

FYSIOTERAPEUTERS UPPLEVELSE AV SIN YRKESROLL INOM DEMENSVÅRD

HANNA BARRDAHL

SANDRA JOHANSSON

Akademin för hälsa, vård och välfärd
Fysioterapi
Grundnivå
15 hp
Fysioterapeutprogrammet
FYS009

Handledare: Johanna Westerlund
Examinator: Thomas Overmeer

Datum: 2016-03-30

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Befolkningen blir äldre och antalet som lever med en demenssjukdom ökar. Fysioterapeuten kan bidra med sin kompetens och vara en del av ett multiprofessionellt team i vården av personer med demenssjukdom, en patientgrupp som av andra professioner upplevs som utmanande.

Syfte: Syftet med uppsatsen är att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin yrkesroll inom vård av personer med demenssjukdom.

Metod: En kvalitativ design med induktiv ansats användes. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med sex fysioterapeuter som arbetade med personer med demenssjukdom, sedan utfördes en kvalitativ innehållsanalys på materialet.

Resultat: Den kvalitativa innehållsanalysen resulterande i sex kategorier som sedan skapade två olika teman: “problemlösare för rehabiliteringsbeteende mot en ökad livskvalitet” och “kompetens, ett öppet sinne och samverkan ligger till grund för arbetet”.

Slutsats: Fysioterapeuterna upplevde sin yrkesroll som viktig inom vården av personer med demenssjukdom samt att arbetet ofta är utmanande, men de upplevde att det behövdes större möjlighet till vidareutbildning inom området. Fysioterapeuterna ansåg att det var viktigt med bemötandet mot patienterna samt att ha ett samarbete med andra professioner. Studieförfattarna anser att fler studier behövs inom området, då med fokus på de hinder som finns i samarbetet med andra professioner.

Nyckelord: Fysioterapi, hälso- och sjukvårdspersonal, kvalitativ forskning, neurodegenerativa sjukdomar

ABSTRACT

Background: The population becomes older and the number of people living with dementia is increasing. The physiotherapist can contribute with their competence and be a part of a multiprofessional team in the care of people with dementia, a group that other professions describes as challenging.

Aim: The aim of the study is to investigate physiotherapists experiences of their profession in the care of people with dementia.

Method: A qualitative design with an inductive approach was used. Data was collected by semistructured interviews with six physiotherapists working with people with dementia, a qualitative content analysis was then used.

Result: The qualitative content analysis resulted in six categories which then formed two different themes: “problemsolvers for a rehabilitative behavior towards a better quality of life” and “competence, an open mind and cooperation is the foundation for the work”.

Conclusion: The physiotherapists felt that their profession was important in the care of people with dementia and that the work often was challenging, they thought that there was a need for further education in the field. The physiotherapists felt that it was important with their attitude towards patients and that they needed to cooperate with other professions. The authours of the study believe that more studies are needed in the field, with focus on the obstacles in the multiprofessional teamwork.

Keywords: Health professionals, neurodegenerative diseases, physiotherapy, qualitative research

INNEHÅLL

1	BAKGRUND	1
1.1	Demenssjukdom	1
1.1.1	<i>Symtom och sjukdomsförlopp vid demens</i>	1
1.1.2	<i>Att arbeta med personer med demenssjukdom</i>	3
1.2	Fysioterapeutens yrkesroll	4
1.2.1	<i>Fysioterapeutiska insatser vid demenssjukdom</i>	4
1.3	Multiprofessionellt arbete	5
1.4	Rehabiliterande förhållningssätt	6
1.5	Problemformulering.....	7
2	SYFTE	8
3	METOD	8
3.1	Design	8
3.2	Urval	8
3.3	Rekrytering	8
3.4	Datainsamling.....	9
3.5	Dataanalys	9
3.6	Etiska överväganden	10
4	RESULTAT	10
4.1	Problemlösare för rehabiliteringsbeteende mot en ökad livskvalitet	11
4.1.1	<i>Utför ett viktigt arbete</i>	11
4.1.2	<i>Utmaning som stimulerar</i>	12
4.1.3	<i>Vikten av rehabiliterande förhållningssätt</i>	12
4.2	Kompetens, ett öppet sinne och samverkan ligger till grund för arbetet.....	13
4.2.1	<i>Bemötande är en stor del</i>	13
4.2.2	<i>Kunskap och utvecklingsbehov</i>	14
4.2.3	<i>Olika typer av samarbete</i>	15
5	DISKUSSION	17

5.1 Resultatdiskussion	17
5.2 Metoddiskussion	21
5.3 Etikdiskussion	23
6 SLUTSATS	23
REFERENSLISTA	25

BILAGA A INFORMATIONSBREV

BILAGA B INTERVJUGUIDE

1 BAKGRUND

1.1 Demenssjukdom

Under de senaste 100 åren har åldersfördelningen i Sverige förändrats mycket, vi har idag en högre medellivslängd än förut samtidigt som det föds färre barn, vilket medför att andelen äldre i landet ökar (Statistiska Centralbyrån, 2014). Att drabbas av en demenssjukdom är ovanligt hos personer som är yngre än 60 år, men risken att få en demenssjukdom ökar därefter successivt med åldern (Statens beredning för medicinsk utvärdering[SBU], 2008). Det finns olika riskfaktorer för att utveckla demenssjukdom, i en studie har det visats att diabetes, stroke, parkinsons sjukdom, kranskärlsjukdomar, mild kognitiv nedsättning, mentala och beteendemässiga sjukdomar på grund av alkoholintag samt intrakraniella skador kan kopplas till utveckling av demenssjukdom (Booker, Jacob, Rapp, Bohlken & Kostev, 2016). Cirka 6 % av de som är 65 år och äldre i Sverige har en svår kognitiv nedsättning och bland de som är 80 år och äldre har 15-25 % en så svår kognitiv nedsättning att de kräver permanent stöd i sin vardag (Wallin & Wikkelsø, 2012). Att antalet äldre blir större gör därmed att antalet personer som lever med en demenssjukdom ökar (SBU, 2006).

1.1.1 Symtom och sjukdomsförlopp vid demens

Demens används ofta som ett samlingsbegrepp för flera olika sjukdomar, där en "förvärvad och stadigvarande nedsättning av kognitiva funktioner" (Wallin & Wikkelsø, 2012, s. 296) sker. Demens är ett syndrom som beror på en sjukdom eller skada i hjärnan som stör flera högkortikala funktioner (World Health Organization[WHO], 2016). Primärt innebär demens en nedsatt minnesfunktion, men andra symtom såsom nedsatt orienterings-, tanke- eller kommunikationsförmåga kan också förekomma hos personer med demenssjukdom och en del personer drabbas även av personlighetsförändringar på grund av sin demenssjukdom. Vilka symtom sjukdomen ger beror på var i hjärnan skadan sitter och hur omfattande skadan är (SBU, 2006). Det förekommer även motoriska symtom vid demenssjukdom och det föreligger ofta en ökad fallrisk hos patientgruppen (FYSS, 2015). Det finns flera olika demenssjukdomar vilka kan delas in i tre grupper, dessa är primärdegenerativa demenssjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundära demenssjukdomar. I gruppen med primärdegenerativa sjukdomar räknas bland annat alzheimers sjukdom, lewykroppsdemens och frontotemporal demens. Sekundära demenssjukdomar är demenssjukdomar som uppkommer till följd av andra sjukdomar, exempelvis hjärntumör, metabola störningar eller alkoholmissbruk (Wallin & Wikkelsø, 2012).

Alzheimers sjukdom är den vanligaste av de primärdegenerativa sjukdomarna. Det finns olika hypoteser om uppkomsten av alzheimers sjukdom, en av hypoteserna är att sjukdomen

uppkommer på grund av en störd omsättning av amyloidprekursorproteinet med utfällning av beta-amyloid, som leder till toxiska effekter på neuronerna. En annan hypotes är att sjukdomen beror på en förändring av konfigurationen av proteinet tau (Wallin & Wikkelso, 2012). Alzheimers sjukdom är starkt kopplad till stigande ålder och drabbar vanligen personer över 65 års ålder. Det till skillnad från frontotemporal demens som vanligen drabbar personer under 65 år. Vid frontotemporal demens förekommer vanligen en symmetrisk atrofi av frontalloberna eller temporalloberna (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). Gemensamt för både frontotemporal demens och alzheimers sjukdom är att de motoriska symtomen framträder sent i sjukdomsförloppet (FYSS, 2015).

Cerebrovaskulära sjukdomar, exempelvis stroke, kan leda till vaskulär demens. Demenssymtomen skiljer sig åt beroende på den cerebrovaskulära sjukdomen som patienten har drabbats av. Riskfaktorerna för cerebrovaskulära sjukdomar och vaskulär demens är därmed samma (Wallin & Wikkelso, 2012) och innefattar bland annat högt blodtryck, förmaksflimmer, rökning, diabetes och övervikt (Norrving & Lindgren, 2012). Vid vaskulär demens och lewykroppsdemens framträder de motoriska symtomen tidigare i sjukdomsförloppet än hos personer med frontotemporal demens eller alzheimers sjukdom (FYSS, 2015). Lewykroppsdemens drabbar vanligen personer mellan 50 och 80 års ålder (Marcusson et al., 2011) och är den näst vanligaste primärdegenerativa sjukdomen (Wallin & Wikkelso, 2012). Lewykroppsdemens har likheter med parkinsons sjukdom, både kliniskt och patologiskt, vilket innebär att det förekommer störningar i rörelsemönstret i form av rigiditet och hypokinesi (Marcusson et al., 2011; Wallin & Wikkelso, 2012).

Personer med demenssjukdom har vanligen en nedsatt förmåga att utföra aktiviteter i dagligt liv(ADL) till följd av den kognitiva svikt som föreligger. Med tiden ökar vanligen problemen med att utföra ADL. Det finns idag ingen behandling att bota demenssjukdomar med, men det finns läkemedel som kan stabilisera eller förbättra symtom under en period (FYSS, 2015).

Något som kan förekomma hos personer med demenssjukdom är beteendemässiga och psykiska symtom, som förkortas BPSD, dessa kan exempelvis vara aggressivitet, vandrande, plockande, ångest eller depression. Nio av tio med demenssjukdom får någon gång någon form av dessa symtom och det kan vara svårt att handskas med, både för närstående och personal. Det är viktigt att utreda vad som ligger bakom symtomen, exempelvis om det är någon speciell situation eller miljö som utlöser symtomen, och därefter inrikta behandlingen specifikt på de utlösande faktorerna (Socialstyrelsen, 2010a). I en studie av Wilkes, Fleming, Wilkes, Cioffi och Le Miere (2005) har de tittat på hur en förändring i miljön påverkar personer med BPSD symtom. De såg då att en flytt till särskilt boende för personer med demenssjukdom hade en positiv effekt på personernas symtom, personerna blev mindre verbalt aggressiva och hade mindre icke-aggressiva symtom som vandrande, plockande och repetitiva rörelser. I en annan studie har det visats att förekomsten av BPSD symtom ökar i takt med sjukdomsförloppet, dock användes då läkemedel i stor utsträckning för att behandla symtomen (Selbaek, Kirkevold & Engedal, 2007).

Sjukdomsförloppet kan variera mellan individer, även om det för alla är en progressiv sjukdom som med tiden ger mer påtagliga symtom. Utvecklingen av sjukdomen brukar beskrivas som tre stadier - mild demens, medelsvår demens och till sist svår demens. Vid

mild demens(stadium 1) börjar minnet att svikta, det kan vara svårt att hitta ord eller lära in nya saker, problemlösning och att ta snabba beslut blir också svårare. Även ångest, oro och depression är vanligt i tidigt stadiet. Vid medelsvår demens(stadium 2) ökar problemen genom ett försämrat närminne, tal- och förståelsesvårigheter, orienteringsproblem samt svårigheter med att känna igen personer och föremål. I detta stadiet krävs ofta mer tillsyn och successivt ökade vårdinsatser. Vid svår demens(stadium 3) försämras symtomen ytterligare, personerna får stora problem med språkförståelse, koncentration och de kan även vara svårkontaktbara, behovet av stöd ökar och i detta stadiet behöver personer med demenssjukdom mycket hjälp med vård och omsorg (Skog, 2012).

1.1.2 Att arbeta med personer med demenssjukdom

Att uppleva innebär att uppfatta och värdera något på ett känslomässigt plan (Nationalencyklopedin, u.å.). I en studie av Ericson-Lidman, Franklin Larsson och Norberg (2014) undersöktes hur sjuksköterskor och undersköterskor upplever att det är att arbeta med personer med demenssjukdom. Personalen upplever arbetet som utmanande men också viktigt och givande, de upplever att arbetet kräver tålamod och kreativitet. Exempelvis får de tänka på kommunikationen med patienterna, att inte ställa flera frågor eller ge flera alternativ på en gång då det kan förvirra. Även tiden beskrivs som en utmaning, detta då det ofta kan behövas mer tid för personer med demenssjukdom och om exempelvis en person kräver mer tid försvinner tid för de andra patienterna. De upplever också att ytterligare utbildning är viktigt för att förbättra vården av personer med demenssjukdom. I en annan studie där de undersökte vårdgivares upplevelse av utmaningarna med att arbeta med personer med demenssjukdom och vad som krävdes för att få en god kvalitet i vården av personer med demenssjukdom såg de att det var viktigt att känna in och förstå patientens olika uttryck för att ge en vård med god kvalitet. Det visades även att öppenhet var en förutsättning för att förstå patientens behov (Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013).

Även Ostaszkievicz, Lakhan, O'Connell och Hawkins (2015) har undersökt sjuksköterskors och undersköterskors upplevelser kring arbetet med personer med demenssjukdom, men då specifikt hur de upplever att det är att arbeta med de personer som har BPSD-symtom. En utmaning de beskriver är att det inte går att lita på att personernas kognition och beteende är samma från dag till dag, vad som går bra en dag kanske inte alls fungerar nästa, vilket kräver att personalen alltid är uppmärksam på förändring hos sina patienter. En annan utmaning är organisatoriska faktorer så som personalbrist och tidspress, tidspressen gör att personalen ibland stressar genom omvårdnaden(ex. dusch, påklädning, toaletthjälp) vilket ofta medför att patienterna gör mer fysiskt motstånd, något som upplevdes som ett av de vanligaste BPSD-symtomen. Det som upplevdes underlätta arbetet var att lära känna personerna och därmed göra det lättare att förstå och kunna förutsäga deras beteende. Kommunikationen nämns även av Rahm Hallberg (2011) som en utmaning i arbetet med personer med demenssjukdom, det är svårt att tolka och förstå personerna och brist på feedback ifrån dem gör det svårt att veta som vårdare hur det man gjorde uppfattades av vårdtagaren.

1.2 Fysioterapeutens yrkesroll

“Sjukgymnastik som profession baseras på specifik kunskap, akademisk utbildning och självständigt yrkesansvar till gagn för enskilda och det allmänna bästa” (Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund[LSR], 2009, s. 6). En profession(yrkesroll) innebär ett jobb som kräver en speciell utbildning eller kompetens (Merriam-Webster, u.å.). Som fysioterapeut innebär yrkesrollen att möjliggöra för både individer och befolkningen att utveckla, bibehålla och återställa sin funktionsförmåga. Detta kan innebära olika former av tillämpning av arbetet, så som att främja, förebygga, behandla, habilitera eller rehabilitera olika problem (World Confederation for Physical Therapy [WCPT], 2011). Fysioterapeuter kan vara verksamma inom många olika områden och hur arbetet tillämpas beror på hur verksamheten ser ut (LSR, 2009). Det är som fysioterapeut också viktigt att se till mer än bara den fysiska funktionen hos patienterna, även det psykologiska och sociala har en viktig roll i det fysioterapeutiska arbetet (WCPT, 2011).

Fysioterapeuter som arbetar inom den kommunala verksamheten har en viktig roll i vården, men som profession utgör de samtidigt en minoritet i organisationen. De områden fysioterapeuten har ansvar för i kommunen är förskrivning av hjälpmedel, yrkesspecifika bedömningar, rehabilitering och träning. Ofta har också fysioterapeuten ansvar för utbildning av omvårdnadspersonal. Hur arbetsupplägget ser ut varierar mellan kommuner, vissa fysioterapeuter arbetar mer som konsulter då de besöker verksamheten när behov uppmärksammas, andra arbetar mer på plats då de har regelbundna tider på verksamheterna. Prioritering bland arbetsuppgifterna, arbetsupplägget och antalet personer fysioterapeuten har ansvar för påverkar arbetet och ofta kan förutsättningarna göra det svårt för fysioterapeuten att räcka till (Nordin, 2012).

1.2.1 Fysioterapeutiska insatser vid demenssjukdom

Fysisk aktivitet kan verka positivt för personer med demenssjukdom då det kan förhindra funktionsnedsättningar, minska fallrisk och förebygga hälsoproblem, men personerna som har en demenssjukdom klarar inte alltid att själva tillgodose behovet av aktivitet på grund av de kognitiva symtomen. Därför är det viktigt för exempelvis fysioterapeuter att möjliggöra för dessa patienter att få vara aktiva (FYSS, 2015). Många studier har gjorts på hur fysioterapi genom träning kan hjälpa personer med demenssjukdom. Till exempel så har Forbes, Thiessen, Blake, Forbes och Forbes (2015) visat i en metaanalys att träningsprogram kan förbättra förmågor hos personer med demenssjukdom för att kunna utföra ADL. Även Zhu et al. (2015) har undersökt vad fysioterapeutiska interventioner kan bidra med, då specifikt hos personer med alzheimers sjukdom, och sett att fysisk träning ger en positiv effekt både för ADL, fysisk funktion och kognitiv funktion. Det har också visats i en systematisk översikt att personer med mild till måttlig demenssjukdom kan med rehabilitering få samma återgång till funktioner efter en höftfraktur som personer utan demenssjukdom (Allen et al., 2012).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom innefattar delar där fysioterapeuter kan bidra, till exempel de fysioterapeuter som arbetar inom kommunal verksamhet. Riktlinjerna har olika rangordning från 1 till 10, där åtgärderna med prioritet 1 har störst angelägenhet och 10 längst angelägenhet med hänsyn till nyttan av

åtgärderna. Fysioterapeuterna kan exempelvis “ge stöd i användningen och följa upp all användning av hjälpmedel”(s.32) vilket har prioritet 2. Genom sina bedömningar kan de även följa upp funktions- och aktivitetsförmåga vilket ingår i att “minst årligen göra en medicinsk och social uppföljning...”(s.25) vilket har prioritet 1. Fysioterapeuter kan också erbjuda träning utöver den dagliga fysiska aktiviteten vilket har prioritet 5, detta innebär individuellt anpassad träning som ska vara funktionellt inriktad, exempelvis rörelse-, gång- eller balansträning. Att bedöma fallrisk hos personer med demenssjukdom och genomföra åtgärder vid förhöjd fallrisk har båda prioritet 1 enligt riktlinjerna. Genom att hjälpa till i bedömningen, erbjuda fysisk träning och genom hjälpmedel kan fysioterapeuter också här bidra (Socialstyrelsen, 2010b). Eftersom fysioterapeuter ofta utbildar omvårdnadspersonal (Nordin, 2012) kan de även bidra till att “ge personal [...] utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback”(s.24) vilket har prioritet 1 (Socialstyrelsen, 2010b).

I de fysioterapeutiska grundutbildningarna ingår kurser där geriatriska sjukdomar studeras, däribland demenssjukdomar och deras behandlingsmöjligheter, detta ingår dock i medicinska kurser tillsammans med annan sjukdomslära (Göteborgs Universitet[GU], 2015; Karolinska Institutet[KI], 2016; Mälardalens Högskola[MDH], 2014). Exempelvis på Göteborgs Universitet ingår geriatrik i kursen Medicinska ämnen på 15 högskolepoäng, där geriatriken innefattar både det normala åldrandet och åldrandets sjukdomar och då motsvarar 0,7 av högskolepoängen i kursen (GU, 2015).

Efter grundutbildningen är kompetensutveckling en självklar del av det fysioterapeutiska arbetet, detta kan innebära både att hålla sig själv uppdaterad inom sitt område eller att vidareutbilda sig (Fysioterapeuterna, u.å.). Fysioterapeuter kan exempelvis vidareutbilda sig inom demensvården genom en magisterutbildning inom demensvård på Karolinska Institutet vilken innefattar 60 högskolepoäng och är framtagen i samarbete med Silviahemmet. Utbildningen riktar sig till fysioterapeuter som vill få en djupare kunskap inom demens och de olika stadierna i sjukdomen. Utbildningen ger en bredare kunskap i hur det är att leva med en demenssjukdom och man får som fysioterapeut verktyg för att kunna arbeta evidensbaserat och personcentrerat (KI, 2015). Vid Mälardalens Högskola ges kursen Demens och psykisk ohälsa hos äldre - klinisk bild, utredning och behandling, som innefattar 7,5 högskolepoäng. Kursen är en fristående kurs på avancerad nivå och syftet med kursen är att ge deltagarna fördjupade kunskaper om demens och psykisk ohälsa hos äldre (MDH, 2013).

1.3 Multiprofessionellt arbete

Multiprofessionellt arbete är en central rekommendation från Socialstyrelsen vid vård och omsorg av personer med demenssjukdom och innebär att flera olika professioner samarbetar och bidrar med sina kompetenser i arbetet kring patienterna. Vilka professioner som ingår i samarbetet beror på varje enskild patient och hens behov. Det har även prioritet 2 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Fördelarna med det multiprofessionella arbetet är att kunna “förebygga och minska förekomsten av

beteendeproblem hos personer med demenssjukdom”(s.22) och att kunna minska stressen för anhöriga (Socialstyrelsen, 2010b). Multiprofessionellt arbete i rehabiliteringen av personer med demenssjukdom har visats kunna vara gynnsamt för personer med mild alzheimers sjukdom då det kan minska depressiva symtom och underlätta för vårdgivare (Viola et al., 2011). Även efter skador, ex. höftfrakturer är multiprofessionellt arbete gynnsamt för personer med demenssjukdom. Stenvall, Berggren, Lundström, Gustafson & Olofsson (2012) har visat att personer med demenssjukdom rehabiliteras snabbare i gångförmåga och ADL efter höftfrakturer om de får en multiprofessionell rehabilitering.

Syftet med ett bra multiprofessionellt arbete är att få till en kontinuitet i vård och omsorg, samt för att underlätta i bedömningar där flera professioner behövs. Det är även viktigt för att få ett helhetsperspektiv på patienterna (Socialstyrelsen, 2010b). För att kunna lägga upp en lämplig behandling krävs det enligt den biopsykosociala modellen att vårdgivare inte bara ser till det medicinska utan också ser till de psykologiska och sociala faktorerna som påverkar patienten (Engel, 1977). För personer med kroniska sjukdomar, så som alzheimers sjukdom, kan ett team bestående av flera olika professioner samarbeta och på så sätt se alla delar ur det biopsykosociala perspektivet (Sarafino, 2006). För att få till en kontinuerlig vård är det viktigt att ha en bra och effektiv kommunikation mellan olika professioner och vårdgivare, detta för att få till en vård som är anpassad efter varje individs behov och situation (WHO, 2015). För att sätta mål som är behovsanpassade för varje patient är det inte bara viktigt med samarbetet med andra professioner, utan också med patienten själv och dennes anhöriga och närstående (WCPT, 2011).

Fysioterapeuter jobbar såväl individuellt som i team med andra inom hälso- och sjukvården (WCPT, 2011). För alla områden och verksamheter som fysioterapeuter jobbar inom är det viktigt med samarbete med andra professioner (LSR, 2009). I en studie av Nancarrow et al. (2013) har de tittat på vad som krävs för att få till ett bra multiprofessionellt arbete och kommit fram till tio principer för detta: bra ledarskap, god kommunikation, möjlighet till lärande och utveckling, bra struktur och resurser, lämpliga kompetenser, bra klimat med förtroende och validering, personligheter som jobbar för teamet, tydliga visioner och mål, patientcentrerat fokus och respekt/förståelse för varandras roller. Xyrichis & Ream (2008) har också gjort en analys på vad som behövs för ett bra multiprofessionellt arbete och även de har kommit fram till att kompletterande kompetenser, öppen kommunikation, förståelse för varandras roller och gemensamma mål är grunderna för ett bra multiprofessionellt arbete.

1.4 Rehabiliterande förhållningssätt

Multiprofessionellt arbete är också något som är viktigt för att ha ett bra rehabiliterande förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2007). Att ha ett rehabiliterande förhållningssätt innebär att patienterna ska ges möjlighet att vara så självständiga som möjligt i sina dagliga aktiviteter, detta för att kunna förbättra och bibehålla de förmågor och funktioner som de har. Det är viktigt att se till varje individs behov och lägga upp rehabiliteringen därefter. För att det rehabiliterande förhållningssättet ska fungera och bli en naturlig del i vården krävs att

hela verksamheten och dess olika professioner samarbetar och har en god kommunikation (Malmö Stad, 2007). För att ge en god rehabiliterande vård krävs det som vårdgivare att vara flexibel och se till alla delar av patienten, med detta menas både patientens fysiska och psykiska hälsa, personlighet och det sociala sammanhang som påverkar patienten (Holst, 2011). I det rehabiliterande förhållningssättet gäller det då att se till både sjukdomens natur, dess symtom, psykologiska och sociala påverkan. Det är viktigt att se hur de faktorerna påverkar individen och att se hur man kan använda dem i ett rehabiliterande syfte (Malmö Stad, 2007). Detta är i enlighet med den biopsykosociala modellen som ser till hur de tre olika faktorerna påverkar patienten samt hur de olika faktorerna påverkas av patientens sjukdom (Engel, 1977).

I ett projekt som undersökt utvecklingen av rehabiliterande förhållningssätt inom särskilt boende har de visat att närheten och tillgängligheten till fysioterapeut och arbetsterapeut är av vikt när det kommer till personalens förhållningssätt. Genom att fysioterapeut och arbetsterapeut guidar omvårdnadspersonalen i var, när och hur mycket hjälp de boende behöver kan de se till att patienterna får möjlighet att vara så självständiga som möjligt (Malkan Nelson & Öhrström, 2006). Det har visats att undersköterskor och vårdbiträden vill och kan arbeta rehabiliterande, arbetsterapeuters och fysioterapeuters kompetenser kan då vara drivande för att fokus ska sättas på det rehabiliterande arbetet och förhållningssättet (Månsson, Nordholm, Andersson, Mikaelsson & Ekman, 2006).

I en studie av Galik, Resnick, Hammersla och Brightwater (2014) har de undersökt vilken inverkan ett rehabiliterande förhållningssätt kan ha på personer med demenssjukdom och vårdgivarna omkring dem. De såg i studien att personer som får denna typ av vård är mer fysiskt aktiva, fick förbättrade funktioner och hade en minskad fallrisk. De såg även att personal som fick både utbildning och stöd, jämfört med bara utbildning, i det rehabiliterande förhållningssättet ökade sitt användande av det i arbetet. I en annan studie som undersökt vad som kan påverka personer med demenssjukdoms upplevelse av värdighet har de visat att det är viktigt för patienterna att få bekräftelse. Fokus bör ligga på vilka förmågor patienten har och inte på vilka begränsningar som hen har (Heggestad, Nortvedt & Slettebø, 2013).

1.5 Problemformulering

Befolkningen i Sverige blir äldre och antalet som lever med en demenssjukdom ökar därmed också. I arbetet med personer med demenssjukdom är det viktigt med ett multiprofessionellt arbete, vilket fysioterapeuten kan vara en del av. Fysioterapeuten ser patienten utifrån sina kunskaper och arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Forskning är gjord på hur annan vårdpersonal upplever att det är att arbeta med personer med demenssjukdom men ingen forskning finns på hur fysioterapeuter upplever arbetet och sin yrkesroll. Författarna vill därför i denna studie undersöka detta.

2 SYFTE

Syftet med uppsatsen är att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin yrkesroll inom vård av personer med demenssjukdom.

3 METOD

3.1 Design

Studien genomfördes genom att göra en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansatt på data insamlad från enskilda intervjuer. Detta valdes då syftet med studien är att beskriva fysioterapeuternas egna upplevelser kring sin yrkesroll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

3.2 Urval

Bekvämlighetsurval användes då fysioterapeuterna som tillfrågades arbetar i ett geografiskt nära område. Urvalet var även ändamålsenligt då de tillfrågade fysioterapeuterna som inkluderades i studien skulle vara legitimerade fysioterapeuter eller sjukgymnaster som arbetade med vård av personer med demenssjukdom (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011). De skulle ha arbetat minst sex månader inom någon typ av verksamhet som innefattade vård av personer med demenssjukdom.

3.3 Rekrytering

Via kommunernas hemsidor hittades telefonnummer till enhetschefer för gruppboenden och hemsjukvård och kontakt togs för att få skriftligt godkännande för fysioterapeutens deltagande, detta arbete delades upp mellan författarna. Från enhetscheferna erhöles sen kontaktuppgifter till deras anställda fysioterapeuter som därefter tillfrågades om medverkan för intervju av författarna via mail med ett informationsbrev, se bilaga A. Då de tackat ja till att delta i studien bokades en tid för intervju. Rekrytering skedde löpande tills dess att sex deltagare hade rekryterats. De rekryterade fysioterapeuterna hade arbetat mellan 2 och 11 år inom verksamhet som innefattar vård av personer med demenssjukdom. Fysioterapeuterna som rekryterades var anställda inom tre olika kommuner och arbetade både inom ordinärt och särskild boende.

3.4 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer som utgick från en intervjuguide, se bilaga B. Frågorna behandlade fysioterapeuternas upplevelse av olika delar av sin yrkesroll. För att få ihop tillräckligt med material till analysen bedömdes det behövas minst fyra intervjuer (T. Overmeer, personlig kommunikation, 14 april 2015). De två första intervjuerna var provintervjuer för att testa intervjuguiden, då materialet som insamlades i dessa bedömdes vara tillräckligt så inkluderades även de i studien och inga ändringar gjordes i intervjuguiden.

Vid de första två intervjuerna var båda författarna närvarande och ledde då varsin intervju. Vid resterande fyra intervjuer var endast en och samma författare närvarande, detta på grund av logistiska skäl. Författarna följde intervjuguiden och använde sig även av följdfrågor för att gå djupare in i fysioterapeuternas svar. Intervjuerna varade mellan sju och sjutton minuter och spelades in på en diktafon som sedan förvarades så endast författarna hade tillgång till den. Samtliga intervjuer genomfördes på fysioterapeuternas arbetsplatser.

3.5 Dataanalys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Först transkriberades alla intervjuerna av en av författarna och kodades samtidigt med en siffra för att avidentifiera deltagarna, båda författarna läste sen igenom det transkriberade materialet var för sig för att få en överblick. Efter detta genomförde båda författarna analysprocessen tillsammans. Först togs meningsbärande enheter ut som var relevanta i förhållande till syftet, dessa kondenserades sen för att bli mer lätthanterliga. Enheterna kodades sen och efter samband som hittades mellan dem kategoriserades de en första gång. Det fanns brister i vissa av koderna, de var för långa, för korta eller för ospecifika för att kunna kategoriseras. Därför arbetades koderna igen och det som behövdes kodades om och kategoriserades på nytt. Kategoriseringen gjordes sen om några gånger för att hitta en struktur i resultatet, vissa enheter sorterades även bort under processen då de inte ansågs vara relevanta till syftet. Under analysprocessen användes både manifest och latent analys, meningsenheter och kondenserade meningsenheter hölls mer manifesta medan koder och kategorier gjordes mer latenta. Kodningen och kategoriseringen diskuterades också igenom med en lärare och en grupp studenter för att få stöd i analysprocessen.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
det är just för att man kan inte alltid få ett svar rakt ut	svårt att få svar	utmaning med kommunikationen	Bemötande är en stor del
det är ju så att de man är inkopplad hos mycket lär man ju känna	lär känna de man är inkopplad hos	skapar relation till patienter	

då är ju undersköterskorna bra eftersom de känner dem väldigt bra, de som är här varje dag	undersköterskorna känner patienterna bra	usk relation till patienterna	Olika typer av samarbete
Vi kanske har våran syn på aktivitet och vad personen klarar av, men att man får input från de andra med	få input från flera professioner	information från andra professioner	

3.6 Etiska överväganden

Innan fysioterapeuterna tillfrågades om deltagande togs kontakt med enhetscheferna för att få deras skriftliga godkännande, dokumentet ”Intyg om tillstånd för examensarbete” användes då. För att få informerat samtycke tillfrågades sen fysioterapeuterna om deltagande först via ett informationsbrev, se bilaga A, där information om studiens syfte, innehåll och konfidentialitet presenterades. Deltagarna fick sen samma information även muntligt vid intervjutillfället (Codex, 2015).

För att garantera de medverkande konfidentialitet kodades intervjuerna och det insamlade materialet från intervjuerna förvarades på sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av det (Vetenskapsrådet, 2011). Detta för att vara säkra på att endast författarna kunde ta del av informationen. När arbetet är klart och uppsatsen är godkänd av examinator så raderas allt arbetsmaterial.

4 RESULTAT

Genom analysprocessen har sex olika kategorier funnits som svarar på studiens syfte att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin yrkesroll inom vård av personer med demenssjukdom. Två teman har även hittats genom analysen, vilket framgår i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och teman.

Kategorier	Teman
Utför ett viktigt arbete	Problemlösare för rehabiliteringsbeteende mot en ökad livskvalitet
Utmaning som stimulerar	
Vikten av rehabiliterande förhållningssätt	

Bemötande är en stor del	Kompetens, ett öppet sinne och samverkan ligger till grund för arbetet.
Kunskap och utvecklingsbehov	
Olika typer av samarbete	

4.1 Problemlösare för rehabiliteringsbeteende mot en ökad livskvalitet

4.1.1 Utför ett viktigt arbete

Flera av fysioterapeuterna som deltog i studien upplevde att målet med deras arbete var att öka patienternas livskvalitet eller att se till att patienterna hade en fortsatt god livskvalitet. De upplevde att de kunde öka patienternas självständighet och grad av medverkan i exempelvis förflyttningar och att det var en del i att öka livskvaliteten hos patienterna. De upplevde att arbetet med att patienterna skulle bibehålla de funktioner de hade som en viktig del i att se till att patienterna hade en god livskvalitet.

”det tror jag är att se till att funktioner som finns bibehålls så länge som möjligt, och att aktiviteter som man kan göra att man kan få fortsätta göra dem, och framförallt är det nog som sjukgymnast att funktioner som finns att de inte försvinner.” (intervju 4)

Några av fysioterapeuterna upplevde också att arbetet med bedömningar och hjälpmedel är en viktig del, där de som fysioterapeuter gör bedömningar och skriver ut hjälpmedel för att öka självständigheten hos patienterna. Genom att till exempel ordinera ut ett gånghjälpmedel som ökar patienternas förmåga att förflytta sig självständigt.

”mycket kring aktiviteter, att hitta lösningar med hjälpmedel och träning av kroppen och strategier och sådär, för att de ska kunna göra så mycket som möjligt själva på det sättet som de vill” (intervju 5)

Även rehabilitering efter någon form av sjukdom eller skada, till exempel efter en stroke eller en fraktur, upplevde fysioterapeuterna som en viktig del av sina arbetsuppgifter. Det som nämndes då var främst träning, då för att återfå fysiska funktioner som patienten hade haft innan sjukdomen/skadan. Fysioterapeuterna upplevde att de inte alltid kunde använda sig av träningsprogram till patienterna på grund av patienternas diagnoser utan att de istället fick stötta patienter i utförandet på plats eller delegera stöttningen av träningen till omvårdnadspersonal.

“det blir ju oftast när en skada har uppstått och försöka komma tillbaka någorlunda till vad de var innan fysiskt” (intervju 3)

En annan arbetsuppgift som upplevdes som viktig av en av fysioterapeuterna var att göra en bedömning av personerna när de flyttar in på ett särskilt boende, detta för att som fysioterapeut snabbt kunna se om några åtgärder krävs och för att personalen ska kunna få en uppfattning om personens funktion och förutsättningar för självständighet.

”vi försöker göra som ett inkomststatus, det har vi inte riktigt kommit igång med än, men att man gör ett S-COVS¹ när de flyttar in och ger personalen det som stöd till deras genomförandeplan, att det här kan ”Agda” när hon flyttar in, förflyttningmässigt och gångmässigt. Så att de vet utgångsstatuset, och då har man något att utgå från också, framöver. Och tidigt då ser man ju också om man behöver sätta in några åtgärder, om man inte klarar att ta sig upp ur sängen men skulle kunna.” (intervju 4)

4.1.2 Utmaning som stimulerar

Fysioterapeuterna upplevde arbetet med personer med demenssjukdom som en utmaning, de upplevde det som en svår patientgrupp på grund av att det skiljer sig mycket från person till person beroende på hur deras demenssjukdom ter sig och att vissa demensdiagnoser kan vara väldigt påfrestande.

”svårt är det ju för att det är en väldigt svår patientgrupp och det kan vara väldigt påfrestande med vissa diagnoser.” (intervju 4)

Flera av fysioterapeuterna upplevde även arbetet som väldigt roligt. Det beskrev utmaningarna som en del av det roliga då det var stimulerande att använda sina kunskaper och sin kreativitet för att lösa de problem som uppstod för patienterna och omvårdnadspersonalen.

”jag tycker att det är spännande och roligt, eftersom man måste ibland ta vägar runt problemen för att komma åt dem” (intervju 2)

4.1.3 Vikten av rehabiliterande förhållningssätt

Fysioterapeuterna upplevde det rehabiliterande förhållningssättet som en viktig del i arbetet. De pratade om vikten av det för personer med demenssjukdom, då det är viktigt att arbeta för att få dem att medverka och vara delaktiga i det de kan för att bibehålla funktionerna de har. De upplevde också att patienterna snabbt blir sämre och tappar sina funktioner om de inte använder dem.

”att så länge personerna är uppegående, kan stå och gå, så håller de sig piggare. Och när personen blir sittande i rullstol så går det ganska snabbt att de blir sämre.” (intervju 2)

¹ S-COVS är den svenska versionen av ett sjukgymnastiskt mätinstrument för skattning av förmågan att förflytta sig hos patienter med muskuloskeletal och neuromuskulära sjukdomar/skador (Hasselgren & Omgren, 1995)

En stor del av arbetet med det rehabiliterande förhållningsättet upplevde fysioterapeuterna var att guida personal i användandet av det rehabiliterande förhållningsättet. Fysioterapeuterna upplevde dock att engagemanget ofta är bristfälligt hos omvårdnadspersonalen och att de många gånger hjälper till för mycket vilket medför att personerna med demenssjukdom inte får medverka så mycket som de skulle kunna. De upplevde också att det är deras uppgift att få personalen att förstå och använda det rehabiliterande förhållningsättet i sitt vardagliga arbete med patienterna.

”så skulle jag alltid vilja ha ett större engagemang för just det fysiska, att de lite mer ser och tänker på samma sätt som jag, att de också vill att personerna ska vara aktiva längre och inte bara se det som att ‘den här personen behöver en rollator’.” (intervju 3)

“när man flyttar in på en avdelning så går det ofta väldigt fort innan personal kommer in och hjälper till och är för snälla, så försvinner fysiska funktioner väldigt väldigt snabbt” (intervju 4)

4.2 Kompetens, ett öppet sinne och samverkan ligger till grund för arbetet.

4.2.1 Bemötande är en stor del

De intervjuade fysioterapeuterna upplevde att bemötandet gentemot personer med demenssjukdom är en stor del av arbetet. Arbetet upplevdes ställa höga krav på fysioterapeuternas förmåga att kommunicera och vara flexibla. Även den relation fysioterapeuten skapade till patienterna ansågs vara viktigt för att ge en god vård av personer med demenssjukdom.

”det är utmanande till skillnad från om de varit friska och hade kunnat svara för sig och berätta hur de känner, det kan de ju inte alltid göra nu” (intervju 2)

Kommunikationen med personer med demenssjukdom upplevdes av flera av fysioterapeuterna som en utmaning. Det som gjorde kommunikationen till en utmaning var att fysioterapeuterna upplevde att de behövde kunna läsa av och tolka patienterna. Att patienterna inte alltid gav tydliga svar upplevdes leda till att höga krav ställdes på fysioterapeuternas förmåga att förstå patienternas icke verbala kommunikation. Fysioterapeuterna upplevde även att de behövde tänka på hur de formulerade sig när de till exempel skulle stötta en patient i träning.

”Och att det är väldigt svårt generellt när det handlar om bedömningar, smärta, alla såna bitar, när det är personer som inte kan uttrycka sig, om man inte får adekvata svar och bedöma smärtproblematik är ju väldigt svårt. Man har ju väldigt lite att gå på, så det är en utmaning. Men det är kul.” (intervju 4)

Fysioterapeuterna som intervjuades upplevde att arbetet satte höga krav på deras flexibilitet i patientmötena. Det kunde vara att de behövde anpassa sig efter patientens diagnos och sjukdomstillstånd, att patienten behövde mycket tid på sig för att utföra en uppgift eller att vissa argument inte fungerade. Till exempel upplevde fysioterapeuterna att det ibland endast krävdes verbal kommunikation gentemot patienten medan andra gånger behövde de vara mer fysiska och styrande i sina möten med patienterna för att kunna utföra de åtgärder de hade planerat.

”det är just det här att personerna, att man måste gå in till vad personerna just vid de tillfället man träffar dem, för de kanske inte befinner sig här och nu, de kanske är 30 år tillbaka någonstans. Eller hur de upplever, i och med sin sjukdom, hur de upplever verkligheten och försöka sätta sig in i det och förstå varför de får ett visst beteende, det är en utmaning.”
(intervju 6)

Flera av fysioterapeuterna upplevde att relationen som skapas till patienterna var viktig för att kunna ge en god vård, trots det så upplevde inte alla fysioterapeuterna att de hinner lära känna sina patienter. Fysioterapeuterna upplevde att relationer till patienterna skapades eller förstärktes framförallt när patienten var i behov av fysioterapeutisk hjälp, exempelvis om de blev sämre, skadade sig eller blev sjuka. Det fanns en önskan hos fysioterapeuterna att kunna arbeta mer patientnära och att själva kunna träna mer med patienterna istället för att delegera ut uppgifter som till exempel träning till personal. Fysioterapeuterna upplevde att relationen till patienterna påverkades av att de inte träffar patienterna så kontinuerligt som de skulle vilja göra.

“Och speciellt när man inte alltid känner personerna så väl, man träffar dem ju inte varje dag som vårdpersonalen, utan man kanske kommer in en gång sådär och ska försöka hjälpa till att lösa ett problem och då kan det vara svårt för oss att se helheten och hur den här personen fungerar från morgon till kväll under en längre period, utan vi ser ju bara precis när vi är där.”
(intervju 6)

4.2.2 Kunskap och utvecklingsbehov

Fysioterapeuterna upplevde att deras roll inom vården av personer med demenssjukdom är viktig då de kan bidra med sin grundläggande professionskunskap som de fått från grundutbildningen. Exempelvis deras kunskap kring träning, förflyttningar och fysisk aktivitet.

”Så jag tycker det finns mycket som vi kan bidra med för att belysa vikten med att vara fysiskt aktiv och att man mår gott i det.” (intervju 5)

En annan av fysioterapeuterna upplevde dock att det finns en brist i grundutbildningen då det inte pratas så mycket om hur man som fysioterapeut kan jobba med personer med demenssjukdom.

”Sen kan jag uppleva att som sjukgymnast är det ganska, jag fick inte med mig så mycket från utbildningen, hur jag som sjukgymnast ska jobba med personer med demens. Vi läste ju liksom om diagnoserna så, men inte så mycket hur jag som sjukgymnast ska jobba, och där kan jag känna att det är ganska, lite sådär svårt att hitta min roll som sjukgymnast, förutom det här att bibehålla, och det är mycket förflyttningar, men sen liksom det runtomkring, eller också angreppssätt hur man jobbar kan jag känna att det är ganska så svårt.” (intervju 4)

Några av fysioterapeuterna upplevde även att det är svårt att hitta vidareutbildningar för fysioterapeuter inom vård av personer med demenssjukdom. Fysioterapeuterna upplevde att det var deras egen uppgift att precisera vilka utbildningar som de skulle behöva och att kunna motivera för att få de vidareutbildningarna.

”då kan det vara lite svårt ibland att få vidareutbildningar i det som man skulle vilja ha, om man inte verkligen kan precisera det och visa att den behöver vi ha.” (intervju 5)

Några av fysioterapeuterna upplevde att de fritt kunde utveckla arbetet om de hade en idé som de ville testa. Men att stöttningen från organisationen i att göra stora förändringar var svag. De upplevde att det krävdes stort engagemang och driv för att göra stora förändringar i hur arbetet bedrevs. En fysioterapeut upplevde att ett hinder för utvecklingen av professionen var att det inte fanns några specifika mål från organisationen kring vad hen som fysioterapeut skulle uppnå eller arbeta emot.

“För att det finns inte uttalade mål att sjukgymnasterna ska göra det här, utan det står bara att vi ska jobba utifrån vår profession” (intervju 5)

4.2.3 Olika typer av samarbete

Fysioterapeuterna upplevde att samarbetet med andra professioner kunde variera beroende på vilken profession som samarbetet skedde med, men även personen som samarbetet skedde med upplevdes påverka samarbetet. De upplevde att det fanns flera hinder för ett bra samarbete i vården av personer med demenssjukdom. De upplevde dock att samarbetet var en viktig del och att det kunde bidra till att vården av personer med demenssjukdom blev bättre. Fysioterapeuterna upplevde att det var viktigt att alla professioner fick säga sina åsikter och att patienten själv fick vara en del av samarbetet.

”fungerar bra är när man sitter ner och både sköterska och undersköterska, vi, gärna biståndshandläggare också, tillsammans med personen, så att man får in hela biten. Vi kanske har våran syn på aktivitet och vad personen klarar av, men att man får input från de andra med” (intervju 5)

Samarbetet med arbetsterapeuter upplevdes av fysioterapeuterna som nära och välfungerande då de alla arbetade i team med en arbetsterapeut. De upplevde att bägge professionerna kunde bidra med sina kunskaper och de hade ett bra utbyte mellan sig. De upplevde även att de kunde stötta varandra i bedömningar.

”vi jobbar ju väldigt nära arbetsterapeut, det tycker jag fungerar väldigt bra [...] vissa saker är ju rent sjukgymnastiska men vi är ofta med båda två, för att det är bättre att ha fyra ögon än två.” (intervju 4)

En av fysioterapeuterna upplevde att samarbetet med sjuksköterskor var svårt då hen samarbetade med flera olika sjuksköterskor. Fysioterapeuten i fråga tyckte att det då var svårt att hinna lära känna alla sjuksköterskor, vilket hen upplevde påverkade hur kvaliteten på samarbetet blev i arbetet kring patienten.

”Med sjuksköterskor tycker jag också det är bra, där är det ju svårt mest för att man har sju olika avdelningar eller grupper, och det är sju olika sköterskor till varje grupp. Så man hinner ju inte lära känna dem jättemycket och komma in i ett jättebra samarbete så” (intervju 4)

När fysioterapeuterna berättade om upplevelsen av att samarbeta med omvårdnadspersonalen så var det olika hur de beskrev att samarbetet fungerade och hur utbytet såg ut. De upplevde att samarbetet och kommunikationen var viktigt då de upplevde att omvårdnadspersonalen känner patienterna bäst och då kan vara till stor hjälp vid bedömningar, undersökningar och åtgärder.

”Så blir ju arbetet mycket genom personalen, och försöka nå fram den vägen och informera att i stöttningen runtomkring låt personen göra det här själv eller använd de här hjälpmedlena eller ta promenader eller gå i trapp” (intervju 5)

Några upplevde att det är varierande hur det multiprofessionella arbetet fungerar i olika grupper. En faktor som fysioterapeuterna upplevde kunde påverka negativt var kunskapsbrist hos övrig personal. En av fysioterapeuterna upplevde att en ökad medvetenhet för varandras kompetenser och kunskaper skulle verka positivt för samarbetet.

”det är lite så att vi behöver marknadsföra oss bättre tror jag, vad vi kan, för att då skulle sköterskorna kunna koppla in oss eller be om hjälp i relevanta situationer. Nu vet de inte riktigt, tror jag, vad vi har för kompetens så det blir det som att vi inte kopplas in när det behövs. Så det är inget samarbetsproblem så, utan jag tror att det i grunden handlar om att man inte är medveten om varandras professioner, så man kan dra nytta av varandra” (intervju 4)

Några av fysioterapeuterna upplevde att det ibland kan vara svårt att bli en del av arbetslaget. Det beskrivs av en fysioterapeut som att arbetet ibland kan upplevas ensamt när man inte blir en del av gänget. Arbetet upplevdes som ensamt då fysioterapeuterna inte alltid var på plats på de särskilda boendena och att de då kom in själva som fysioterapeut i arbetslagen med omvårdnadspersonal. Ibland upplevde fysioterapeuterna att de kom och gjorde en åtgärd och sen var tvungna att fortsätta till nästa uppdrag. De upplevde att omvårdnadspersonalen då inte känner att fysioterapeuterna har förståelse för hur problemen egentligen ser ut för omvårdnadspersonal och patienter.

”Det kan vara lite uppdelat ibland, att man jobbar liksom på sitt håll, och ibland är det svårt att komma in, man får stånga sig fram för att få vara med och få visa vad vi har för kunskaper i våran profession och så.” (intervju 6)

”men jag tror ju mer att vi måste bli en del av deras arbetsgrupp liksom bli en i gänget och då är det ju att vara ute mycket mer, och vara med kanske när det sitter och fikar eller äta lunch med dem eller så för att få den relationen med de boende och personal.” (intervju 4)

5 DISKUSSION

5.1 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin yrkesroll inom vård av personer med demenssjukdom. Analysen resulterade i två olika teman med tre kategorier under varje tema. Det första temat blev “problemlösare för rehabiliteringsbeteende mot en ökad livskvalitet” med kategorierna “utför ett viktigt arbete”, “utmaning som stimulerar” och “vikten av rehabiliterande förhållningssätt”. Det andra temat blev “kompetens, ett öppet sinne och samverkan ligger till grund för arbetet” med kategorierna “bemötande är en stor del”, “kunskap och utvecklingsbehov” och “olika typer av samarbete”.

Att fysioterapeuterna “utför ett viktigt arbete” upplevde de genom att de hade en unik kunskap i arbetsgruppen som de kunde använda praktiskt och därmed kunde bidra till att öka patienternas självständighet och livskvalitet. Det genom att exempelvis hjälpa patienterna att bibehålla funktion för att klara av att utföra så mycket som möjligt själva. De beskrev att de gjorde detta genom exempelvis träning, något som har prioritet 5 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010b). Träningen fysioterapeuterna arbetade med beskrev de förekom framförallt när någon patient hade blivit sämre, blivit sjuk eller skadat sig. När det i studier visats att träning kan ha positiva effekter på exempelvis förmåga att utföra ADL (Forbes et al., 2015; Zhu et al., 2015) och att fysioterapeuterna upplevde att de ville hjälpa patienterna att bibehålla funktion så kan det ifrågasättas varför fysioterapeuternas kunskaper inte används även till träning innan patienterna blir sämre, då som ett mer förebyggande arbete. Kanske kan det förebyggande arbetet då motverka att patienter skadar sig och behöver större vårdinsatser.

Även att förskriva hjälpmedel upplevdes av fysioterapeuterna som en viktig arbetsuppgift, vilket har prioritet 1 enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har att bedöma fallrisk hos patienter och genomföra åtgärder vid förhöjd fallrisk båda prioritet 1 (Socialstyrelsen, 2010b), dock var detta något som inte nämndes ordagrant av någon av fysioterapeuterna. En av fysioterapeuterna upplevde att göra bedömningar när en patient flyttar in till ett särskilt boende som en av hens viktigaste uppgifter och flera av

fysioterapeuterna pratar generellt om fysioterapeutiska bedömningar, vilket skulle kunna inkludera att bedöma patienters fallrisk. Enligt Socialstyrelsen (2010b) ingår dock också fysisk träning i förebyggandet av fall och detta är som sagt något som flera av fysioterapeuterna upplevde som en viktig arbetsuppgift.

Att arbetet är en "utmaning som stimulerar" beskrivs av fysioterapeuterna då de upplever att patientgruppen och diagnoserna ställer höga krav på fysioterapeuterna men att det samtidigt är ett roligt och givande arbete. De upplever också att det krävs mycket problemlösning för att hitta alternativa vägar. Ericson-Lidman et al. (2014) har fått liknande svar från sjuksköterskor och undersköterskor som upplever att arbetet med personer med demenssjukdom är givande men kräver kreativitet och tålamod. Möjligtvis kan problemlösningen underlättas om de olika professionerna använder sina respektive kunskaper och samarbetar mer.

Flera av fysioterapeuterna upplevde "vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt" eftersom patienterna genom det får vara mer delaktiga och ges större möjlighet att bibehålla sina funktioner. Detta är även vad Galik et al. (2014) har sett i sin studie, att personer med demenssjukdom som får vård med ett rehabiliterande förhållningssätt var mer fysiskt aktiva, fick förbättrade funktioner och hade en minskad fallrisk. Fysioterapeuterna upplevde också att patienterna snabbt blev sämre om de inte utnyttjade de funktioner de hade och även här kan det då ifrågasättas att fysioterapeuterna kopplas in först när problem uppstår hos en patient. Det rehabiliterande förhållningssättet skulle kanske kunna appliceras bättre om fysioterapeuterna blev en naturlig del av vården på en gång.

Fysioterapeuterna upplevde det också som viktigt att handleda omvårdnadspersonalen i det rehabiliterande förhållningssättet, detta är i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer där utbildning av personal innefattas (Socialstyrelsen, 2010b). Det har också visats att personal som får utbildning och stöd i användandet av det rehabiliterande förhållningssättet tillämpar det mer i sitt arbete (Galik et al., 2014). Flera av fysioterapeuterna upplevde dock att engagemanget till att ändra sitt arbetssätt inte alltid finns hos omvårdnadspersonalen och att de ofta hjälper patienterna för mycket, Månsson et al. (2006) har däremot sett att omvårdnadspersonal vill och kan arbeta mer rehabiliterande men att det då kan vara driv från fysioterapeuten som krävs.

Malkan Nelson och Öhrström (2006) har sett att det är närhet och tillgänglighet till fysioterapeut som är viktigt för att öka personalens användande av det rehabiliterande förhållningssättet. Flera av fysioterapeuterna upplevde dock att de inte hann bli en del av arbetsgruppen och lära känna all personal, detta skulle kunna medföra en minskad närhet till fysioterapeuten för personalen vilket i sin tur skulle kunna påverka tillämpandet av det rehabiliterande förhållningssättet. Det skulle kunna vara önskvärt att ge fysioterapeuter mer tid på plats på särskilda boenden eller med hemtjänstpersonal så fysioterapeuterna kan bli en del av arbetslagen. Det skulle även kunna öka omvårdnadspersonalens tillämpande av det rehabiliterande förhållningssättet, när de i så fall skulle få en ökad närhet till fysioterapeuten i ett närmare samarbete.

Alla fysioterapeuter upplevde att "bemötande är en stor del" i arbetet med personer med demenssjukdom och flera av fysioterapeuterna som intervjuades upplevde att

kommunikationen var en svår och utmanande del av arbetet då kommunikation med patienterna är centralt för att kunna göra bedömningar. Detta har också visats i studien av Ericson-Lidman et al. (2014) där sjuksköterskor och undersköterskor beskrev att kommunikationen var en utmanande del i arbetet med personer med demenssjukdom och att de behövde tänka på hur de kommunicerade med patienterna. Rahm Hallberg (2011) nämner också kommunikationen som en svårighet då det kan vara svårt att tolka och förstå patienterna, även detta pratar fysioterapeuterna i denna studie om då de upplever att det är svårt att kunna läsa av patienterna när den verbala kommunikationen inte alltid fungerar.

En annan del av bemötandet som fysioterapeuterna upplevde som viktig var att de själva behövde vara flexibla, detta då de upplevde att de behövde kunna anpassa sig i möten med patienter. De upplevde att det kunde vara olika på vilket sätt åtgärder behövde utföras beroende på vad patienten de hade framför sig hade för demensdiagnos eller vilket stadium i sin demenssjukdom patienten befann sig i. Det då sjukdomsförloppet ser olika ut mellan individer (Skog, 2012). I en studie av sjuksköterskors och undersköterskors upplevelse av personer med BPSD-symtom upplevde de att patienternas beteende kan förändras från dag till dag, något som beskrevs som en utmaning då det kräver mycket uppmärksamhet från personalen (Ostaszkiwicz et al., 2015). Fysioterapeuterna beskrev liknande svårigheter med att de behövde anpassa sig till patienterna och vara flexibla i patientmötena.

Flera av fysioterapeuterna beskrev att de till viss del inte lärde känna sina patienter så mycket som de skulle vilja och behöva. Oftast skapades eller förstärktes en relation i samband med att patienten i fråga blev sämre, skadade sig eller blev sjuk. Fysioterapeuterna upplevde ändå att det var viktigt att försöka lära känna patienterna så gott som möjligt, detta för att kunna läsa varje patients signaler och tolka just deras uttryck. Det stämmer överens med studien av Sellevold et al. (2013) där de såg att det var viktigt att kunna känna in och förstå patienterna för att ge en god vård. Fysioterapeuterna upplevde att den svaga relationen till patienterna kunde vara ett hinder i bedömningar då det kunde vara svårt när de inte kunde se helheten och hur patientens problem såg ut under ett dygn eller under en längre tid. Det kan vara ett exempel på hur det kan vara svårt för fysioterapeuten att räkna till efter de förutsättningar som ges inom den kommunala verksamheten (Nordin, 2012).

Fysioterapeuterna inom vård av personer med demenssjukdom skulle kunna gynnas av att ha mindre patientgrupper, så de får större möjlighet att lära känna sina patienter för att kunna ge en bättre vård, dock skulle detta kräva mer resurser och fler anställda fysioterapeuter.

“Kunskap och utvecklingsbehov” kopplas till att fysioterapeuterna upplevde att de hade en grundläggande professionskunskap som är viktig i arbetet med personer med demenssjukdom men att det även finns ett behov av utveckling inom professionen. De upplevde att de kunde påverka genom sina kunskaper om förflyttningar, rehabilitering och hjälpmedel, i enlighet med vad som beskrivs av WCPT (2011). En av fysioterapeuterna upplevde det dock som svårt att hitta sin roll i vården av personer med demenssjukdom då hen tyckte att grundutbildningen till fysioterapeut inte innehöll särskilt mycket om hur man som fysioterapeut kan och ska arbeta med personer med demenssjukdom. Detta syns också i kursplanerna från grundutbildningarna som författarna har läst där det går att se att demens inte har en så stor del (GU, 2015; KI, 2016; MDH, 2014), detta kan dock antas ha att göra med att grundutbildningarna ska ge en helhetsbild över vad fysioterapeuter kan arbeta med

och att det då är svårt att ge demenssjukdomar en större del. Eftersom befolkningen blir äldre och antalet som lever med en demenssjukdom ökar (SBU, 2006) blir detta dock en allt större patientgrupp där fysioterapeuter blir mer och mer involverade. Då skulle kanske demenssjukdomarna behöva få en större del i grundutbildningen för att förbereda fysioterapeuterna inför utmaningen arbetet med denna patientgrupp innebär.

Flera av fysioterapeuterna upplevde även att det var svårt att hitta kurser för vidareutbildning inom området och att det var svårt att få stöttning från organisationen i att utveckla sin profession. Författarna kunde endast hitta två vidareutbildningar som ges på högskolor inom demensvård på avancerad nivå (KI, 2015; MDH, 2013). Det är dock svårt att specificera annan vidareutbildning som skulle lämpa sig för fysioterapeuter som arbetar med personer med demenssjukdom, vilket också stämmer överens med vad fysioterapeuterna i studien säger. Utbildning var även något som sjuksköterskorna och undersköterskorna i studien av Ericson-Lidman et al. (2014) upplevde som viktigt för att kunna utvecklas och få en bättre vård av personer med demenssjukdom. Utifrån både tidigare forskning och vad fysioterapeuterna i denna studie upplever behövs det undersökas vidare vilka vidareutbildningar som fysioterapeuterna upplever sig vara i behov av för att kunna öka kvaliteten på vården. Det skulle också kunna tydliggöras från organisationen vilka kunskaper som är av vikt att utveckla inom verksamheten, samt att det skulle kunna finnas en större stöttning när fysioterapeuterna vill utvecklas.

Fysioterapeuterna upplevde att "olika typer av samarbete" mellan olika professioner var en viktig del i arbetet och att det var viktigt att få in alla professioners synsätt i det multiprofessionella arbetet, detta i enlighet med vad WHO (2015) beskriver kring multiprofessionellt arbete då det är viktigt att ha en god kommunikation mellan olika vårdgivare för att få till en kontinuerlig vård. Att fysioterapeuterna upplevde det multiprofessionella arbetet som en viktig del och att de alla arbetade på det sättet överensstämmer också med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, där det är en central rekommendation (Socialstyrelsen, 2010b). Precis som WCPT (2011) beskriver det, tyckte också fysioterapeuterna att det var viktigt att även få med patienten i samarbetet, det kan dock antas bli svårare ju svårare demenssjukdomen blir för patienten och de inte längre kan svara för sig på samma sätt. Det kan då ifrågasättas hur vården på bästa sätt ska planeras för patientens bästa, exempelvis om och hur mycket anhöriga ska säga till om samt hur mycket personalen kan bestämma.

Vid de tillfällen när patienterna inte kunde uttrycka sig själva så upplevde fysioterapeuterna att omvårdnadspersonalen var till stor hjälp då de ofta kände patienterna bättre och hade sett patienten över tid, något som är visat på hur det multiprofessionella arbetet leder till ett helhetsperspektiv på patienterna likt vad som beskrivs av Socialstyrelsen (2010b). Dock upplevde fysioterapeuterna svårigheter i samarbetet med omvårdnadspersonalen i och med att de som fysioterapeut kom in själva i ett arbetslag och bara gjorde kortare besök. Även här kunde då mer tid och resurser vara en förbättring, skulle fysioterapeuterna kunna vara på plats mer skulle kanske omvårdnadspersonalen ha ett större förtroende för dem.

Att arbeta med de olika vårdgivarna kring patienterna upplevdes av fysioterapeuterna varierande beroende på vilken profession det gällde. Enligt både Nancarrow et al. (2013) och

Xyrichis & Ream (2008) är det viktigt med en förståelse för varandras roller i det multiprofessionella arbetet, något som ibland saknades enligt fysioterapeuterna då de upplevde att andra professioner ibland inte visste om vilken kompetens fysioterapeuterna har och kan bidra med. Även att ha förtroende för varandra och en god kommunikation är enligt de bägge studierna viktiga delar i det multiprofessionella arbetet, detta upplevde fysioterapeuterna vara viktigt då de ofta litar till att omvårdnadspersonalen känner patienterna bäst och att de då kan stötta fysioterapeuterna i undersökningar och bedömningar.

5.2 Metoddiskussion

En kvalitativ design med induktiv ansats valdes då syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin yrkesroll inom vård med personer med demenssjukdom. Det kvalitativa perspektivet ansågs passa bra då studien ser till fysioterapeuternas egna upplevelser och tolkningar av sin yrkesroll (Backman, 2008), hade ett kvantitativt perspektiv valts istället hade inte deltagarnas subjektiva upplevelser kunnat undersökas med samma djup och studiens syfte hade blivit svårare att besvara. En induktiv ansats valdes då ingen hypotes för resultatet fanns inför studien och målet var att utföra en förutsättningslös analys för att se på fysioterapeuternas egna upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urvalet begränsades till fysioterapeuter som arbetat minst sex månader inom vård av personer med demenssjukdom, detta då författarna ansåg att om fysioterapeuterna jobbat kortare tid skulle de inte ha lika stor erfarenhet och kunnat ge samma djup i svaren och om arbetstiden i inklusionskriterierna höjts hade det blivit svårare att rekrytera. De rekryterade fysioterapeuterna hade arbetat mellan 2 och 11 år vilket stärker studien genom att bidra till en större variation bland deltagarna och därmed en bättre giltighet. Dock är en svaghet att giltigheten blir sämre av att endast tre kommuner rekryterades (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012), detta skulle kunna ha medfört att några deltagare hade liknande upplevelser på grund av att de arbetade på samma arbetsplats, dock arbetade de på olika områden och ej i samma team och detta upplevdes ej påverka svaren och upplevelserna deltagarna i studien hade. Genom att ha beskrivit urvalet och tillvägagångssättet förenklas en bedömning av studiens överförbarhet för liknande verksamheter.

Genom att ha få deltagare och utföra semistrukturerade intervjuer gavs möjligheten till mer individualiserade svar och en djupare inblick i fysioterapeuternas upplevelser, dock är en svaghet det begränsade antalet deltagare som gör det svårt att göra resultaten överförbara. Ett alternativ hade kunnat vara att använda enkäter med antingen färdiga svarsalternativ eller plats för skrivna svar, då hade fler deltagare kunnat medverka. Färdiga svarsalternativ hade dock medfört att deltagarnas egna subjektiva upplevelser hade missats och skriftliga svar hade inte gett chansen till följdfrågor och djupdykning på samma sätt som en intervju gör, därför ansågs intervju vara det mest lämpliga för att svara på studiens syfte (Carter et al., 2011).

En svaghet med kvalitativ metodik är att författarna har en större inverkan på resultatet genom sin delaktighet i studien, för att öka distansen användes därför en intervjuguide där

frågorna skrivits innan och ställdes på samma sätt till alla deltagare (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). De frågor som användes och hur de var formulerade påverkade det insamlade datamaterialet eftersom intervjuguiden styrde vilka ämnen som togs upp. Ett alternativ hade kunnat vara att ställa en mer öppen fråga om fysioterapeuternas upplevelse av sin yrkesroll, det hade dock medfört en risk för väldigt korta eller spridda svar. Även hur och vilka följdfrågor som ställdes påverkade resultatet. I efterhand när alla intervjuerna hade gått igenom analysprocessen upplevde författarna att frågan "Hur mycket upplever du att du kan påverka ditt arbete?" inte gav svar som var relevanta till syftet, den frågan skulle därför kunna ha exkluderats från intervjuguiden. Frågan "Känner du att du har tid att lära känna alla dina patienter?" hade kunnat formuleras om till en mer öppen fråga och då på en gång kunnat ge djupare svar på hur fysioterapeuterna upplevde sin relation till patienterna. Nu användes istället följdfrågor för att öppna upp frågan och gå in djupare i hur fysioterapeuterna upplevde detta. Övriga frågor i intervjuguiden upplevdes svara på syftet och var från början konstruerade för att göra detta.

Vid de första två intervjuerna var båda författarna närvarande och ledde varsin intervju. De resterande fyra intervjuerna genomfördes med endast en av författarna närvarande, detta på grund av logistiska skäl. Detta kan ha påverkat vilka följdfrågor som ställdes och hur de formulerades, men kan även ha stärkt studiens tillförlitlighet genom att de olika intervjuerna blev mer lika varandra (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En av författarna utförde några av intervjuerna på sin verksamhetsförlagda utbildning, det kan ha påverkat svaren då de intervjuade fysioterapeuterna kände författaren. Eftersom frågorna dock inte upplevdes behandla ämnen som påverkades av denna relation upplevdes detta inte påverka svaren. Att endast en av författarna var närvarande kan intervjudeltagarna ha upplevt som mer avslappnat, då ingen satt och observerade intervjun. Även att intervjuerna genomfördes på fysioterapeuternas arbetsplats kan ha gjort att de kunde vara mer avslappnade (Carter et al., 2011).

En styrka i studien är att författarna under analysprocessen skiftade mellan manifest och latent analys. Detta för att inte helheten av materialet skulle gå förlorad genom exempelvis en alltför detaljerad kodning, men även för att undvika svårigheter i utvecklandet av hållbara och logiska kategorier och teman genom en för hög abstraktionsnivå (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Att författarna genomförde analysen tillsammans samt att den gick igenom med en lärare och en grupp studenter stärker också studien och ökar tillförlitligheten av tolkningen (Carter et al., 2011). Att analysen gick igenom flera gånger och att koderna och kategorierna bearbetades ett flertal gånger ger också en ökad tillförlitlighet till studien då författarna har kunnat reflektera över olika tolkningsmöjligheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Att uppnå mättnad i resultatet är svårt då studien är så pass liten och antalet deltagare är få, även oerfarenhet av att utföra intervjuer kan ha påverkat detta då författarnas förståelse för när mättnad är uppnått är begränsad.

5.3 Etikdiskussion

Inga etiska problem upplevs ha uppstått under studiens gång. Diktafonen är en del i studien som skulle kunna ha medfört problem då allt material från intervjuerna var lagrat i den samtidigt som författarna hade den med sig ut på intervjuerna. Risken fanns då att diktafonen hade kunna tappats bort, materialet gått förlorat och konfidentialiteten riskerats. Det hade kunnat uppstå etiska problem om fysioterapeuterna hade valt att ta upp specifika patientfall och nämnt patienter vid namn. Enda gången som namn nämndes i intervjuerna var när en av fysioterapeuterna målade upp en fiktiv patient för att beskriva sin upplevelse. Om det hade förekommit att patienter nämnts vid namn hade författarna valt att ta bort de nämnda namnen i transkriberingarna av intervjun. Då den av författarna som genomförde några av intervjuerna på en kommun där hon genomfört sin verksamhetsförlagda utbildning hade det kunnat medföra att hon känt till vilka patienter som beskrevs om de nämnts vid namn, det hade kunnat medföra större etiska problem än om hon inte haft någon kännedom om någon av patienterna.

Det kan även diskuteras hur en patientgrupp som inte alltid kan svara för sig själva skulle uppleva att bli beskrivna som utmanande. Även hur anhöriga skulle uppleva att deras närstående beskrivs som utmanande kan vara svårt att veta. Patienterna och de anhöriga hade kunnat uppleva uttrycket utmanande som något negativt. Författarna till studien tolkade att fysioterapeuternas beskrivning av patientgruppen som utmanande inte behövde vara negativ, då fysioterapeuterna även beskrev utmaningen som rolig och stimulerande. Då syftet med den här studien var att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin yrkesroll inom demensvård kan den upplevelsen fysioterapeuterna har av patientgruppen inte uteslutas.

6 SLUTSATS

Resultatet av denna studie har visat att det är flera delar som är centrala i fysioterapeutens yrkesroll i arbetet med personer med demenssjukdom. Två teman har funnits och enligt det första, "problemlösare för rehabiliteringsbeteende mot en ökad livskvalitet", upplevde fysioterapeuterna att det var både ett utmanande och spännande arbete där de behövde kunna hitta alternativa vägar runt problem. För att öka patienternas livskvalitet gällde det även att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt samt att handleda personal i det.

Enligt det andra temat, "kompetens, ett öppet sinne och samverkan ligger till grund för arbetet", upplevde fysioterapeuterna att grunderna i arbetet med personer med demenssjukdom låg i att veta hur de skulle bemöta patienterna samt i deras grundläggande professionskunskaper. De upplevde även att samarbetet med andra professioner var centralt för att kunna ge en god vård. De saker som fysioterapeuterna upplevde behövde förbättras var bland annat att få mer stöttning till vidareutbildning, att få mer resurser för att kunna

lära känna patienterna på ett djupare sätt samt att arbeta med de hinder som de upplevde fanns i samarbetet mellan professioner.

Studieförfattarna anser att det behövs tydliggöras vilka typer av vidareutbildningar som fysioterapeuter vill och behöver ha inom området. Det skulle även behövas göras fler studier med fokus på de hinder som finns i samarbetet mellan olika professioner i vården av personer med demenssjukdom.

REFERENSLISTA

- Allen, J., Koziak, A., Buddingh, S., Liang, J., Buckingham, J., & Beaupre, L. A. (2012). Rehabilitation in Patients with Dementia Following Hip Fracture: A Systematic Review. *Physiotherapy Canada*, 64(2), 190-201. doi: 10.3138
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Booker, A., Jacob, L. E., Rapp, M., Bohlken, J., & Kostev, K. (2016). Risk factors for dementia diagnosis in German primary care practices. *International Psychogeriatrics*, 8, 1-7.
- Carter, R. E., Lubinsky, J., & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation Research: principles and application*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Codex. (2015). *Informerat Samtycke*. Hämtad 5 januari, 2016, från Codex, <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-236.
- Ericson-Lidman, E., Franklin Larsson, L., & Norberg, A. (2014). Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 337-346. doi: 10.1111/scs.12063
- Forbes, D., Thiessen, E. J., Blake, C. M., Forbes, S .C., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia(review). *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub4
- Fysioterapeuterna. (u.å.). *Kompetensutveckling*. Hämtad 30 januari, 2016, från Fysioterapeuterna, <http://www.fysioterapeuterna.se/Professionsutveckling/Kompetensutveckling/>
- FYSS. (2015). *Fysisk aktivitet vid demens*. Hämtad 15 februari, 2016, från FYSS, http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Demens.pdf
- Galik, E., Resnick, B., Hammersla, M., & Brightwater, J. (2014). Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care. *The Gerontologist*, 54(6), 930-943. doi: 10.1093/geront/gnt108
- Göteborgs Universitet. (2015). *FYS 202: Medicinska Ämnen, 15 högskolepoäng*. Hämtad 30 januari, 2016, från Göteborgs Universitet, <http://kursplaner.gu.se/pdf/kurs/sv/FYS202>
- Hasselgren, L., Omgren, M. (1995). *Manual, Svenska physiotherapy clinical outcome variables scale, S-COVs*. Hämtad 27 januari, 2016, från Vårdriktlinjer, <http://www.vardriktlinjer.se/PageFiles/360/Tester/S-COVs.pdf>

- Heggestad, A. K., Nortvedt, P., & Slettebø, Å. (2013). 'Like a prison without bars': Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 881-892. doi: 10.1177/0969733013484484
- Holst, G. (2011). Livet som en berättelse. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 243-255). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karolinska Institutet. (2015). *Magisterutbildning i demensvård för arbets- och fysioterapeuter, 60hp*. Hämtad 30 januari, 2016, från Karolinska Institutet, <http://ki.se/utbildning/magisterutbildning-i-demensvard-for-arbets-och-fysioterapeuter-60-hp>
- Karolinska Institutet. (2016). *Schema: Medicinska ämnen 2*. Hämtad 30 januari, 2016, från Karolinska Institutet, http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course06057/published/1454080136956/resourceId/17043564/content/UploadedResources/Medicinska%20ämnen%202%20VT%202016,%20rev%202016-01-29.pdf
- Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. (2009). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. Hämtad 1 december, 2015, från Fysioterapeuterna, [http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20\(nytt%202014\)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf](http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20(nytt%202014)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf)
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Studentlitteratur AB
- Malkan Nelson, A., & Öhrström, E. (2006). Utvärdering av "Gråboprojektet" - ett utvecklingsarbete kring rehabiliterande synsätt inom särskilt boende. *Social- och omsorgsförvaltningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Habiliterings- och Rehabiliteringen, Gotlands Kommun*.
- Malmö Stad. (2007). *Rehabiliterande förhållningssätt - att tillvarata det friska*. Hämtad 16 december, 2015, från Malmö Stad, http://malmo.se/download/18.6e0fe7e512c888cbc52800016322/1383649476229/R_ehab_forhallningssatt_low.pdf
- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.
- Merriam-Webster. (u.å.). *Profession*. Tillgänglig: <http://beta.merriam-webster.com/dictionary/profession>
- Månson, M., Nordholm, A., Andersson, L., Mikaelsson, A., & Ekman, U. (2006). *Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst*. Östersund: FoU Jämt. Från <http://www.regionjamtland.se/foujamt/wp-content/uploads/2012/10/2006-1-Månsson-et-al.pdf>

- Mälardalens Högskola. (2013) *Kursplan: Demens och psykisk ohälsa hos äldre - klinisk bild, utredning och behandling 7,5 hp*. Hämtad 30 januari, 2016, från Mälardalens Högskola, http://www.mdh.se/utbildning/kurser/sok-kurs-1.34444?l=sv_SE&kursplan=26615&view=kursplan&kod=BMA014
- Mälardalens Högskola. (2014). *Kursplan: Sjukdomslära med inriktning mot neurologi och psykiatri 7,5 hp*. Hämtad 30 januari, 2016, från Mälardalens Högskola, <http://www.mdh.se/utbildning/kurser/kursplaner-1.35552?benamning=&kurskod=bma058&niva=&huvudomrade=&fordjupning=&akademidemi=&search=Sök#>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). doi: 10.1186/1478-4491-11-19
- Nationalencyklopedin. (u.å.). *Uppleva*. Hämtad 30 januari, 2016, från Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se.ep.bib.mdh.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/uppleva>
- Nordin, E. (2012). Rehabilitering i kommunal verksamhet. I E. Rydwick (Red.), *Äldres Hälsa: ett sjukgymnastiskt perspektiv* (s. 219-233). Lund: Studentlitteratur AB.
- Norrving, B., & Lindgren, A. (2012). Cerebrovaskulära sjukdomar. I J. Fagius, & D. Nyholm (Red.), *Neurologi* (s. 197-228). Stockholm: Liber AB.
- Ostaszkiwicz, J., Lakhan, P., O'Connell, B., & Hawkins, M. (2015). Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Nursing Review*, 62(4), 506-516. doi: 10.1111/inr.12180.
- Rahm Hallberg, I. (2011). Att vara vårdare: tillfredsställelse och påfrestning. I A. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 85-104). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Selbaek, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry* 22(9), 843-849. doi: 10.1002/gps.1749
- Sellebold, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., & Sørli, V. (2013) Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nurs Ethics*, 20(3), 263-272. doi: 10.1177/0969733012462050
- Skog, M. (2012). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Sanoma Utbildning.
- Socialstyrelsen. (2007). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Hämtad 11 december, 2015, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9199/2007-123-26_200712326.pdf

- Socialstyrelsen. (2010a). *Beteendemässiga och psykiska symtom samt konfusion vid demenssjukdom*. Hämtad 3 januari, 2016, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/centralarekommendationer/bpsd>
- Socialstyrelsen. (2010b). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - stöd för styrning och ledning*. Hämtad 1 december, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2008). *Dementia - Etiology and Epidemiology*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statistiska Centralbyrån. (2014). *Befolkningspyramiden har blivit ett torn*. Hämtad 9 december, 2015, från Statistiska Centralbyrån, http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/
- Stenvall, M., Berggren, M., Lundström, M., Gustafson, Y., & Olofsson, B. (2012). A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia - subgroup analyses of a randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(3), 284-289. doi:10.1016/j.archger.2011.08.013
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Viola, L. F., Nunes, P. V., Yassuda, M. S., Aprahamian, I., Santos, F. S., Santos, G. D., ... Forlenza, O. V. (2011). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*, 66(8), 1395-1400. doi: 10.1590/S1807-59322011000800015
- Wallin, A., & Wikkelso, C. (2012). Kognitiv svikt och demens. I J. Fagius, & D. Nyholm (Red.), *Neurologi* (s. 293-310). Stockholm: Liber AB.
- Wilkes, L., Fleming, A., Wilkes, B. L., Cioffi, J. M., & Le Miere, J. (2005). Environmental approach to reducing agitation in older persons with dementia in a nursing home. *Australasian Journal on Ageing* 24(3), 141-145. doi: 10.1111/j.1741-6612.2005.00105.x
- World Confederation for Physical Therapy. (2011). *Description of Physical Therapy*. Hämtad 1 december, 2015, från World Confederation for Physical Therapy, http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf
- World Health Organization. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. Hämtad 1 december, 2015, från World Health Organization,

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization. (2016). *International Classification of Diseases-10, version 2016*. Hämtad 15 februari, 2016, från World Health Organization, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x

Zhu, X. C., Yu, Y., Wang, H, F., Jiang, T., Cao, L., Wang, C., ... Yu, J.T. (2015). Physiotherapy Intervention in Alzheimer's Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 44(1), 163-174. doi: 10.3233/JAD-141377

BILAGA A

Informationsbrev

Förfrågan om deltagande i en intervjustudie med syftet att undersöka fysioterapeuters upplevelse av sin arbetsroll inom demensvården.

Bakgrund

Sverige har en åldrande befolkning och antalet personer som drabbas av en demenssjukdom ökar. Flera studier har gjorts på effekten som fysisk träning kan ge och hur fysioterapeuter där kan bidra, men vi vill nu undersöka hur fysioterapeuterna själva upplever sin arbetsroll inom vården av personer med demenssjukdom.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande därför att du arbetar som fysioterapeut på ett av de boenden som vi varit i kontakt med.

Studiens praktiska genomförande

Studien kommer att innebära att vi träffas för en intervju där du och en av författarna kommer närvara, intervjun kommer spelas in på en diktafon och materialet kommer sen förvaras så att endast författarna har tillgång till materialet.

Konfidentialitet och frivillighet

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. I studiens resultat kommer alla svar vara oidentifierade.

Presentation av studiens resultat

Studien kommer att presenteras i form av en uppsats vid Mälardalens högskola.

Ansvariga

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga

Hanna Barrdahl, hbl13001@student.mdh.se, 0705548169

Sandra Johansson, sjn13014@student.mdh.se, 0768846344

Handledare

Johanna Westerlund, johanna.westerlund@mdh.se, 021-101496

BILAGA B

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat som fysioterapeut?

Hur länge har du arbetat som fysioterapeut där vård av personer med demenssjukdom finns?

Har du arbetat något inom vården innan du blev fysioterapeut?

Frågorna:

Vad anser du är din viktigaste arbetsuppgift?

Hur upplever du att samarbetet mellan olika professioner fungerar?

Hur upplever du att det är att arbeta med personer med demenssjukdom?

Hur upplever du att du kan påverka patienternas livskvalitet?

Hur mycket upplever du att du kan påverka ditt arbete?

Känner du att du har tid att lära känna alla dina patienter?

Är det något mer du vill tillägga?

Följdfrågor:

På vilket sätt då? Hur menar du då? Varför då? Varför inte? Kan du ge något exempel?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

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