betonas i följande citat:

- ”De uppgifter ni får av sjukgymnasten, om ni får några mer konkreta, känner ni er säkra på att utföra dem? Eller kan det vara någonting som ni inte vet hur ni ska göra? (Intervjuare 1)
- Det har jag aldrig varit med om tror jag, att det har varit så. Det har jag aldrig varit med om. (D)
- Nej... (E)
- Att det är för svårt? (Intervjuare 1)
- Nej nej, absolut inte, nej.” (D)

Undersköterskorna berättar också att om de någon gång känner sig osäkra på en uppgift så gör de den inte. Det kan till exempel vara en förflyttning som uppfattas för svår för patienten då man väljer ett säkrare alternativ. Förflyttningar är annars något som undersköterskorna uppfattar sig som experter på då de arbetar med detta frekvent.

Undersköterskorna uppfattar att de ställer högre krav på patienterna i rehabiliteringen jämfört med sjukgymnasten. De anser sig våga utmana patienterna mer och är mer bestämda vilket de anser är en fördel.

”Sen tror jag att vi är lite, jag vet inte vad jag ska säga, hårdare eller kanske mer bestämda. Nej men du behöver upp för ditt eget bästa (syftar på patienten). Till sjukgymnasten kan de bara säga att nej men jag vill inte träna idag. Då kanske de inte behöver göra det. /.../ Eller nu ska vi träna kanske sjukgymnasten säger. Nej det vill jag inte göra idag. Vi är lite mer kanske jag vet inte mer bestämda eller så här nu, nu ska vi göra det här. Dom har nog lättare att säga ifrån till sjukgymnasten än mot oss.” (A)

Undersköterskorna ser även fördelar för sig själva med att rehabilitera patienterna. En mer självständig patient minskar arbetsbördan och påfrestningarna på deras kroppar. Även beröm från patienterna gör undersköterskorna mer motiverade att utföra rehabiliteringen.

Undersköterskorna har också en hög tilltro till sin förmåga att bedöma patienterna och rapportera till sjukgymnasten. De betonar att deras kompetens att göra bedömningar kommer av erfarenhet och inte någon utbildning. De framhåller att sjukgymnasten ofta frågar dem om patientens status innan de går in till patienten. Undersköterskorna uppfattar att de ofta tar initiativ till utveckling som till exempel att byta en rullstol mot en rollator.

### 4.1.2 Har en viktig uppgift

Undersköterskorna anser sig ha en viktig roll i rehabiliteringen och beskriver vardagsrehabilitering som deras främsta uppgift. Med vardagsrehabilitering menar de att vara med och stötta patienten i att klara så mycket som möjligt själv av de dagliga aktiviteterna. Det kan till exempel vara att gå på toaletten, att sitta upp och äta och klä på sig själv. Eftersom de träffar patienten mycket blir det naturligt att de sköter träningen i vardagen och mängdträning då sjukgymnasten inte är på avdelningen lika mycket som dem. Undersköterskorna beskriver sin uppgift i vardagsrehabiliteringen i följande citat:

- ”Det är vi som gör de dagliga aktiviteterna och förflyttningarna. (D)
- Går med dem, tränar. (E)
- Tränar. Utför det de vill att vi ska utföra, om vi hinner. (D)
- Precis. Vad är träning, vad gör ni då för någonting? (Intervjuare 2)
- Kanske tar en rollator och går till toaletten istället för en rullstol, de som klarar av det. (E)
- Mycket det dagliga... (D)
- ... sätta sig upp i sängen själv. (E)
- Mm (Intervjuare 2)
- Förflyttningar och göra så mycket som möjligt själva under övervakning av oss. Det är väl det, det jag tycker att vi gör.” (D)

Undersköterskorna känner till patientens rutiner och personlighet, något de upplever att sjukgymnasten saknar. Det gör att sjukgymnasten inte alltid vet när rehabilitering passar för patienten. Undersköterskorna berättar att de får en nära relation med patienten vilket de ser som en fördel i arbetet. Eftersom de lär känna patienten upplever de att de kan uppmuntra på ett annat sätt än sjukgymnasten. De vet vilka patienter de kan skoja med och vilka som behöver mer lirande. Att patienterna känner sig trygga med undersköterskorna och ser dem som en del av vardagen gör att de inte uppfattar det som träning med dem. Undersköterskorna anser att detta gör att de i större utsträckning än sjukgymnasten har en helhetssyn kring patienten, vikten av att se helheten och människan i fokus visas i följande citat:

- ”Tycker ni att den roll ni har i rehabiliteringen är den ni ska ha? (Intervjuare 1)
- Jo det är det väl egentligen. Det är väl viktigt när man jobbar med människor att man försöker se människan i fokus och se vad man ska göra för den här personen, eller hur? För jag kan ju gå in och bara släta av lite snabbt och sedan går jag ut, men då har jag ju inte gjort mitt jobb.” (A)

## 4.2 Samarbetet kring rehabiliteringen påverkas av individerna och omgivningen

Under intervjuerna diskuterades samarbetet och kommunikationen kring rehabiliteringen mycket. Samarbetet påverkas av individerna och omgivningen runt omkring. Detta leder till både gott och bristande samarbete.

#### **4.2.1 Bristande samarbete**

Ett stort problem i arbetet anses vara kommunikationen med sjukgymnast. Arbetet uppfattas uppdelat där var och en gör sitt och undersköterska och sjukgymnast går om varandra. Rutinerna kring rapportering tillsammans med sjukgymnast fungerar dåligt, det är svårt att få till ett bra tillfälle vilket gör att olika undersköterskor rapporterar och sjukgymnasten upplevs som upptagen. En försvårande faktor för samarbetet är att undersköterskorna anser att sjukgymnasten inte förstår deras arbete och inte tar sig tid att lära känna dem. Även okunskap kring sjukgymnastens arbetsuppgifter identifieras under intervjuerna. Undersköterskorna anser att sjukgymnasten ibland använder onödigt mycket resurser, inte läser journal och prioriterar fel patienter. Generellt upplever de att de inte vet vad sjukgymnasten gör med patienterna. När undersköterskorna ser någonting de tycker är fel känner de att det är svårt att ifrågasätta sjukgymnasten. De vill inte lägga sig i arbetet då de upplever att sjukgymnasten har en annan kompetens:

- ”Sedan kan man ju tycka... ibland kan man ju reagera... att man tycker väl kanske att den här som inte alls kommer ur sängen kanske skulle behöva få lite mer träning, kanske profylaxträning för att inte få kontakturer och så. Medan då kanske man (syftar på sjukgymnasten) har prioriterat att gå med någon patient som egentligen kan gå själv något varv runt. Det har jag tänkt på ibland att när sjukgymnasten kommer upp då går de kanske två stycken med den patienten ibland, fast när vi jobbar på helgen då har de själva gått runt varvet med rollator på egen hand. Så att visst ibland blir det lite snedfördelat, man tycker att där skulle resursen kanske ha lagts på en annan patient. (B)
- Hur funkar det då med kommunikationen kring det? Om man känner att det är något man vill... (Intervjuperson 1)
- Ja men alltså vi kan ju inte gå och säga så till dem utan de har ju kanske något tänkt som inte vi förstår. Det kan ju vara någon annan som har pratat med den sjukgymnasten om någonting att de vill kolla, trappträning eller, jaa... de förstår ju inte alltid vårt jobb heller, så är det ju.” (B)

Förslag till att förbättra kommunikationen handlar om en gemensam rapportering. Vikten av att hinna diskutera patienter samt att planera när rehabilitering ska ske poängterades. Att sjukgymnasten helst ska vara stationerad på avdelningen kom upp som önskemål då det både skulle ge tid för mer kommunikation och göra det lättare att lära känna varandra. En ökad tvåvägskommunikation önskas då undersköterskorna upplever att de inte får speciellt mycket information av sjukgymnasten, bland annat att de inte vet hur patientens hemmiljö ser ut.

#### **4.2.2 Gott samarbete**

Undersköterskorna är överens om att det är viktigt med kommunikation och bra samarbete kring rehabiliteringen. Att arbeta i team har de upplevt förbättrar vården eftersom alla då jobbar mot samma mål med patienten, detta är något de vill göra mer. Arbetet upplevs även roligare när man tillsammans kommer fram till lösningar för patienten. Vikten av kommunikation mellan undersköterskor uppmärksammas för att rehabiliteringen ska gå framåt:



- ”Ja precis, eller säga han kan sitta uppe till måltiden i alla fall. Det orkar han kanske sitta kanske en halvtimme eller en timme vid maten. Så att det blir i alla fall lite träning i mellan åt. Än att bara ligga kvar i sängen. (C)
- Så att alla gör lika? (Intervjuare 1)
- Ja precis. För en del kanske tycker men hon var så snäll vet du då behövde jag inte gå ur sängen (syftar på patienten). Men det kanske inte var så snällt egentligen. ” (C)

Sjukgymnaster och sjukgymnastiska insatser upplevs som viktiga. De insatser som görs upplevs som rätt prioriterade och ger bra effekt. Undersköterskorna upplever att det finns ett ömsesidigt utbyte med sjukgymnasten. Det uppskattas att ha en sjukgymnast i närheten för att kunna be om råd samtidigt som undersköterskorna även ger värdefull information tillbaka gällande patienter och förflyttningar. Undersköterskorna upplever även att det går bra att säga till sjukgymnasten när något inte fungerar, till exempel ett hjälpmedel.

### **4.2.3 Omgivningen påverkar rehabiliteringen**

Tidsbrist är ett hinder som återkommer i diskussionerna kring rehabiliteringen. Det är svårt att hitta tid för rehabilitering som passar patienten och för de uppgifter undersköterskorna får av sjukgymnasten. De uttrycker att de vill göra fler och mer ergonomiska förflyttningar vilket de i dagsläget har svårt att hinna med. Det upplevs som att resurserna minskar och att det är brist på personal som arbetar nära patienten. Detta gör att stressen ökar och rapportering måste ske snabbt.

Även brist på sjukgymnaster uppmärksammas. Det anses att fler sjukgymnaster behövs då det blir för lite sjukgymnastik per patient och det är svårt för sjukgymnasten att hinna med alla. Speciellt märks detta på helgen då det saknas sjukgymnast. Den rehabiliterande träningen läggs då helt på undersköterskorna som har svårt att hinna på grund av liten arbetsstyrka. Undersköterskorna uttrycker att de gör det viktigaste på helgen men att rehabiliteringen stannar upp:

- ”... det händer ju inte så mycket här uppe. Speciellt inte på helger då när det inte ens finns någon sjukgymnast. Då är det ju bara vi. Och då är vi ju dessutom nästan bara hälften antal personer som jobbar, på samma antal patienter. Så då hinner man ju inte mycket träning om man säger så. Men man känner ju ibland att man skulle ju kanske vilja gå något extra varv med någon med det finns ju inte möjlighet till det tidsmässigt om man säger så. Så det är lite tråkigt, att det liksom stannar upp över helgen och så.” (C)

Sjukhusets miljö försvårar arbetet med patienterna då det behövs mer utrymme kring patienterna för att kunna utföra bra mobiliseringar. Det är viktigt att miljön uppmuntrar patienterna till aktivitet, till exempel har TV-apparater i varje rum minskat motivationen till att komma upp ur sängen.

## 5 DISKUSSION

### 5.1 Resultatsammanfattning

Studiens syfte var att undersöka undersköterskors erfarenheter av delaktighet i sjukgymnastisk rehabilitering av patienter på en vårdavdelning inom slutenvården. Resultatet visar att undersköterskorna har en god tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande åtgärder och att de känner sig som en viktig del i rehabiliteringen och har en tydlig bild av sin roll. Undersköterskorna upplever att samarbetet kring rehabiliteringen påverkas av både individer och omgivning.

### 5.2 Resultatdiskussion

Undersköterskorna hade en hög tilltro till sin förmåga i rehabiliteringen, både att utföra rehabiliterande insatser, att göra bedömningar och förflyttningar. Att ha en god tilltro till sin förmåga i en specifik aktivitet definieras enligt den socialkognitiva teorin som att ha en hög self-efficacy (Bandura, 1997). Då studien gjordes på en grupp undersköterskor kan tilltron till deras förmåga även härledas till begreppet kollektiv efficacy (Bandura, 1997). Gruppen har en hög kollektiv efficacy då de har en stark tro på gruppens förmåga att sköta rehabilitering. Gruppens tidigare erfarenheter kan också påverka gruppens kollektiva efficacy. Eftersom undersköterskorna hade en lång erfarenhet av bland annat förflyttningar ökar deras kollektiva efficacy inom detta område. Vid en hög kollektiv efficacy läggs större ansträngning på att genomföra en uppgift (Bandura, 1997). Detta visades hos undersköterskorna genom att de uppfattade att de ställer höga krav och vågar utmana patienterna för att få dem mer självständiga. Att undersköterskorna såg styrkor hos gruppen och att fördelarna med att arbeta tillsammans var tydliga ökar också deras delaktighet (Long et al. 2003).

Undersköterskorna beskrev att det var viktigt med rehabilitering och självständighet hos patienterna, både för patienterna och för dem själva. Det blir en mindre påfrestning på deras kroppar och underlättar ergonomi i arbetet. Detta kan härledas till den operanta inlärningsteorin där beteendet styrs av lång- och kortsiktiga konsekvenser (Ramnerö & Törneke 2013). En ökad belastning blir både en kortsiktig och långsiktig positiv bestraffning då det skapar trötthet och smärta i kroppen. Att arbeta ergonomiskt är däremot en långsiktig negativ förstärkning då smärta uteblir. Att undersköterskorna får beröm och uppmuntran från patienterna blir en kortsiktig positiv förstärkning. Dessa tankar om konsekvenser kan även härledas till begreppet resultatförväntningar inom den socialkognitiva teorin som menar att vårt beteende styrs av våra föreställningar om konsekvenser (Bandura, 1997).

Studien tyder på att undersköterskorna har en god tilltro till sin förmåga att bedöma patienters förmågor och vilka som behöver sjukgymnastik. De betonade att det ofta är de som gör den första bedömningen av patienten för att sedan rapportera till sjukgymnasten. Eftersom bedömning av funktionstillstånd och arbetsförmåga hos patienter är en av sjukgymnastens viktigaste uppgifter (Broberg & Tyni-Lenné, 2009) anser författarna att det

är intressant att undersköterskorna anser att uppgiften i första hand utförs av dem. Detta ser författarna som problematiskt då undersköterskorna uttrycker att de saknar utbildning för dessa bedömningar. Eftersom undersköterskorna uttryckte att de saknar vetskap om sjukgymnastens kompetens anser författarna att det också påverkar deras förmåga att bedöma vilka patienter som behöver träffa sjukgymnast. Undersköterskornas övriga bild av sina uppgifter inom rehabiliteringen, med vardagsrehabilitering som främsta uppgift, stämmer överens med Atwal m.fl. (2006) där undersköterskan beskrivs som bäst lämpad att utföra detta. Vidare säger Atwal m.fl. (2006) att undersköterskorna också har en viktig roll i att stödja och uppmuntra patienterna vilket även denna studie bekräftar. Att undersköterskornas nära relation till patienterna gör att de kan samla in varierande information som är viktig för övrig sjukvårdspersonal stämmer överens med studien av Spilsbury och Meyer (2004).

För att undersköterskor ska känna sig delaktiga i rehabiliteringen är det viktigt att de känner ett medinflytande i rehabiliteringen. I studien framkom ett antal brister i samarbetet kring rehabiliteringen då arbetet uppfattades som uppdelat och rapportering tillsammans med sjukgymnast fungerade dåligt. Det berodde bland annat på att sjukgymnasten upplevdes som upptagen vilket delvis stämmer överens med studien av Fiabane m.fl. (2013) där sjukgymnasten beskrivs som den yrkesgrupp som har högst stressnivå. I den här studien identifierades en oförståelse hos undersköterskorna kring sjukgymnastens arbetsuppgifter samt att undersköterskorna upplevde att sjukgymnasten inte förstod deras arbetsuppgifter. Att detta blir ett hinder i samarbetet stämmer delvis överens med studien av Dalley och Sim (2001) där sjukgymnastens bristfälliga insikt i andras yrkesroller identifierades som ett hinder för god rehabilitering. Att undersköterskorna inte ville lägga sig i sjukgymnastens arbete eftersom denne har en annan kompetens stämmer överens med Finn m.fl. (2010) som visade att hierarkisk skillnad mellan yrken gör att de med lägst status inte blir involverade i teamarbetet. Undersköterskorna uttryckte även att samarbetet med sjukgymnasten fungerar bra, att det är ett ömsesidigt utbyte och att det går bra att säga till sjukgymnasten när något inte fungerar. Undersköterskorna ansåg även att rehabilitering är viktigt och ger bra effekt för patienten, vilket innebär att de har höga värdeförväntningar (Bandura, 1997) för rehabiliteringens inverkan. Detta gör att undersköterskorna arbetar vidare med rehabiliteringen trots de problem de uppfattar. Att resultatet är motstridigt tror författarna beror på både positiva och negativa erfarenheter av samarbetet för olika individer inom gruppen.

Undersköterskorna upplevde teamarbete som något som förbättrar vården vilket stämmer överens med studierna av Long m.fl. (2003) och de Morton m.fl. (2009). Undersköterskorna har höga resultatförväntningar (Bandura, 1997) för teamarbete då de har positiva erfarenheter och gärna vill utveckla detta. Undersköterskorna upplevde teamarbete som roligt vilket har visat sig ha ett samband med hur delaktig man är i arbetet (Nielsen & Randall, 2012) vilket i sin tur har effekt på teamets prestationsförmåga (Rasmussen & Jeppesen, 2006).

I studien framkom tidsbrist som ett hinder för rehabilitering. Det upplevdes att resurserna minskar och att det är brist på personal som arbetar nära patienten. Detta gjorde att undersköterskorna kände sig stressade och att arbetet inte kunde ske optimalt. Mängden

arbete är den största riskfaktorn för att utveckla stress inom hälso- och sjukvården. För att hantera stress är det viktigt att mängden arbete stämmer överens med de resurser som finns (Fiabane et al. 2013). Att undersköterskorna i studien upplevde sitt arbete som meningsfullt och viktigt är positivt då det har visat sig öka toleransen för hög arbetsmängd (Fiabane et al. 2013).

Avsaknaden av sjukgymnast på helgen upplevdes som ett problem då den rehabiliterande träningen blir undersköterskornas ansvar. Eftersom undersköterskorna då är en mindre arbetsstyrka stannar rehabiliteringen upp. Att detta påverkar patienten bekräftas av Brusco m.fl. (2007) som beskriver att tillgång på sjukgymnast över helgen skulle kunna minska antalet ineliggande dagar för patienterna. Även Parker m.fl. (2013) har visat detta samt att mer sjukgymnastik ökar patientens livskvalité och självständighet vid utskrivning.

Sjukhusets miljö försvårade arbetet i rehabiliteringen för undersköterskorna. Framförallt påverkade det fysiska utrymmet kring patienterna möjligheterna att utföra bra och ergonomiska förflyttningar. Miljön påverkade också patienternas motivation då den inte uppmuntrade till aktivitet. Allt detta stämmer överens med den socialkognitiva teorin där omgivningen är en faktor som påverkar beteenden (Bandura, 1997). Sjukhusets fysiska miljö kan också ses som en antecedent då den föregår undersköterskornas beteende i förflyttningar (Ramnerö & Törneke, 2013). Att undersköterskorna upplevde tidsbrist och försvårande miljö påverkar deras delaktighet i rehabiliteringen då de kände att deras insatser blev av sämre kvalité och genomfördes för sällan.

I enlighet med den socialkognitiva teorin tyder resultatet av denna studie på att individen, omgivningen och beteendet samverkar då undersköterskornas delaktighet påverkades av detta (Bandura, 1997). Individfaktorer som påverkade delaktigheten i rehabiliteringen var att undersköterskorna hade en hög tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser och en känsla av att vara viktiga i rehabiliteringen. Omgivningen påverkade delaktigheten genom att undersköterskorna upplevde tidsbrist, resursbrist och förvårande miljö. Hur undersköterska och sjukgymnast kommunicerade är viktiga beteenden som också påverkar delaktigheten i rehabiliteringen. Dessa individ- beteende- och omgivningsfaktorer interagerar och påverkar hur undersköterskorna hanterar rehabiliteringen vilket i sin tur har inverkan på omgivningen och individerna.

Studiens definition av delaktighet är att känna sig engagerad och att vara aktivt medverkande i en livssituation, med känslan av att vara till nytta och ha medinflytande. Författarna anser att undersköterskorna känner ett engagemang och är aktivt medverkande i rehabiliteringen då de har höga värdeförväntningar, är motiverade, känner att de har en viktig uppgift samt anser sig utföra en stor del av arbetet i rehabiliteringen. Undersköterskornas aktiva medverkan påverkas också av deras goda tilltro till sin förmåga att göra bedömningar av patienter. Författarna anser att undersköterskorna har en känsla av att vara till nytta i rehabiliteringen då undersköterskorna anser att de skapar en nära relation och därmed bidrar med en helhetssyn kring patienten. De upplever sig också vara till nytta då de anser att de utför en stor del av vardagsrehabiliteringen. Författarna anser att undersköterskorna har ett medinflytande i rehabiliteringen då de upplever sig göra den första bedömningen av patienten och sedan rapportera detta till sjukgymnasten. Undersköterskorna berättar även att

de arbetar närmast patienten och därför kan bidra med värdefull information till övrig vårdpersonal. Detta anser författarna ökar undersköterskornas medinflytande. Att undersköterskorna upplever att det finns ett problem i kommunikationen med sjukgymnast gör att de anser att de inte har det medinflytande de skulle vilja. Även försvårande faktorer i miljön som tids- och resursbrist försämrar undersköterskornas förutsättningar för ett gott medinflytande.

Författarna anser att studiens resultat skulle kunna användas av sjukgymnaster för att utveckla samarbetet med undersköterskor. Studien kan även användas av chefer inom vården, andra teammedlemmar inom rehabiliteringen och undersköterskor. Resultatet kan ge en ökad förståelse för vad undersköterskorna kan bidra med i rehabiliteringen samt en ökad vetskap och medvetenhet om de problem som finns idag. Att känna till problemen gör det lättare att arbeta för att förbättra samarbetet, vilket i förlängningen leder till en förbättrad rehabilitering och vård.

### **5.3 Metoddiskussion**

Kvalitativ design med induktiv ansats valdes till denna studie då syftet var att undersöka undersköterskors erfarenhet av delaktighet i sjukgymnastisk rehabilitering av patienter inom slutenvård. Den kvalitativa designen valdes eftersom studien undersöker deltagarnas erfarenheter kring en situation. Om författarna istället hade valt en kvantitativ design hade frågorna inte lämnat utrymme för följdfrågor och en djupare diskussion vilket författarna strävade efter. . Nackdelen med en kvalitativ design är att resultatet inte kan generaliseras tillbaka till populationen (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011). Induktiv ansats passar studien bra då det innebär en objektiv analys baserat på människors berättelser. Författarna ville inte testa någon teori i denna studie vilket det skulle ha inneburit om de valt en deduktiv ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Deltagarna till studien rekryterades genom ett bekvämlighetsurval då avdelningschefen på sjukhuset tillfrågade deltagarna (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011). Anledningen till urvalet var att det förenklade arbetet med rekryteringen. Att avdelningschefen valdes som rekryterare har både för- och nackdelar. Fördelen är att avdelningschefen har kunskap om avdelningens rutiner och schema samt kunde godkänna att intervjuerna skedde på arbetstid. En nackdel skulle kunna varit att avdelningschefen kunde välja ut deltagare som framställer avdelningen på ett fördelaktigt sätt. Inklusionskriterierna valdes för att deltagarna skulle ha erfarenhet av vården och arbete med rehabilitering eftersom författarna ville undersöka deras upplevelser av detta.

Studiens datainsamling gjordes i form av gruppintervjuer för att främja trygghet och stimulera till diskussion mellan deltagarna (Gillham, 2008). Med trygghet menar författarna att deltagarna skulle kunna känna stöttning av varandra och därmed våga ta upp negativa tankar. Om författarna hade träffat varje deltagare enskilt fanns risken att deltagaren skulle känna sig i underläge eftersom författarna representerar sjukgymnastyrket, den yrkesgrupp

som delvis diskuterades. Nackdelen med att hålla gruppintervjuer kan vara att det försvårar styrningen av samtalet för författarna. En annan nackdel kan vara att deltagarna inte vågar uttrycka åsikter som går emot gruppen i stort (Gillham, 2008). Att författarna valde att leda en intervju vardera gjorde att intervjuerna blev mer lika eftersom båda då leddes av nybörjare. Att intervjuerna leddes av nybörjare kan också ses som en nackdel då erfarenhet eventuellt kunde gjort att författarna lagt märke till andra saker och därmed ställt andra följdfrågor.

Författarna valde att utarbeta en semistrukturerad intervjuguide då det fanns behov av en struktur för att uppfylla syftet men samtidigt lämna utrymme för vidare tankar (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011). Intervjuguiden byggdes upp utifrån studiens definition av delaktighet och begreppen resultatförväntningar, self-efficacy och omgivning i den socialkognitiva teorin. Författarna anser att frågan "Vad anser ni är er roll i patientens rehabilitering?" representerar aktiv medverkan som är en del i definitionen av delaktighet. Även frågorna "På vilket sätt anser ni att ni bidrar till patients rehabilitering?" och "Känner ni att ni kan påverka patientens rehabilitering?" representerar delar av delaktigheten då de svarar på begreppen att vara till nytta och att ha inflytande. Även begreppet engagemang ingår i studiens definition av delaktighet. Detta kom till senare i processen vilket gjorde att författarna inte tog hänsyn till begreppet i intervjuguiden. Författarna ser delaktighet som ett beteende och därför utgår intervjuguiden från några av de begrepp som påverkar beteendet. Self-efficacy, resultatförväntningar och omgivningen lyfts fram med specifika frågor samtidigt som författarna anser att individ- och beteendefaktorer täcks in av flertalet frågor. Frågan "Tycker ni att sjukgymnastisk rehabilitering gör att patienten blir bättre?" innehåller en värdering vilket kan ha gjort att undersköterskorna vill ge ett tillfredställande svar. Detta kan ha påverkat studiens resultat där det framkommer att undersköterskorna har höga resultatförväntningar. Denna fråga borde formulerats på ett neutralare sätt till exempel "Hur tycker ni sjukgymnastisk rehabilitering påverkar patienten?". Tanken med frågorna var att skapa en bra grund för diskussion kring undersköterskornas erfarenheter av delaktighet. Att flertalet av frågorna är slutna anser författarna är en brist då de inte inbjuder till diskussion. Författarna upplevde att dessa frågor behövde fler följdfrågor och behövde förklaras genom exempel. Efter att de slutna frågorna utvecklats anser författarna att diskussionerna förbättrades.

Författarna valde att använda sig av en kvalitativ innehållsanalys då detta ger en bra struktur vid analys av text. En fördel vid analysarbetet var att författarna var två och därmed kunde arbetet med att ta ut meningsbärande enheter delas upp mellan författarna för att sedan jämföras. Under analysarbetet diskuterades processen med handledare och under handledningsseminarier med kurskamrater för att få fram tydliga kategorier och teman som representerade resultatet.

Att grupperna visade sig bestå av enbart kvinnor anser författarna underlättar studiens överförbarhet då andelen kvinnor inom undersköterskeyrket är 93 %. Överförbarheten ökar även eftersom medelåldern för grupperna (50 år) visade sig likna medelåldern för undersköterskor i Sverige vilken är 44 år (Statistiska centralbyrån, 2011). Dessa likheter påverkar studiens överförbarhet till liknande verksamheter. Författarna anser att studien är trovärdig då den svarar mot syftet och att delar av resultatet stöds av tidigare forskning.

Trovärdigheten påverkas även av att relevanta meningsbärande enheter valdes ut och att teman och kategorier sedan representerade materialet på ett tydligt sätt. För att öka trovärdigheten hade studien behövt fler deltagare och fler intervjutillfällen. På grund av det låga antalet deltagare och få intervjutillfällen uppnåddes heller inte någon mättnad i data (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

## 5.4 Etikdiskussion

Författarna har tagit hänsyn till deltagarnas anonymitet då de har aidentifierat materialet direkt vid transkribering. Deltagarna har informerats om sina rättigheter i studien och författarna har tagit hänsyn till sekretessen då materialet förvarats på två låsta datorer och en extern hårddisk. Ett etiskt problem för studien är att deltagarna rekryterades av avdelningschefen vilket innebär att denne vet vilka deltagarna är. Detta är en brist i anonymiteten för deltagarna som kan hindra dem att uttrycka känsliga åsikter. Författarna har också haft i åtanke att eftersom idén till studien ursprungligen kommer från avdelningens sjukgymnast kan det innebära att det fanns ett behov av studien. Eventuellt kan sjukgymnasten vilja framställa sitt arbete på ett bra sätt, eller att det kan finnas ett problem på avdelningen som behöver utredas. Att intervjuerna gjordes i grupp kan göra att en deltagare kände sig utsatt om denna hade åsikter som skiljde sig från gruppens. Då deltagarna är kollegor kan det göra att de vill vara överens och inte ge varandra kritik eftersom de ska fortsätta arbeta tillsammans. Att författarna representerar en av de yrkesgrupper som diskuterades kan ha upplevts som ett hinder för att ta upp kritik mot sjukgymnaster. Det kan även ha påverkat deltagarnas åsikter då de kan vilja tillfredsställa författarna och uttrycka det de tror att författarna vill höra. Inga etiska dilemman uppkom under studiens gång.

## 6 SLUTSATSER

Undersköterskorna upplever delaktighet då de känner ett engagemang och en aktiv medverkan genom att de är motiverade och anser sig utföra en stor del av arbetet i rehabiliteringen. Att de känner en hög tilltro till sin förmåga att utföra rehabiliterande insatser samt att de har en viktig uppgift gör att de känner att de är till nytta i rehabiliteringen. Frågan om undersköterskorna har ett medinflytande i rehabiliteringen kan ses på olika sätt. Eftersom undersköterskorna anser att det finns brister i kommunikationen kring rehabiliteringen minskar deras medinflytande. Samtidigt anser författarna att undersköterskorna har ett medinflytande då de uttrycker att de gör den första bedömningen, arbetar närmast patienten och kommer med värdefull information till övriga yrkeskategorier.

Författarna anser att resultatet av denna studie kan användas för att utveckla samarbetet mellan sjukgymnast och undersköterska. Vidare anser författarna att studien behöver

upprepas på avdelningar med andra patientgrupper för att utveckla förståelsen för undersköterskornas erfarenheter av delaktighet inom rehabilitering och för att undersöka om resultatet av denna studie är överförbart till andra typer av avdelningar. Författarna anser att det saknas forskning om undersköterskors uppfattningar om och effekterna av deras arbete i rehabiliteringen vilket behövs för att utveckla samarbetet i vården och öka förståelsen för undersköterskornas yrke.



## REFERENSLISTA

- Arbetsförmedlingen (2013). *Yrkeskompassen: Undersköterska*. Hämtat den 4 september 2013 från <http://www.arbetsformedlingen.se/4.1d0780de11e44162f348000584.html?url=1119789672%2FYrkeskompassen%2FYrkesbeskrivning.aspx&sv.url=12.1d0780de11e44162f348000589>
- Atwal, A., Tattersall, K., Caldwell, K. & Craik, C. (2006). Multidisciplinary perceptions of the role of nurses and healthcare assistants in rehabilitation of older adults in acute health care. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (11), 1418-1425.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Broberg, C., & Tyni-Lenné R. (2009). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. Stockholm: Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
- Brusco, K N., Shields, N., Taylor, F N., & Paratz, J. (2007). A Saturday physiotherapy service may decrease length of stay in patients undergoing rehabilitation in hospital: a randomised controlled trail. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53 (2), 75-81.
- Bulger, C A., & Mellor, S. (1997). Self-Efficacy as a Mediator of the Relationship Between Perceived Union Barriers and Women's Participation in Union Activities. *Journal of applied psychology*, 82 (6), 935-944.
- Carter, R., Lubinsky, E. & Domholdt, E (2011). *Rehabilitation Research: Principles and Applications, Fourth edition*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Codex (2013). *Codex – regler riktlinjer för forskning. Informerat samtycke*. Hämtat den 6 september 2013 från <http://codex.vr.se/forskningmanniska>
- Dalley, J., & Sim, J. (2001). Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation*, 15 (4), 380-389.
- De Morton, N., Keating, L J., & Jeffs, K. (2007). Exercise for acutely hospitalized older medical patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007 (1), CD005955
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur.
- Evans, L R., Connis, T R., Hendricks, D R., & Haselkorn, K J. (1995). Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 40 (12), 1699-1706.
- Fiabane, E., Argentero, P., Giorgi, I., & Sguazzin, C. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: The role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (17-18), 2614-2624.

- Finn, R., Learmonth, M., & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social Science & Medicine*, 70 (8), 1148-1154.
- Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Michel, F., Peter, C. et al. (2012). Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury – an ICF-based study. *Spinal Cord* 50 (9), 699-706.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.
- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B., & Mustajbegovic. (2009) Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 65 (10), 2056–2066.
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25 (3), 175-181.
- Long, A., Kneafsey, R., & Ryan, J. (2003). Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (6), 663-673.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund – Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Malmö stad. (2007). *Praktisk rehabilitering: förflyttningsutbildning* (2:a upplagan). Hämtat den 16 januari 2014 från [http://www.malmo.se/download/18.6e0fe7e512c888cbc52800016321/Rehab\\_forflyttningsteknik\\_low.pdf](http://www.malmo.se/download/18.6e0fe7e512c888cbc52800016321/Rehab_forflyttningsteknik_low.pdf)
- Nationalencyklopedin (2013). *Delaktighet*. Hämtat den 5 september 2013 från [http://www.ne.se/sve/delaktighet?i\\_h\\_word=delaktighet](http://www.ne.se/sve/delaktighet?i_h_word=delaktighet)
- Nielsen, K., & Randall, R. (2012). The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *Work & Stress*, 26 (2), 91-111.
- Parker M, A., Lord K, R., & Needham M, D. (2013). Increasing the dose of acute rehabilitation: is there a benefit? *BMC Medicine*, 11 (1), 1-3.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2013). *Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Rasmussen, H T., & Jeppesen, J H. (2006). Teamwork and associated psychological factors: A review. *Work & Stress*. 20 (2), 105-128.
- Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* (2003-4-1). Vällingby: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB
- Socialstyrelsen (2013). *Termbank*. Hämtat den 5 september 2013 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>

Spilsbury, K., & Meyer, J. (2004). Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*. 12 (6), 411-418.

Statistiska centralbyrån. (2011). *Yrkesstrukturen i Sverige 2011: Yrkesregistret med yrkesstatistik*. (AM33SM1301).

Universitets- och högskolerådet (2014). *Utbildningsnivåer och examina*. Hämtat den 10 februari 2014 från <http://www.studera.nu/omstudier/omstudier/utbildningsnivaerochexamina.5.27d86368130216405a6800014111.html>

Studentum (2014). *Utbildning, Undersköterska*. Hämtat den 16 januari 2014 från <http://www.studentum.se/underskoterska.html#moreAboutSearch>

Ursin, H., & Eriksen, HR. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. 29 (5), 567-592.

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 61 (2), 232-241.

# BILAGA A – INFORMATIONSBREV

## Informationsbrev

Vi är två sjukgymnaststudenter från Mälardalens Högskola i Västerås. Vi skriver nu vårt examensarbete om undersköterskors delaktighet i sjukgymnastisk rehabilitering på vårdavdelning.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie.

Studien kommer gå till så att vi träffas vid ett tillfälle i en fokusgrupp, vilket innebär att vi i grupp diskuterar er delaktighet i rehabilitering. Samtalet kommer att ta ca 45 minuter. Intervjun spelas in för att sedan skrivas om till text där alla personuppgifter tas bort. Svaren analyseras och sammanställs i examensarbetet.

Inspelningen och texten förvaras på en säker plats. Texten kommer endast visas för examinatorn vid behov. När slutversionen av examensarbetet är godkänd kommer inspelningen att raderas.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Undersökningen presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens Högskola.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Hanna Beskow  
Sjukgymnaststudent  
hbw10001@student.mdh.se  
070-2824286

Elinor Larsson  
Sjukgymnaststudent  
eln11009@student.mdh.se  
073-0335098

Petra von Heideken Wågert  
Handledare, lektor  
petra.heideken.wagert@mdh.se  
021-103188



## **BILAGA B - INTERVJUGUIDE**

### **Frågor**

Vad anser ni är er roll i patientens rehabilitering?

### **Resultatförväntningar**

Tycker ni att sjukgymnastisk rehabilitering gör att patienten blir bättre?

### **Self-efficacy**

Känner ni er säkra på att kunna utföra de uppgifter ni får av sjukgymnasten?

### **Att vara till nytta**

På vilket sätt anser ni att ni bidrar till patientens rehabilitering?

### **Ha inflytande**

Känner ni att ni kan påverka patientens rehabilitering?

### **Omgivning**

Finns det tid och resurser för rehabilitering?



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

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