



LUNDS
UNIVERSITET

Pedagogiska institutionen
Box 199, 221 00 Lund

Kurs: Ped 442
Kandidatuppsats, 10 poäng
41-60 poäng
Datum: 2006-01-24

Pedagogiska relationer och utbildningssituationer i sjukgymnastens arbete

– En studie av erfarenheter bland lärare och studenter vid
Lunds Universitet

Andreas Kraft

Handledare:
Glen Helmstad

ABSTRACT

Arbetets art:	Kandidatuppsats 10 poäng
Sidantal:	34
Titel:	Pedagogiska relationer och utbildningssituationer i sjukgymnastens arbete – En studie av erfarenheter från lärare och studenter vid Lunds Universitet
Författare:	Andreas Kraft
Handledare:	Glen Helmstad
Datum:	2006-01-09
Sammanfattning:	Syftet med denna uppsats är att få djupare förståelse för yrkets pedagogiska aspekter. Uppsatsens grundläggande fråge- ställning lyder: Hur ser studenter och lärare på Lunds Universitets sjukgymnastutbildning på den pedagogiska aspekten i det kliniska arbetet?

Undersökningen bygger semistrukturerade intervjuer med två lärare och fem studenter där dessa gets möjlighet att fritt svara på frågor rörande ämnet. Intervjuerna har sedermera analyserats med hjälp av Bubers mellanmänniska perspektiv och didaktiska teorier rörande patientundervisning.

Studien resulterade i dels en ökad förståelse för hur studenter och lärare ser på arbetets pedagogiska aspekterna och dels i ett, av studenterna, uttalat behov av djupare förståelse för hur man agerar gentemot patienten i syfte att undervisa. De intervjuade studenterna saknar nödvändig erfarenhet för att upprätta en väl fungerande didaktisk handlingsrepertoar, vilket leder till att de känner sig vilsna inför kontakten med patienterna.

Denna uppsats bekräftar tidigare genomförda studier som säger att de pedagogiska och kommunikativa aspekterna inom yrket är påtagliga och betingar i mångt och mycket kvalitén av behandlingen.

Nyckelord:	Sjukgymnastik, pedagogik, didaktik, patientundervisning, hermeneutik, undervisningsvärld, reflektion, rutin, Bubers mellanmänniska perspektiv
------------	---

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	1
DISPOSITION	2
SJUKGYMNASTIK I ETT HISTORISKT RESPEKTIVE PEDAGOGISKT PERSPEKTIV	2
SJUKGYMNASTIK I ETT HISTORISKT PERSPEKTIV	2
SJUKGYMNASTIK I ETT PEDAGOGISKT PERSPEKTIV	4
RELATIONSASPEKTER PÅ SJUKGYMNASTYRKET	5
UNDERVISNINGASPEKTER PÅ SJUKGYMNASTYRKET	8
TIDIGARE FORSKNING OM PATIENTUNDERVISNING.....	11
METODOLOGISKT ANGREPPSSÄTT	13
FORSKNINGSANSATS – HERMENEUTIK	13
URVAL	14
INTERVJUER.....	16
TOLKNINGAR.....	17
TOLKNINGAR AV INSAMLAT MATERIAL.....	17
TANKAR KRING PATIENTRELATIONEN.....	18
TANKAR KRING ROLLEN SOM UNDERVISARE.....	21
TEORETISKA KUNSKAPER.....	21
PERSONORIENTERAD FÖRSTÅELSE	23
UNDERVISNINGSLÄMPLIGHET	23
DIDAKTISK HANDLINGSREPERTOAR.....	25
JÄMFÖRELSE MELLAN LÄRARE OCH STUDENT.....	26
SAMMANFATTNING	27
DISKUSSION.....	28
REFERENSER.....	31
BILAGOR.....	a
BREV TILL INTERVJUPERSONER.....	a
INTERVJUGUIDE.....	b

INLEDNING

Jag har sedan länge haft som mål att utbilda mig till och verka som sjukgymnast. I den önskan ligger en ambition om att göra det så bra som möjligt. Min filosofi rörande professionen är att en sjukgymnast kan vara hur kunnig som helst inom det medicinska området och i kroppslig rehabilitering, men det som betingar hur väl sjukgymnasten lyckas i sitt arbete är hur pass väl patienten kan ta till sig av sjukgymnastens ämnesspecifika kunskaper. Jag har tidigare varit medförfattare till en B- uppsats vars syfte bestod i ett fördjupande av kunskaperna rörande det pedagogiska förmedlandet i det kliniska arbetet¹ samt sjukgymnastens och patientens tankar kring detta. För uppsatsen gjordes intervjuer med patienter och sjukgymnaster tillsammans med observationer av interaktionen vid ett behandlingstillfälle. Uppsatsen har gett mig en djupare förståelse kring hur sjukgymnasten arbetar samt problematiken rörande patientkontakten, med andra ord så är jag bättre förberedd på vikten av pedagogiska instrument inom professionen. Jag har alltså tagit ett steg tillbaka och inriktat mig på hur blivande sjukgymnaster ser på patientproblematiken i deras framtida arbete.

Hur sjukgymnaststudenter och lärare vid sjukgymnastutbildningen på Lunds Universitet ser på den pedagogiska aspekten i det kliniska arbetet? Med avstamp i den svenska sjukgymnastikens historia innehållande rörelser sprungna ur gymnastiken och en utbildning på en beteendevetenskaplig institution till att idag vara en utbildning på medicinska fakulteten med vetenskaplig akademisk examinationsrätt, har jag funnit det vara av vikt att ställa frågor som ovanstående (Lundbladh, 1993). Med denna uppsats vill jag finna förståelse för de pedagogiska aspekterna i arbete utifrån intervjuer med fem elever och två lärare vid Lunds Universitets sjukgymnastutbildning.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med uppsatsen är att, med hjälp av kvalitativa intervjuer med studenter och lärare vid sjukgymnastprogrammet i Lund, få djupare förståelse för hur dessa studenter respektive lärare ser på den pedagogiska aspekten i det kliniska arbetet. För att lättare kunna strukturera och avgränsa uppsatsen så har jag valt följande frågeställningar:

- Vad är det för likheter och skillnader mellan lärares och studenters erfarenheter rörande patientutbildning?
- Vad kan man dra för konsekvenser av deras resonemang för att främja fortsatt utveckling av utbildningen?

¹ kliniskt arbete och pedagogiska aspekter presenteras och förklaras i nästa kapitel.

DISPOSITION

På redan presenterade inledningskapitel med syfte och frågeställning, följer ett kapitel som handlar om sjukgymnastik i dels ett historiskt perspektiv och dels ett pedagogiskt, där teorier som berör yrket och ämnet tas upp, vidare presenteras och förtydligas även relevanta begrepp. I detta kapitel tas även tidigare forskning upp. Efter följer ett kapitel om metodologiskt angreppssätt som innehåller forskningsansats, urval samt intervjuernas utformning. På metodkapitlet följer tolkningar av insamlat material som jag valt att dela in i tre olika delar; intervjupersonernas tankar kring patientrelationen, intervjupersonernas tankar kring undervisningssituationen samt en jämförelse mellan lärare och studenter. Uppsatsen avslutas med kapitel där jag diskuterar uppkomna resultat som ställs mot bl.a. tidigare forskning och dagens sjukgymnastutbildningspraktik.

SJUKGYMNASTIK I ETT HISTORISKT RESPEKTIVE PEDAGOGISKT PERSPEKTIV

För att förtydliga uppsatsens syfte och frågeställning så kommer jag i detta kapitel behandla sjukgymnastikens historia och även belysa sjukgymnastiken ur ett pedagogiskt perspektiv. Kapitlet som helhet syftar till att dels förtydliga frågeställning och syfte och dels för att koppla samman sjukgymnastiskt arbete med pedagogisk teoribildning. Teorier som presenteras i kapitlet har använts för att tolka det insamlade intervjumaterialet.

SJUKGYMNASTIK I ETT HISTORISKT PERSPEKTIV

För att på bästa sätt kunna presentera sjukgymnastikens historia finner jag det vara av relevans att först definiera sjukgymnastik som begrepp i dag. Till min hjälp har jag LRS (Licensierade Sjukgymnasters Riksförbund), vars definition fastslogs den 17/12 1997 (www.sjukgymnastforbundet.se).

Som yrke

Sjukgymnastik som yrkesverksamhet innebär att förebygga, undersöka och behandla funktionsstörningar som begränsar eller hotar att begränsa människans rörelseförmåga.

I verksamheten ingår metod- och kvalitetsutveckling samt utvärdering. Åtgärder i förebyggande eller habiliterande/rehabiliterande syfte bygger på en bedömning och analys av patientens/klientens kroppsliga förutsättningar och problem med hänsyn tagen till psykiska och sociala faktorer. Dit hör miljöförhållanden som är av betydelse i sammanhanget.

Med patienten/klienten som aktiv samarbetspartner syftar åtgärder, behandlingar och pedagogiska insatser till att göra henne medveten om sina kroppsliga resurser och därigenom förbättra möjligheterna att klara det dagliga livets krav. Sjukgymnastisk verksamhet inkluderar alla åldrar och inrymmer ett brett spektrum av funktionsstörningar avseende rörelse- och stödjeorganen, centralt och perifert nervsystem, andning och cirkulation, psykosomatik samt psyke. Sjukgymnasten har ett självständigt ansvar för bedömning, val av åtgärder, genomförande av behandling och utvärdering.

En sjukgymnast arbetar med personer som är drabbade av någon form av rörelseinskränkning. Kunskapen om sjukdomar och åkommor är med andra ord av yttersta relevans, men det är även minst lika viktigt att alltid ta hänsyn till patientens psykiska och sociala faktorer. Detta ställer specifika krav på sjukgymnasten som yrkesutövare. Det räcker inte för sjukgymnasten att veta vari patientens problem ligger utan denne måste även förstå patientens unika natur för att förmå behandlingen att bära frukt. Jag tycker även att det är intressant att patienten aktivt ska delta i sitt eget tillfrisknande, då även detta ställer krav på yrkesutövaren att förmå patienten att känna sig delaktigt i processen även om denne kan ses som lekman i sammanhanget. Sjukgymnastyrket är med andra ord lika mycket ett medicinskt behandlande yrke som ett motivationshöjande och attitydförändrande dito. Jag kommer att benämna sjukgymnastens arbete gentemot patienten som kliniskt arbete, alltså när sjukgymnasten arbetar ”ute på fältet”. Nedan följer en kort historisk tillbaka blick när det gäller sjukgymnastiken.

Idén om sjukgymnastik och fysiska övningar som medel för förbättrad hälsa och reducering av smärta kan spåras ända bak till vedaböckerna. Det är där de första kända skrifterna om rörelse och massage står att finna, dessa övningar sägs ha utförts i förtida tempel av präster (Lundbladh, 1993). De äldsta skrifterna rörande sjukgymnastik som yrke kan troligen härledas bak till Herodicus, 400 B.C., som grundade en skola för terapeuter som använde gymnastiska övningar och massage med syfte att förbättra hälsa (ibid.). Det bör dock tilläggas att dessa metoder varit starkt knutna till läkaryrket genom historien.

Tankar om att fysiska övningar som medel för en ökad nationalism och bättre hälsa ibland nationens invånare växte sig allt starkare under 1700- och 1800- talet. En mängd filosofer och författare så som Rousseau, Pestalozzi, Basedow, Guts Muths och Jahn har alla lämnat viktiga bidrag till denna filosofiska rörelse som också influerade utvecklingen av fysiskt aktivitet i utbildningssyfte och sjukgymnastiken i de nordiska länderna (Annerstedt, 1991).

Den svenska sjukgymnastikens historia är starkt förknippad med *Per Henrik Ling* (1776-1839), även känd som den ”svenska gymnastikens fader”. År 1813 grundade Ling det Kungliga Gymnastiska Centralinstitutet (KGCI), med avsikt att utbilda lärare i fysisk utbildning. Ling delade in den fysiska utbildningen i fyra olika områden; pedagogisk,

militär, medikal och estetisk. Hans grundtanke var att med hjälp av konstruerade rörelser kunna genomarbota kroppens alla muskler och därmed nå balans och harmoni. Varje rörelse måste utföras i sitt maximala rörelseomfång. Denna syn på rörelseträning blev känt som "det lingska systemet". Lings teori bakom hans konstruerade övningar var, att funktionella inte kan fylla uppgiften att korrigerar felställningar och stärka svaga eller dåligt utvecklade kroppsdelar, eftersom kroppen själv alltid finner den lättaste vägen att lösa varje aktuellt problem (Lundbladh, 1993). Ling ansåg länge att anatomin i utbildningen behövde kompletteras med fysiologi för att på så sätt ytterliggare förstärka rörelsernas effektivitet. För att åstadkomma detta sökte Ling ett närmre samarbete med läkare, men deras intresse var svagt då de ansåg att han gjorde intrång på det medicinska området. Ling löste detta problem genom att utverka att en av hans tidigare elever, *Lars Gabriel Branting*, fick delta i de anatomiska och fysiologiska kurserna vid Karolinska institutet. Branting kom sedermera att ta över Lings tjänst som föreståndare för KGCI. Under Brantings period som föreståndare kom dennes tid att en allt högre grad ägnas åt en vidare utveckling av den medikala gymnastiken. Ling hade alltså ägnat många år av sitt arbete till att utveckla rörelser för stärkande av kroppen. Detta lingska system kom att användas till att behandla sjukdom eller funktionsnedsättning och på så sätt lades grunden till svensk sjukgymnastik (ibid.).

Läkarkåren hade länge ett starkt inflytande och stadig kontroll över sjukgymnastiken, såväl utbildningen som yrkesutövningen. Läkare har avgjort indikationer för behandling, ordinerat sjukgymnastiska åtgärder och haft rätt att kontrollera hur behandlingen utförts (ibid.). Detta remisskrav kom att slopas 1978.

Med 1977 års allmänna högskolereform blev det möjligt för sjukgymnaster att avlägga högre akademiska examina i medicinsk vetenskap. I slutet av 1970- talet inrättades även Sveriges första professur i sjukgymnastik på Lunds Universitet, vilket kan ses som en stor framgång för yrket. Dock saknades fortfarande kompetens för att sjukgymnasterna själva skulle kunna inneha en sådan befattning vilket ledde till att en stor del av ansvaret för ämnets vetenskapliga utveckling kom att vila hos läkarna. Den första att avlägga doktorsexamen i ämnet sjukgymnastik var Birgitta Johansson 1983 vid Lunds Universitet (ibid.).

SJUKGYMNASTIK I ETT PEDAGOGISKT PERSPEKTIV

Uppsatsens syfte är ju att få djupare förståelse för hur intervjupersonerna ser på den pedagogiska aspekten i det kliniska arbetet. För att lättare kunna förstå syftets innebörd är det av relevans att dels föra ett resonemang kring vad de pedagogiska aspekterna av yrket innebär samt att definiera hur jag ser på dessa i denna uppsats. Jag kommer även i detta avsnitt att presentera de teorier jag har använt mig då jag analyserat och tolkat det insamlade materialet.

De pedagogiska aspekterna i sjukgymnastens arbete rör dennes kontakt med patienter. I denna kontakt uppstår en undervisningssituation, där sjukgymnasten har möjlighet att

påverka patienten till att förändra sin situation. Sjukgymnastens pedagogiska och didaktiska instrument är viktiga delar i sjukgymnastens yrkesutövning. För att lättare förstå hur de pedagogiska aspekterna kan se ut i arbetet kommer jag att presentera ett kortare resonemang kring pedagogik och didaktik nedan.

Ordet pedagogik har sina rötter i det grekiska paidagogike som kan översättas som uppfostringskonst. Ämnet pedagogik är ett ämne som omfattar den speciella form av kunskap som är förknippad med undervisning, utbildning och uppfostran. Den teoretiska grundvalen för undervisnings- och lärprocessen och de pedagogiska handlingar i anslutning till den kan benämnas didaktik. Ordet kommer ifrån det grekiska ordet didaskein som kan översättas med att undervisa, lära, bli undervisad och lära av sig själv. Didaktik beskriver teorier om undervisningsmetoder, innehåll och mål. Den utgör grunden för de planeringsbeslut som man måste fatta för att åstadkomma en kvalificerad pedagogisk praktik (Lejsgaard Christiansen, 2004).

Till didaktiken hör den pedagogiska filosofin som bidrar med frågor av etisk och värdemässig art, nödvändiga i praktiksituationer där det krävs ett ställningstagande. Närbesläktad är också den pedagogiska psykologin som speciellt arbetar med människans tänkande, motivation, intelligens och personlighetsutveckling. Slutligen ingår den pedagogiska sociologin som bidrar med politiska, sociala, kulturella och ideologiska synvinklar (ibid.).

Med didaktik förstås enligt teori och praktik i anslutning till undervisning och lärande. Det betyder att didaktik skall uppfattas som en teoretiskt orienterad och praktikinriktad verksamhet där de grundläggande kunskaperna kan vara pedagogiska, psykologiska och sociologiska (Jank & Meyer i Uljens, 1997)

Med ovanstående resonemang som utgångspunkt kan man säga att det är ifrån didaktiken som sjukgymnaster kan få den nödvändiga kunskapen för att kunna organisera och genomföra undervisning åt patienter som ställs inför nya utmaningar och krav på förändringar av sitt vanliga handlande och sätt att tänka. För att lättare kunna förstå sjukgymnastens relation till patienterna samt dennes förhållningssätt rörande patientundervisningen så presenteras nedan resonemang som förtydligar situationerna.

RELATIONSASPEKTER PÅ SJUKGYMNASTYRKET

Sjukgymnastyrket är i allra högsta grad ett socialt yrke, man arbetar dagligen med människor som har något form av problem. Som tidigare skrivits så ställer detta vissa krav på sjukgymnasten, denne måste som expert agera gentemot en lekman i sammanhanget. I ett försök att belysa grunderna i sjukgymnast- patientrelationen så har jag använt mig av Martin Buber som bl.a. skrivit om mellanmänniska relationer.

Buber beskriver det mellanmännsliga som: ”... uteslutande sådant som aktuellt sker mellan människor, antingen i full ömsesidighet, eller på sådant sätt att det utan vidare kan intensifieras och fullföljas till ömsesidighet; ty båda parternas delaktighet är i princip ett ovillkorligt krav” (Buber, 1995:25).

Att förknippa en mellanmännslig relation med ett visst slags beteende, en känslomässig upplevelse eller en föreställning hos endera av parterna kan vara lämpligt, men relationen i sig består inte i dessa. Reproduktion, imitation eller kontroll av det mellanmännsliga är inte möjligt, inte heller är det möjligt att utnyttja mellanmännsligheten med ett bestämt syfte då det krävs ett nytt ställningstagande till varje ny situation och en uppmärksamhet på vad just den situationen kan säga den enskilde individen (Buber, 1995)

Dialogfilosofen Martin Buber är angelägen om att stödja sina teser med rationella argument, men dessa teser kommer han inte fram till på spekulativ väg. För att finna klara formuleringar och undvika klichéer stöder Buber teserna med logiska resonemang. Hans dialogfilosofi är ingen teori utan snarare en uppfordran eller påminnelse om hur någonting var och hur det upplevdes av den enskilde individen, där dennes tidigare livserfarenhet tas i beaktning. I dessa teser är innehållet hämtat ifrån det verkliga livet och kan t ex beskriva ett möte människor emellan.

”Jag förkunnar ingen lära, jag bara visar något. Jag pekar på en verklighet, eller på någonting i verkligheten, som inte alls, eller i varje fall alldeles för lite, har uppmärksamats. Jag tar den som lysnar på mig vid handen och leder honom fram till fönstret. Jag slår upp fönstret och visar ut. Jag har ingen lära att komma med, men jag för ett samtal.” (Buber, 1995:13).

Det finns två grundläggande olika förfaringssätt för att inverka på människor, på deras livsgestaltning och på deras tankesätt. Överallt där människor agerar gentemot varandra kan de båda synsätten observeras. (1) I det första fallet vill en individ påtvinga en annan individ sin egen åsikt och attityd, gärna på ett sådant sätt att den påverkade inbillar sig att det är dennes egen insikt som frigjorts genom detta inflytande. (2) I det andra fallet önskar den ena individen hos den andre individen kunna känna igen och stödja något, som denne har inom sig och som den lärt känna som sant och riktigt. Det som uppfattas som sant och riktigt måste också finnas i den andres mikrokosmos som en möjlighet bland möjligheter. Hos denne behövs i så fall endast ett gensvar väckas, inte nödvändigtvis genom inläring, utan det kan ske genom ett möte eller genom existentiell kommunikation som ger en förändring av det som är till det som kommer att bli. Det första fallet har funnit sin mest extrema tillämpning i propaganda och det andra inom pedagogiken (Buber, 1995).

Pedagogen, som detta fall är sjukgymnast, kan ses som levande i en värld av individer där en viss grupp får ta del av dennes beskydd. Där pedagogen ser varje individ som unik och bärare av ett speciellt uppdrag i tillvaron, fullföljbart genom endast denne individ. Pedagogens vet att det inom individen allt som oftast står konflikter mellan aktualiserande krafter i det mikrokosmiska planet och dess motkrafter. Där pedagogen måste inse och ta sin roll som medhjälpare till de aktualiserande krafterna och sålunda kunna hjälpa, genom

personliga möten då och då, ”det rätta” att framträda unikt och personligt hos individen (Buber, 1995).

Pedagogen verkar för att åstadkomma förändring hos den enskilde individen, en förändring som är varaktig. Man kan då se denne som en förändringsagent. I kontexten av denna uppsats så är förändringsagenten sjukgymnasten i dennes strävan att påverka patienternas rehabiliteringsprocess positivt. Agenten ser förändring som något positivt och den roll agenten har är att fastställa handlingar för att nå ett bestämt mål för individen. Om pedagog/terapeuten uppvisar vissa grundhållningar så kommer individen att kunna utvecklas i positiv riktning av egen kraft. Dessa grundhållningar (Olsson, 1985: 25f) karaktäriseras av:

- Sensitiv empati (känslig inlevelse och förmedling av denna till klienten)
- Äkthet i det egna beteendet
- Obetingat positivt accepterande

Vid förändring av värderingar definieras tre typer av förändring: ”compliance”, identifikation och internalisering (Olsson, 1985: 50f). Där ”compliance” kan beskrivas såsom underkastelse eller eftergivenhet vilken bara ger en tillfällig förändring som bara fungerar vid direkt övervakning, den kan jämföras med ögontjänari. Identifikation innebär, i vårt fall, att sjukgymnasten skapar en positiv relation till patienten och får patienten att omdefiniera sitt jag i, den enligt sjukgymnasten, rätt riktning. Den begränsning identifikationen har är att den oftast bara verkar då personen (patienten) är i kontakt med identifikationspersonen (sjukgymnasten). Internalisering är den tredje och mest bestående förändringsmodellen utav det tre. Där sjukgymnastens inflytande över patienten accepteras av patienten, som behåller värderingsförändringen som en del av sig själv.

I denna modell betraktas förändring som en följd av interaktion mellan individer och som en extern påverkan på den som förändras. Internalisering förutsätter att den person som utövar inflytande (sjukgymnasten) måste vara trovärdig och att relationen mellan sjukgymnast och patient är tillitsfull (Olsson, 1985).

När två människor (sjukgymnast och patient) vilka var och en är införstådda med den andres bestämmelse och tjänar till denna bestämmelses uppfyllelse utan att vilja påtvinga den andre något av det egna självförverkligandet, framträder människoväsendets dynamiska härlighet i full verklighet (Buber, 1995). Den ene (sjukgymnasten) kan inverka så att han väcker något till liv inom den andre (patienten), men det som bringar det mellanmänniska till dess högsta nivå är makten i dialogen människor emellan. I en förändringsprocess är relationen mellan individerna av högsta prioritet eftersom kvalitén i förändringen är starkt och direkt beroende av den sociala relationens kvalitet (Ibid.).

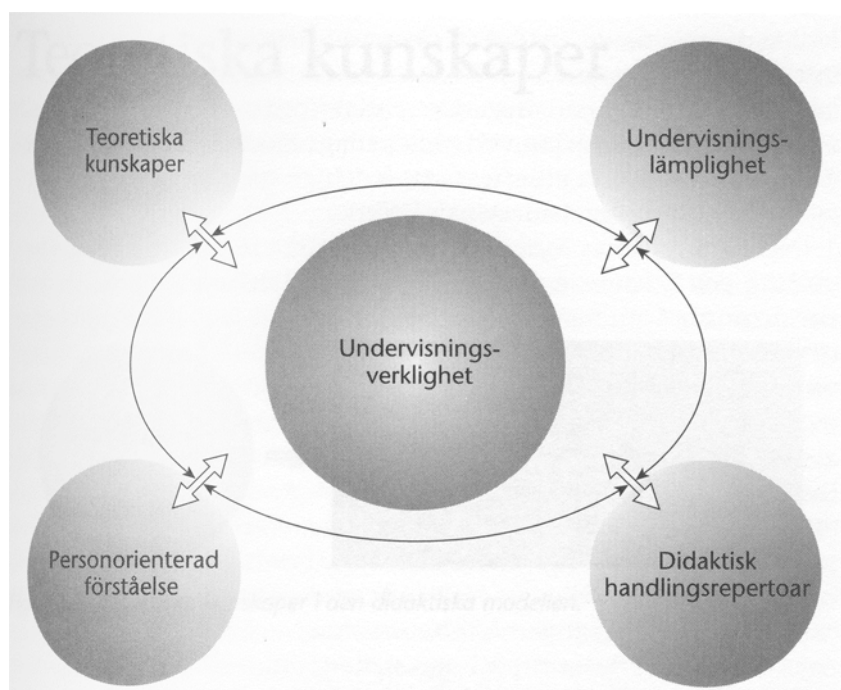
Processen i sig har inte observerats utan det är snarare sjukgymnastens tankar kring sin egen roll som förändringsagent som det fokuseras på. Det kommer med andra ord inte att vara en forskares observation av det sedda utan en analys av det sagda rörande det mellanmänniska perspektivet i sjukgymnastens yrke.

UNDERVISNINGSSASPEKTER PÅ SJUKGYMNASTYRKET

För att sjukgymnasten skall kunna verka som förändringsagent gentemot patienten så krävs det dels att denne äger medicinska kunskaper men sjukgymnasten måste även vara medveten om hur denne skall kunna förmedla sitt kunnande för att få patienten att förstå och även för att kunna erbjuda patient instrument för att förbättra dennes egen situation. För att lättare kunna förklara yrkets undervisande aspekter har jag använt mig av didaktiska teorier som behandlar, för undervisaren, viktiga element.

"I sig själv är kunskaper i didaktisk teori inte mycket värda. Insikternas betydelse visar sig i praktiken [...] om de är handlingsorienterade och hjälper oss att hantera den egna undervisningen" (Uljen, 1997:32). Kunskaper i didaktisk teori skall alltså verka för att underlätta för undervisaren i undervisningssituationer. Jag har använt mig av en didaktisk modell för att dels dela upp samt dels lyfta fram egenskaper och kunskaper som påverkar sjukgymnasten i dessa undervisningssituationer.

Didaktisk modell:



Denna modell visar undervisningsverkligheten sedd ur ljuset av teoretiska kunskaper, personorienterad förståelse, undervisningslämplighet och en didaktisk handlingsrepertoar (Lejsgaard Christensen, 2004).

1. *Teoretiska Kunskaper*: Mål för lärande. Val av innehåll. Lärprocessen. Lärmiljö. Evaluering. De teoretiska kunskaperna kan, för sjukgymnasten, delas in i ämnesrelaterade kunskaper och vårdrelaterade kunskaper. De ämnesrelaterade står för innehållet i själva undervisningen så som kunskaper om specifika sjukdomar eller fysiska defekter. De vårdrelaterade rör sjukvårdens centrala områden såsom egenvård eller yrkesmässig omvårdnad, utefter en patientspecifik situation.
2. *Personorienterad förståelse*: Personliga föreställningar och erfarenheter. Förutsättningar för lärandet. Varseblivning och perception. Motivation och emotion. Intelligens. Kulturella Förväntningar. Med personorienterad förståelse menas vad som tas med in i utbildningssituationen så som de ovan nämnda orden. Jank & Meyer talar om subjektiva teorier som grundas på tidigare erfarenheter. I en förening mellan personorienterad förståelse och teoretiska kunskaper så ges de teoretiska begreppen en personlig mening. Alltså dessa tillsammans ger individen ett eget didaktiskt idé- och planeringsinstrument (Lejsgaard Christensen, 2004).
3. *Undervisningslämplighet*: Undervisningspersonlighet. Kroppsmedvetenhet. Språklig kompetens. Undervisningsprofessionalitet. En duktig undervisare betingas av kunnande i pedagogisk dramaturgi tillsammans med väl utvecklat språkbruk. Undervisaren bör få åhöraren att tänka i erfarenhetsrika och levande bilder så varar i dennes medvetande. Med andra ord behöver den undervisande sjukgymnasten använda sig av ett språk innehållande intressant och relevant information för att patienten skall kunna lära nytt (Ibid.).
4. *Didaktisk Handlingsrepertoar*: Begreppsutveckling. Rutiner. Reflektion. Lärande genom erfarenhet. En didaktisk handlingsrepertoar utvecklas genom att praktisera i undervisningsverkligheten. Denna utveckling främjas av såväl misslyckad undervisning som lyckad, aktiviteten görs sedan till föremål för reflektion. En förutsättning för utveckling är att sjukgymnasten klarar av att dra in sina egna undervisningsbilder och didaktiska kunskaper i reflektionen över sin undervisningspraktik samt i diskussionen med andra undervisande sjukgymnaster. I förhållande till sina teoretiska kunskaper handlar det om att begreppsligt kunna definiera situationer i patientundervisningen och språkligt vara förmögen att beskriva dessa händelser. Den personorienterade förståelsen kräver av sjukgymnasten att denne kan utnyttja sina egna undervisningsbilder och subjektiva teorier som i sin tur kan utmanas och understödjas av de teoretiska kunskaperna. När det gäller undervisningslämpligheten så utgörs samspelet mellan en didaktisk kompetens vid omvandlingen av teoretisk kunskap till praktiskt handlande i undervisningssituationer. Ett förhållande mellan teori och praktik i kontinuerlig utveckling (Ibid.).

Det är den didaktiska handlingsrepertoaren som betingar hur väl man som undervisare kan hantera undervisningen. Det är med andra ord den didaktiska handlingsrepertoaren som är

avgörande i hur väl sjukgymnasten lyckas när det kommer till att nå ut till patienten och få denne att agera på ett sätt som är gynnsamt för patienten.

TVå viktiga ingredienser vid upprättandet av denna handlingsrepertoar är:

- Rutin
- Reflektion

Jank & Meyer definierar rutin: ”Rutinisering är en automatisering av ursprungligen medvetet utförda målorienterade handlingar” (Jank & Meyer i Uljens, 1997:43). Man har alltså ett mål i sitt rutingörande och dessa handlingar hjälper till att uppnå dessa mål. Det går inte att undvika rutinisering då man anammar tidigare utförda handlingar och lär sig att förutse situationer (Uljens, 1997). För sjukgymnastens del är det med andra ord viktigt att agera i klinisk miljö så mycket som möjligt för att kunna upprätta en tillfredsställande didaktisk handlingsrepertoar.

Rutinerna utlöses när undervisaren befinner sig i för denna bekanta miljöer som man sedan tidigare utfört lyckade handlingar i och denna rutinhandling kan delas upp i fem delsteg (Jank & Meyer i Uljens, 1997:44):

1. Man *uppfattar* situationen.
2. Den *känns typisk* och vanlig.
3. Man sätter den rutinmässigt i förbindelse med ett *handlingsmål* för vilket det finns en rutinhandling i handlings- och metodrepertoaren.
4. Rutinhandlingen *genomförs*.
5. Under handlingen *kontrollerar man* om man kan nå handlingsmålet och till slut om målet nåtts eller inte.

Analysen av en rutinhandlings delsteg blir problematisk då dessa, i verkligheten, ligger så nära varandra att de endast kan urskiljas rent teoretiskt. De ovanstående punkterna är till för att förstå vad som händer när en rutinhandling genomförs. Bromme hävdar vidare att rutinhandlingar kan vara ytterst ekonomiska handlingar då de kan befria undervisaren från onödiga reflektioner rörande sitt eget handlande. Denna frigörelse kan leda till att undervisaren ges utrymme att nyskapa tankar, göra nya iakttagelser och utföra handlingar på ett nytt sätt. Detta kan betyda att: ”Rutiner underlättar reflektion” (ibid.).

Schön kallar ett parallellt reflekterande och handlande för reflection-in-action (Schön, 1983). Här använder den reflekterande sjukgymnasten sig av sin erfarenhet och känsla i varje ny situation, genom sin tidigare tillskansade lärdom, utan att förutsätta att den nya situationen är någon annan lik, snarare tvärtom den är unik. Den samlade erfarenheten bidrar till att olika perspektiv används på den berörda händelsen genom ett aktivt reflekterande (ibid.).

Ett reflekterande förhållningssätt innebär att sjukgymnasten inte direkt kan överföra sin erfarenhet och sitt kunnande på patienten, utan denne bör se sig själv vara ödmjuk och förstå att man inte bevisar sin auktoritet genom att tillhandahålla redan utarbetade svar (ibid.). Vidare bör sjukgymnastens patient vara inställd på att kraven på samtalen dem emellan blir annorlunda. Patienten bör vara villig att aktivt delta i resonemang kring dennes problem och granska dessa ur olika perspektiv. Schön kallar ett sådant förhållningssätt för "the reflective contract" och i denna miljö, som bägge tar ansvar för att vidmakthålla, råder total ärlighet.

"Reflektion och rutinisering måste förenas för att man skall kunna göra sig medveten om rutinhandlingar som förlorat sitt mål. Dessa rutinhandlingar kan sedan dekonstrueras, och på så sätt kan förutsättningar för fantasifull vidareutveckling av den didaktiskt-metodiska handlingsrepertoaren skapas" (Uljens 1997:46)

Dessa två beståndsdelar (rutin & reflektion) är viktiga för sjukgymnasten i dennes jakt på en effektiv didaktisk handlingsrepertoar. Att vara medveten om sitt agerande och därigenom förbättra både det nuvarande och framtida är önskvärt för sjukgymnasten i behandlingssituationerna.

Det är också viktigt att vara medveten om att delarna i modellen inte används åtskilda och i tur och ordning. Utvecklingen av en didaktisk handlingsrepertoar sker genom växelverkan mellan modellens delområden. Modellen går att tillämpa både på sjukgymnasten och på patienten. Då det är deras gemensamma förutsättningar som förutsätter hur pass väl undervisningsverkligheten fungerar. Denna modell har använts för att analysera det empiriska materialet.

TIDIGARE FORSKNING OM PATIENTUNDERVISNING

Det var först under 1970-talet som forskning rörande patientundervisning tog fart och dessutom speglade den tidiga forskningen i stor utsträckning amerikanska och engelska förhållanden, och dagens forskning är även den inriktad på samma sak (Friberg, 2001). Det förekommer dock svenska avhandlingar inom området och en som är av relevans för min uppsats är Febe Fribergs *"Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning"*. Avhandlingen berör, precis som titeln avslöjar, patientundervisningen ur ett omvårdnadsperspektiv. Jag ser det dock vara av relevans att ta del av denna avhandling och låta den utgöra en allmän syn på patientundervisning som jag kan bygga vidare på ur ett mer specifikt sjukgymnastiskt perspektiv.

Friberg har genomfört observationer av undervisningssituationer tillsammans med intervjuer med både patienter och sjuksköterskor. Friberg menar att: *"Om inte denna specifika vårdverksamhet studeras och problematiseras, finns risken att patientens behov av kunskap inte beaktas, med en försämrad vård som följd."* (Friberg, 2001:17)

Att problematisera verksamheten och patientrelationen är av vikt även ur ett sjukgymnastiskt perspektiv då dennes patientrelation är lika påtaglig som sjuksköterskans.

Genom att djupare förstå relationens mekanismer i en specifik kontext kan underlätta patientens rehabiliteringsprocess väldigt. En uppenbar skillnad mellan Fribergs avhandling och denna uppsats är ju inriktningen mot olika yrken, men även omfattning och tillvägagångssätt skiljer. Där Friberg intervjuat och observerat patienter och sjuksköterskor har jag valt att inrikta mig mot sjukgymnaststudentens syn på patientundervisningen, det är ju uppenbara skillnader i arbetets omfattning och tid.

Ur ett sjukgymnastiskt perspektiv har forskning rörande patientundervisning tätt sig tämligen begränsad. Emellertid har en svensk pedagogikforskare inriktat sig mot de pedagogiska aspekterna av sjukgymnastens yrke samt studenter på sjukgymnastutbildningens förmåga att lära i utbildningens pedagogiska inriktning med problembaserad inläring som grund. Denna forskare heter Madeleine Abrandt och hon skrev en avhandling i ämnet 1997. Målet för denna avhandling står att finna nedan med hennes egna ord.

“The aim is to describe and analyse physiotherapeutic learning through formal education and professional experience. The investigation focuses on the students’ ways of experiencing the concepts of Health, Movement, Function and Interaction”. Abrandt, 1997: Abstract

Avhandlingen inriktar sig alltså på utbildningsprogrammets problembaserade lärande och ur den utgångspunkten granskar den studenternas uppfattningar och ökade förståelse för ovan nämnda begrepp. Hon lägger även vikt vid sjukgymnaststudenternas syn på mötet med patienten. Avhandlingen berör samma frågor som denna uppsats syftar att göra, det som skiljer är angreppssätt och forskningens omfattning. Där denna uppsats har som mål att få en djupare förståelse för de pedagogiska aspekterna i det kliniska arbetet så syftar Abrandts avhandling till att bättre förstå hur sjukgymnaststudenter lär genom problembaserat lärande tillsammans med deras förståelse om tre definierade begrepp; Hälsa, rörelse och funktion (Abrandt, 1997). Mitt intresse ligger inte i förmågan att lära sig utan min uppsats bygger på mina intervjupersoners tankar kring de pedagogiska aspekterna i deras kliniska arbete. Abrandt arbete är givetvis också betydligt mer omfattande än vad denna uppsats skulle kunna göra anspråk på att vara.

Det står även att finna artiklar som behandlar de pedagogiska aspekterna av sjukgymnastens arbete. Bland annat så publicerades en i The Australian Journal of Physiotherapy nummer 49, 2003. Artikelförfattarna argumenterar, mot en empirisk bakgrund, för att även om en konkret och omfattande utbildning rörande människokroppen och dess funktioner garanterar en viss grundläggande behandlingsnivå gentemot patienterna så grundar sig ett fullständigt och långvarigt välmående hos dessa i, för sjukgymnasten, välutvecklade kommunikativa egenskaper. Denna artikels empiri inhämtas genom intervjuer med patienter och det är ur patienternas synvinkel företeelsen granskas, och det är också dessa som mer eller mindre får betygsätta behandlande sjukgymnaster. De intervjuade patienterna lägger en stor vikt vid sjukgymnasternas kommunikationskunnande då just detta kunnande betingar hur väl patienten tar till sig av de instruktioner sjukgymnasten ger för framtida välbefinnande. Vidare argumenteras det för hur patient- sjukgymnast relationen kan optimeras genom ökad förståelse för och användande av kommunikativa handlingsplaner (Potter, M m.fl. 2003). Artikeln visar att

det, inom sjukgymnastiken, arbetas för att finna bättre vägar för att fler patienter skall ges möjlighet att tillfriskna, men även att en medvetenhet kring problematiken rörande patientkommunikation finns. Studien skiljer sig ifrån min bland annat när det gäller val av intervjupersoner då jag valt att intervjua sjukgymnaster och betrakta situationen ur dennes perspektiv.

Vad som är av vikt att ha med sig efter detta avsnitt är problematiken rörande patientkontakten och vikten av att lyfta fram den för att på bästa sättet optimera patientens rehabiliteringsprocess. Fribergs avhandling gör sig relevant ur ett allmänt vårdrelaterat undervisningsperspektiv som kan ses som en utgångspunkt för denna uppsats mer specifika sjukgymnastiska patientundervisning. Abrandts studie, som i sin avhandling inriktar sig på studenternas inlärningsförmåga, verkar i denna uppsats som dels ett sjukgymnastiskt forskningsperspektiv inom valt problemområde och dels för att lättare särskilja denna uppsats ifrån tidigare genomförd forskning. Den presenterade artikeln bör ses som ett belysande av problemområdet, trots att den är inriktad på ett amerikanskt förhållande.

METODOLOGISKT ANGREPPSSÄTT

Avsikten med denna del av arbetet är att klargöra för vilka vetenskapliga perspektiv och metoder som ligger till grund för studien. Utgångspunkterna kommer att presenteras och motiveras. Valet av metod är av central betydelse för utseendet av studien då detta kommer att påverka slutproduktens utseende.

FORSKNINGSANSATS – HERMENEUTIK

Denna gren inom vetenskapsteorin har en humanistisk och samhällsinriktad syn på vetenskapen (Alvesson & Sköldberg, 1994, Hartman, 1998). Den söker inga exakta resultat utan strävar efter att tolka och förstå betydelse. Hermeneutiken bygger på människans förmåga att förstå andra genom sig själv, vi tolkar våra medmänniskor genom oss själva. Denna vetenskapsgren grundar sig med andra ord i själva människan.

Människans empatiska förmåga är viktig för hermeneutiken. Det är den som är själva drivkraften i en hermeneutisk undersökning; förmågan hos forskaren att sätta sig in i fenomenet och tolka detta ”inifrån”. Det blir med andra ord inga generaliserande fakta som kommer att byggas i en hermeneutisk undersökning utan tyngden ligger i att förstå ett fenomen utifrån sig själv.

En problematik som förts fram inom hermeneutiken är hur man ska ställa sig till forskarens egen *förförståelse*, erfarenhet och påverkan vid vetenskapliga undersökningar. Detta har lett till att det inom hermeneutiken pågått en längre diskussion om relationen mellan subjekt (undersökningsspersoner) och objekt (forskare) (Ibid.).

Som hermeneutisk forskare är medvetenheten om den egna förförståelsen av yttersta vikt. Forskaren kan inte bortse från sin förförståelse då denne tolkar ett fenomen. Det är omöjligt att tolka andra utan att göra det genom sig själv. Subjektiviteten i tolkningen gör att det blir omöjligt att avgöra om den är "rätt eller fel". Vidare anser hermeneutikens sympatisörer att vi människor har olika erfarenhet och känslor som leder till att två forskare som tolkar samma forskningsobjekt kommer att göra olika tolkningar och dra olika slutsatser (Alvesson & Skoldberg, 1994, Hartman, 1998). Medvetenheten om förförståelsen, vid en hermeneutisk studie, innebär att man vid informationsinsamlingen ska ta i beaktande att det man samlar in inte är "rena" sinnesintryck utan att det innehåller en stor portion tolkning redan ifrån början (Thurén, 2000). Det är alltid mot denna bakgrund som vi gör våra antaganden och drar våra slutsatser. Då vi ska tolka ett meningsfullt fenomen är vår förförståelse ett grundläggande instrument för våra idéers utgångspunkt. Utan dessa idéer skulle undersökningen sakna riktning (Gilje & Grimen, 1992).

Riktningen undersökningen tog grundar sig i ett basalt intresse för och en förförståelse om sjukgymnastens arbete och dennes kontakt med patienten. Vad som verkligen riktar studien är intresset för relationen mellan sjukgymnasten, patienten och patientens kropp samt hur (den blivande) sjukgymnasten ser på den mellanmänskliga aspekten under deras utbildning. *Förståelse* kräver *förförståelse* men förståelse blir även ökad förförståelse. På detta sätt kan man se begreppen som olika sidor av samma mynt som inte kan fungera utan varandra.

Ett av de viktigaste begreppen inom hermeneutiken är *den hermeneutiska cirkeln*. Den pekar på sambanden mellan det som ska tolkas, förförståelsen och det sammanhang som det måste tolkas i. Den vill belysa den ständiga rörelsen mellan *del* och *helhet* som sker under en undersökning. Förhållanden mellan det som tolkas och sammanhanget det tolkas i, men även mellan det som tolkas och vår egen förförståelse. Dessa delar är beroende av varandra och det är först då man blir medveten om hur de olika delarna ska tolkas som man kan tolka helheten (Gilje & Grimen, 1992).

Mitt val att genomföra en hermeneutisk studie leder till att dess resultat och utseende är av mig avhängigt. En hermeneutisk studie betingas med andra ord av forskaren som tolkar ur sin egen förförståelse. Detta gör att denna studie aldrig kan stoltsera med sanningar som gör anspråk på att vara absoluta eller allmängiltiga.

URVAL

Att välja just Lunds Universitets sjukgymnastutbildning för min undersökning tedde sig naturligt både med tanke på utsatt tidsram och på resurstillgång. Jag valde att göra intervjuer då denna insamlingsmetod av empirisk bäst lämpades för min studie. Vid urvalet utgick jag ifrån utbildningens egen hemsida, studenterna har kursrepresentanter för varje termin så jag valde att kontakta fem stycken ifrån termin två till termin sex. Detta gör mitt urval av studenterna till en form av bekvämlighetsurval, där jag väljer de personer som står

att finna (Hartman, 1998). Risken med denna typ av urval är att man får en icke representativ bild av populationen. Detta ser jag dock inte som ett problem då jag inte är ute efter att lämna efter mig en generaliserande bild utan ändamålet är att uppbringa en djupare förståelse för det fenomen som avsetts att studera. Jag ser dock en varningens flagga i valet att göra kursrepresentanterna till representanter för alla studenter på utbildningen. Det kan vara så att dessa studenter inte är representativa då de, genom sin vilja att agera kursombud kan inneha en större vilja till engagemang. Om så vore fallet så kan jag ändå se det som positivt då de skulle vara mer benägna att låta sig intervjuas. Jag hade ju heller inga problem med att få personer att ställa upp på undersökningen vilket *skulle kunna* ses som bevis på just detta.

När det gäller lärarnas deltagande i studien så visade det sig vara problem med att få kontakt med lärare som kunde ställa upp på intervju, så vid första intervjun med en student förhörde jag mig hos intervjupersonen om lärare som skulle kunna tänkas ställa upp på intervju. Denna intervjuperson rekommenderade mig för en lärare som visade sig vara positivt inställd till deltagande i studien. Då redan nämnda lärare visat intresse för studien och således valde att delta så föll det sig naturligt att spörja om ytterliggare intervju personer ur lärarskrået. Lärarurvalet är sålunda ett snöbollsurval där jag genom andra personers kännedom om, för studien, intressanta kunskapsägare genomförde urvalet. Risken med detta urval är att kunskapsområdet kan vara för snävt och inriktat mot en del av ett område inom valda området. Denna risk ser jag dock vara ganska liten då dessa intervju personer innehar arbetsuppgifter utöver lärarens och därmed bör besitta kunskaper och perspektiv bredare än lärarens. Samtidigt bör det dock tilläggas att dessa representanter för institutionen kan vara mer positiva till den, då de lever i och i stor utsträckning formar miljön för studenterna.

Jag valde att intervju sju personer som var knutna till sjukgymnastprogrammet, varav fem var studenter. Antalet anser jag vara tillräcklig snarare än för få då det, till viss del, kan försvåra arbetet med att göra ingående tolkningar om intervjuantalet är för stort (Kvale, 1997).

Att intervju just fem studenter var för att jag ville få med en ifrån varje termin under pågående utbildning. Jag valde dock bort att intervju en student ifrån första terminen då jag anser att de är helt nya inför dels ämnet sjukgymnastik och dels till utbildningen i Lunds uppbyggnad och detta leder mig att misstänka att ett sådant material skulle ha spelat en ringa roll i sammanhanget. Dessutom är dagarna i praktik är kraftigt begränsad under första terminen i jämförelse med senare terminer. Att antalet lärare inte blev fler än två är en kombination av dels lärarnas oåtkomlighet och dels en upplevd grad av empirisk mättnad. Under intervjun med den andra läraren fick jag känslan av att ingen ny information av väsentlig natur för den valda undersökningen uppkom. Denna mättnadskänsla kan emellertid ha sitt ursprung i urvalsmodellen som genomfördes för intervju personer som skulle representera lärarskrået. I och med att ett snöbollsurval genomfördes så, som ovan redan skrivits, finns risken att jag erhåller liknande data.

Att intervjua endast två lärare kan te sig underligt men dessa två kombineras med sjukgymnastprogrammets utbildningsbeskrivning och kursplan för att skapa en bild av institutionens förhållningssätt till det pedagogiska perspektivet.

Valet att intervjua både studenter och lärare gjordes då jag ville få en djupare förståelse för hur institutionen i stort såg på de pedagogiska aspekterna i yrket, snarare än antingen det ena eller det andra. Uppdelningen av de båda gjordes å andra sidan för att jag inte ville blanda ihop lärare och studenter rakt av utan att se skillnader och likheter dem emellan.

Samtliga intervjupersoner kontaktades, initialt, via e-post och då alla berörda parter innehar en egen e-postadress ses inga hinder med detta förfarande. Det kan dock tänkas att studenternas tilldelade "studentmail", som användes för detta mail, inte går igenom i samma utsträckning som studenternas egenvalda mail. Detta har inte varit ett problem under processen då svar inkommit ifrån samtliga av de tillfrågade. I detta elektroniska brev presenterades studiens syfte med avsikt att ge de tilltänkta intervjupersonerna en möjlighet att tänka igenom ämnet innan den tackade ja till att låta sig intervjuas, det vill säga ett informerat samtycke. Detta anser jag vara ett av största vikt då "*avgränsningen är ett sätt att dramatisera intervjun och intervjusituationen, då intervjupersonen inte behöver fantisera om intervjuens bakomliggande syfte eller att bli orolig över vilka frågeområden som kommer att beröras*" (Lantz 1993:155). Brevet bifogas i sin helhet i bilaga 1.

INTERVJUER

Empirin till uppsatsen har inhämtats genom *kvalitativa intervjuer*. Valet av just detta förfaringssätt gjordes då jag inte är ute efter att generalisera resultatet utan snarare skaffa mig en subjektiv förståelse för hur intervjupersonerna ser på de pedagogiska aspekterna av sjukgymnastens arbete. En kvalitativ intervju bör öka informationsvärdet samt skapa en grund för djupare och mer fullständiga uppfattningar om det fenomen som väljs att studeras. Jag har använt mig av en öppen, *semistrukturerad intervjuguide* där jag ger intervjupersonen möjlighet att öppet svara på frågor i en takt och ordningsföljd som denne själv bestämmer. För att bärga så informationsrika svar som möjligt har gjort att jag beslutat om nyttjande av *semistrukturerade intervjuer*. En semistrukturerad intervju innebär, för intervjupersonen, öppna frågor, ordningen i intervjuguiden anpassas ifrån gång till annan och man uppmuntras till att öppet ordra om det berörda ämnet med så lite styrning som möjligt (Hartman, 1998). Denna intervjuform förutsätter att intervjuaren är inläst på ämnet så att denne, vid behov, kan styra in intervjupersonen mot, för ändamålet, relevant information.

Samtliga intervjuer spelades in, vilket kan ha påverkat intervjupersonernas svar. Vissa människor kan tycka att det kan kännas obehagligt att det de säger finns inspelat (Bryman, 2002). Fördelarna med att spela in intervjuerna väger dock tyngre än nackdelarna då jag som intervjuare ges mer tid att lyssna, reflektera och vara mer aktiv och deltagande under intervjun. Dessutom finns hela intervjun sparad och jag har möjlighet att sedermera gå tillbaka och lyssna på den igen om något skulle vara oklart. En annan fördel är att jag kan använda mig av citat.

Jag har även använt mig av en provintervju där jag testade mina intervjufrågor på en för detta student på sjukgymnastutbildningen i Lund och som numera arbetar som sjukgymnast (Esaiasson, 2002). Detta för att se hur väl mina intervjufrågor fungerade för att inhämta, för uppsatsen, relevant empiri.

Eftersom mitt mål är att skildra intervjupersonernas upplevda verklighet så är det min skyldighet som forskare att presentera en ärlig återgivning av den verklighet intervjupersonerna ger mig (Merriam, 1994). Detta innebär att jag i denna uppsats strävar efter att presentera mina val och min förståelse för läsaren så att denne på egen hand kan skaffa sig en uppfattning om empiri och resultat.

Eftersom tillvägagångssättet under en kvalitativ studie utvecklas efter hand och därmed inte kan fastställas i förväg kan inte heller begreppet reliabilitet tillämpas på något meningsfullt sätt (Merriam, 1994). Men med tanke på att jag har redovisat mitt tillvägagångssätt, bifogat min intervjumall samt varit noga med att informera intervjupersonerna om studiens syfte så anser jag att min reliabilitet är relativt god. Intervjusituationen kan även ha underlättats av sjukgymnastens yrkesroll, då denne dagligen arbetar med att förklara för och tala med patienter. Sjukgymnastens vana vid att agera för att vara öppen och tydlig innebär att intervjusvaren kan ses som både tydligare och mer uttömmande.

TOLKNINGAR

De nedan gjorda tolkningarna har gjorts utifrån och inspirerats av tidigare presenterade teorier. Jag har försökt att se det insamlade materialet med olika glasögon, där jag tolkat detta utifrån dels Bubers mellanmänniska perspektiv och dels didaktiska teorier. Intervjupersonernas inställning till genomförandet av uppsatsen och valt problemområde har varit odelat positiv. Alla inblandade ser ämnet vara av vikt och tycker att det är bra att det uppmärksammas.

TOLKNINGAR AV INSAMLAT MATERIAL

I detta kapitel kommer jag att presentera det insamlade intervjumaterialet i ljuset av de upptagna teorierna. Jag har valt att dela in kapitlet i tre delar; Intervjupersonernas tankar kring patientrelationen som behandlar de grundläggande attributen i en situation där expert möter lekman; intervjupersonernas tankar kring rollen som undervisare behandlar hur intervjupersonerna ser på sig själva som undervisare och vad det innebär; i jämförelse mellan lärare och studenter tas upp skillnader i deras sätt att se på de ovan givna situationerna. Jag har valt att namnge intervjupersonerna med fingerade namn och för att

göra det lättare för läsaren följer en presentation av vilka intervjupersoner som är lärare och vilka som studenter:

Stina - Student

Sigrid - Student

Samuel - Student

Stefan - Student

Svea - Student

Lena - Lärare

Louise - Lärare

TANKAR KRING PATIENTRELATIONEN

De intervjuade sjukgymnaststudenterna har alla haft en ganska begränsad patientkontakt, vilket i sin tur har lett till att deras mellanmännsliga relation i yrkesutövningen än inte gjort sig lika påtaglig som den som kommer att göra. Det uppstår således ett problem då studenternas limiterade erfarenhet av den mellanmännsliga relationen i detta sammanhang gör att de inte vet hur deras beteende bör vara gentemot patienten.

"Det svåra blir sedan när man kommer ut sen och nån inte förstår och man hela tiden kanske får inse att: oj det där gick inte fram riktigt utan nu får vi se det på ett annat sätt." Sigrid

Jag vill inte mena att de intervjuade bör känna igen sig i detta möte då det mellanmännsliga i samspelet med patienten varken är reproducerbart, kontrollerbart eller, för all del, imiterbart och inte heller brukar samspelet ha ett bestämt syfte. Det hela försvåras även av just det faktum att studenterna är just studenter.

"Jag har ju inte så mycket praktisk erfarenhet än, för man är alltid ute i en speciell situation när man är student också. Man har inte sådär jättemycket egna patienter som man behandlar". Stina

Studenterna påtalar själva att de känner det sig någonstans mellan student och aktivt arbetande sjukgymnast när de är ute i klinisk tjänst. Detta kan i praktiken innebära att både student och patient ser på studenten som en slags "halv-" förändringsagent. Detta då båda är medvetna om studentens roll och på så sätt kan tillskrivandet av rollen inte göras i samma grad som om det vore en legitimerad sjukgymnast.

För även om ett möte är unikt så finns det i denna specifika vårdare -, patientrelation vissa givna attribut. Sjukgymnastens förhållande till patienten tar sig uttryck i rollen av förändringsagent för patientens nuvarande situation. Denna roll har och kommer studenten (troligtvis) inte uppleva under tiden på universitetet. Vidare resonerar intervjupersonerna

om problemet med att nå ut till patienterna. För att på bästa sätt förklara och förtydliga för patienterna så försöker de att använda sig av olika ord, infallsvinklar samt metaforer, allt för att ge patienterna en större förståelse och komma till insikt om hur det kan motverka sina åkommor. Det är främst genom dialogen som sjukgymnasten kan verka inom sin patient och på så vis väcka något till liv inom denne. Den sociala relationen som uppstår mellan sjukgymnast och patient är i en förändringsprocess av central betydelse, då denna har stor inverkan på resultatet av förändringens kvalitet.

"Ibland så känner man till exempel att personkemin mellan mig och patienten inte fungerar, att man inte kan ge patienten insikten, att det kan vara svårt att göra sig förstådd. Vi kan ju inte tvinga folk att göra saker som de själv inte vill och därmed kan vi inte hjälpa dom." Lena

Studenterna arbetar med att börja se sig själva som fullfjädrade förändringsagenter då de i behandlingen försöker påverka patienten så att en förändring av denne kan ske. Där sjukgymnasten har en roll där denne fastställer handlingar med och för patienten för att kunna uppnå, med patientens samtycke, på förhand fastställda mål för verkan av behandlingen.

Även om studenterna ser sig själva ha en äkthet i deras eget beteende så kan det vara svårt i vissa situationer att, i sin iver att hjälpa, vara lyhörd gentemot patienten och verkligen kunna leva sig in i dennes problem och på så sätt underlätta tillfrisknandet. Det kan vara svårt att alltid se till patienten och dennes behov då man hela tiden vill jobba för att få personen i fråga frisk.

"Man vill så mycket men så glömmar man bort patienten, att det är den personen som ska göra det." Stina

När en sjukgymnast arbetar med att åstadkomma en förändringsprocess hos patienten bör hon se till att hon verkligen har patienten med sig i land när hon överger båten och detta citat är ett exempel på det:

"I den andra änden så har vi de här svårt skadade individerna som behöver allt möjligt stöd. Verbalt, psykiskt, fysiskt och så vidare, så att sjukgymnasten som person och individ utgör ju en väldigt viktig del för en patient, tror jag, för vi ger dom stöd i väldigt många situationer men också för att vi ger dom kunskap, vi försöker att ge dom mycket, alltså jag personligen tar alltid fram en bok och visar mina patienter: så här ser det ut där du är skadad osv. Så ur det perspektivet så är man ju, jag tycker om att kalla det för en coach, att man är ett stöd eller en tränare för patienten." Lena

Samma intervjuperson fortsätter:

"Det första mötet är ju avgörande väldigt mycket, hur man möter patienten i väntrummet eller i dörren. Att man ser människan bakom diagnosen, diagnosen är rätt ointressant de första tio minuterna då handlar det väldigt mycket om att lära känna varandra en kort stund. Att ta i hand och hälsa men att också presentera sig själv utan att bli personlig på ett för nära plan för att dom lär ju i och med att vi

träffar dom så länge varje gång och då är det väldigt viktigt att man sätter den där gränsen för hur mycket dom vet om mig men jag ska nästan veta allt om dom. För jag vill ju inte att de ska gå därifrån och vara belastade av mig och mina problem på något sätt utan tvärtom, jag ska kunna sortera i hans eller hennes problembild. Att nå dit tar några gånger i regel.” Lena

Då en patient identifierar sig med sjukgymnasten påbörjas resan med att omdefiniera sitt jag för patienten. Identifikationen, som är den svagaste av de två (se kap 4.2), verkar bara då personen i fråga (patienten) är i direkt kontakt med sjukgymnasten som också är identifikationsperson. För att belysa just känsligheten i denna inledande fas av förändring försöker jag att måla en bild av citat:

”Det ligger ju ändå hos individen, jag kan ju hålla på och peppa och så och säga hur bra det är men det är ju ändå dom som måste göra det liksom.” Stina

”Däremot finns den här klassiska situationen där dom tror att sjukgymnastik är lika med massage och då dom inte får massage då surar de ihop för det kanske. Då handlar det om att övertyga och då tror jag på det här med att man visar och berättar, såhär ser det ut, såhär fungerar det och det är därför vi måste göra såhär.” Samuel

Vidare:

”Jag tror att många gånger är det så att patienterna som kommer tror att vi ska göra något slags underverk och att det är vi som ska göra jobbet och så går de därifrån botade, det är nog många som blir rätt besvikna när dom kommer och så inser dom att man måste faktiskt arbeta lite för att det ska bli bra och att man faktiskt måste göra mycket på egen hand. Det kan ju vara en av orsakerna till att det inte blir gjort. Det är ju väldigt olika som när man till exempel har idrottsmänniskor som är oerhört motiverade och snabbt vill komma tillbaka och då kan det ju till och med vara så att man får vara någon slags broms.” Svea

Det handlar mycket om var i processen av förändring man är. Det gäller att vara lyhörd för under identifikationsfasen då sjukgymnasten ännu inte nått ut till patienten i den utsträckning som behövs för varaktig förändring:

”Jag brukar säga det till studenterna, att har man gett dom en bra förklaring så brukar dom köpa att dom måste göra det här programmet si och så många gånger och då når man också ett bättre resultat. Men man har ju alltid patienter som kommer tillbaks och så frågar man: har du gjort dina övningar nu? Ja, säger dom då och sedan så säger man jaha men visa hur du gjorde då? Nä, men det har jag glömt. Så då har dom inte gjort det utan då tänker dom att dom vill ha den där passiva behandlingen där dom inte behöver göra så mycket själva.” Louise

Ett annat mycket viktigt delmoment i en behandling är uppsättandet av mål som görs med och anpassat efter varje patients förutsättningar och krämpor. Där det svåra ligger i att skapa mål som är realistiska och som kan uppnås av patienten. Här spelar dels sjukgymnastens förmåga att inspirera till och dels patientens vilja mot förändring stora roller.

För att det mellanmännsliga samspelet mellan sjukgymnast och patient skall stå i full utveckling krävs det att båda är medvetna om varandras ändamål och att de lever upp till

ett förverkligande av detta ändamål, dock utan att under denna realisering påtvinga den andre något vid det egna självförverkligandet.

”Terapeuten är som en coach för väldigt många gånger är det ”hands off”, alltså vi ska undervisa, vi ska utbilda patienten. Vi ska coacha patienten, vara som ett stöd, en station dit patienten kan återkomma för att få ny input för att kunna komma vidare.” Lena

”Men man ska ju inte skrämman bort heller utan man försöker få patienten att förstå att det är något som man gör tillsammans” Svea

”Som sjukgymnast arbetar man verkligen med att få patienten med att förstå syftet med det hela, hur man ska agera för att få patienten att förstå att det finns en poäng med behandlingen.” Stefan

”Du måste först lyssna in patienten och sen ska ni i samarbete se vad man kan göra” Stina

Att känna av hur man ska bemöta patienten är a och o när det gäller att åstadkomma en varaktig förändring hos patienten. Det gäller också för sjukgymnasten att vara konsekvent i sitt agerande får att få patienten att känna förtroende hos denne så att problem hos patienten kan avhjälpas. Sjukgymnasten ges utrymme att påverka patienten samtidigt som denne låter sig påverkas av patienten. I förhållandet mellan student och handledare i klinisk tjänst, ser man att handledaren verkar som förändringsagent gentemot studenten. Det ligger ju i bådass intresse att så är fallet samtidigt som studenten tjänar på att lyssna och ta till sig av handledaren i sin yrkesroll.

TANKAR KRING ROLLEN SOM UNDERVISARE

Jag har valt att dela upp detta kapitel efter de delar den tidigare presenterade didaktiska modellen innefattar; teoretiska kunskaper; personorienterad förståelse; undervisningslämplighet samt didaktisk handlings repertoar.

TEORETISKA KUNSKAPER

Intervjupersonerna bygger sitt yrkeskunnande på dels ämnesrelaterad kunskap och dels vårdrelaterad kunskap. Genom dessa kunskaper arbetar de med att hjälpa patienten att tillskansa sig ny teoretisk kunskap som denne har nytta av när det gäller att hjälpa sig själv.

”Jag har en väldigt förebyggande syn på hälsovård överhuvudtaget, jag studerar lite kinesisk medicin och liknande också och där är det mycket förebyggande tankar man jobbar efter. Det innebär att man, på nåt

sätt, försöker att angripa problemen innan de uppstår. Det är en väldigt intressant problematik som uppstår här, för om ett problem inte gjort sig påtagligt ännu så är det inte lika lätt att åstadkomma en förändring vad gäller just träning och kostvanor och så.” Svea

I citatet ovan ser man tydligt exempel på hur sjukgymnasten försöker använda sig av sin teoretiska kunskap för att ge patienter en egen grund för att kunna verka för förändring. Denna intervjuperson har en något annorlunda syn än de andra då målet med behandling är att förebygga redan innan problem uppstått. Denna syn delas av de andra till viss del, den stora skillnaden är dock att dessa inte aktivt tänker på att finna ”friska” patienter utan ser snarare att patienter som söker för sina problem. Efter att ha fångat upp dessa patienter är dock deras tankar om behandling såväl förebyggande som rehabiliterande.

”Sjukgymnasten har ett väldigt gott funktionellt öga, kan se hur en person rör sig. Ja, hon ser helheten och ser vad kan, vad kan inte gå in på detaljerna på en gång utan ser helheten och funktionen. De resurser som finns, man ska plocka fram vad dom kan, man ska inte plocka upp problemen och så bygga vidare på det som dom kan.” Sigrid

Genom att utgå ifrån patientens resurser och arbeta med dessa så ger sjukgymnasten både sig själv och patienten en möjlighet kunna åtgärda vad som behövs åtgärdas. Sjukgymnasten ser var problemet ligger och kan genom kunskap om detta arbeta tillsammans med patienten.

”Genom kunskap ska man få patienten att förstå att detta är hjälp till självhjälp” Lena

”Det som man skulle kunna är att införa strategier som: det här gör du innan du går upp ur sängen eller stå på ett ben när du borstar tänderna” Sigrid

Dessa två citat är exempel på hur sjukgymnasten med enkla medel ger patienten en förståelse för vad som kan göras genom kunskap. Sjukgymnasten är medveten om att det inte är denne som ska arbeta med patientens kropp utan denne ska arbeta med att ge patienten teoretiska kunskaper att själv kunna åtgärda sina egna problem.

”Kunskap och att de lyssnar och tar till sig och försöker se en helhet och inte bara jobbar med en del.” Samuel

Även ovanstående citat speglar synen på att intervjupersonerna vill ge patienten en teoretisk grund att stå på under överseende av en sjukgymnast.

Den teoretiska kunskapen är viktig för sjukgymnasten i dennes arbete då den är grunden i yrkesutövningen. För att kunna förmedla dessa teoretiska kunskaper behövs dock.

PERSONORIENTERAD FÖRSTÅELSE

"Att man ser att varje patient är unik på något sätt och att varje människa har sitt värde. Att det finns ett korrekt och stringent bemötande på något sätt. Att man blir sedd för den patient man är med dom problem man har, att ingenting är för enkelt och ingenting ska sopas under mattan oavsett kulturell bakgrund. Men det är ju ett problem naturligtvis idag." Samuel

Här ser man hur intervjupersonen dels kan se diverse problem i undervisningssituationen och dels arbetar med att inte låta dessa påverka behandlingsresultatet. Denna medvetenhet är symtomatisk för alla intervjuade och det visar att intervjupersonernas subjektiva teorier är likartade när det gäller deras patientkontakter. Att så är fallet kan ha att göra med deras likartade teoretiska kunskaper gör att de angriper patientutbildningen på ett liknande sätt och därigenom erhåller mer eller mindre lika erfarenheter.

"Just nu känns det som att det är att instruera och folk får gå hem och göra på egen hand. Så är det ju överallt, man får inte vara kvar på sjukhuset särskilt länge och på vårdcentraler är det köer och grejer så oftast blir det att man får instruera något slags hemprogram som de får gå hem och göra sedan." Sigrid

"Coachning ingår i sjukgymnastens yrkesroll" Louise

"Lyssna på patienten eller klienten och försöka förstå var problemet ligger. Patienten själv ska vara mycket delaktig i sin rehabilitering, att inte jag är där för att läka patienten utan mer ett samarbete för att komma någonstans på vägen". Samuel

"Upplysning och instruktion är en väldigt stor del i vårt arbete." Svea

Även dessa erfarenheter delas av merparten av de intervjuade, de känner att det är ett problem att patienterna inte ges den tid som behövs för att de ska få chansen att erhålla bästa möjliga rehabilitering. Intervjupersonerna menar att bemötandet av patienterna blir allt viktigare då tiden med dem blir allt kortare. Att åstadkomma bra behandlingsresultat betingas idag av att patienten själv i större utsträckning förstår sitt problem och är motiverad att åtgärda detta. Sjukgymnastens roll är idag att verka genom patienten för patienten snarare än att verka "på" patienten.

UNDERVISNINGSLÄMPLIGHET

"Man måste liksom vara övertydlig tror jag att det handlar mycket om." Samuel

"För det första så måste man vara tydlig ifrån början, det är det viktigaste." Stefan

Dessa två citat speglar hur viktigt språk och uppenbarelse är för sjukgymnasten i dennes yrkesroll. Att hela tiden vara tydlig och professionell gentemot patienten, samtidigt som man verkligen får patienten att förstå hur åkomman uppkommit och hur man ska göra för att bli frisk.

"Att man lyssnar in vad patienten säger, att man inte bara: jaha du har ont i ryggen det kan vara det och det. Utan man ska vara lyhörd för att det kan finnas säregna saker som stör hörs just den patienten."
Stina

Samtidigt som intervjupersonerna ser vikten av att vara tydlig i instruerandet av patienten trycker de också på att vara tydlig när man lyssnar på vad patienten har att säga. Att alltid vara aktiv när patienten talar leder till att undervisningssituationen underlättas och sjukgymnasten får dels lättare att ställa en korrekt diagnos och dels lättare skaffar sig en uppfattning om hur patienten är som person.

"Mötet, kommunikationen, klarar du inte dom bitarna, motivationen alltså kunna motivera att få folk att göra som du vill. Att man som sjukgymnast, som fortfarande är ett manuellt arbete, att man har go'a händer, att man liksom har fingertoppskänsla." Louise

"... men en rak kommunikation är ju alltid att föredra." Louise

Intervjupersonerna är alla medvetna om kommunikationens betydelse tillsammans med hur man, som sjukgymnast, uppfattas av patienten. Att hela tiden vara tydlig och rak, som redan skrivits, men även att inte lova patienten för mycket eller ge denne falska förhoppningar i tillfrisknandeprocessen. Det är med andra ord viktigt för en sjukgymnast att aldrig lova något du inte kan hålla.

"Dom ska ju få hemläxor och skriftliga hemläxor behandlingen och så följer man upp och ser att de har förstått det och att behandlingen ska gå ut på, kalla det läxförhör." Sigrid

Sjukgymnastens uppgift är ju att få patienten att bli så frisk som möjligt. Detta kräver att patienten är medveten om vad som bör göras och hur. Genom att ge hemläxa förkortas tiden som sjukgymnasten arbetar med patienten men då är det viktigt att kontrollera behandlingen så att den har effekt och samtidigt kontrollera att patienten är aktiv och själv tar ansvar för sitt välbefinnande.

"Man tar ju till sig tips hela tiden när man är ute på praktik och så, bland annat att man inte ska ge patienterna så många övningar för det kan nog vara en sån grej att man liksom är så, att man lätt blir överambitiös, den ska vi göra och den." Samuel

Intervjupersonerna var överens om att det är viktigt att inte överarbeta behandlingsprocessen, patienterna kan ta till sig ett fåtal övningar åt gången. Om man som sjukgymnast då blir överambitiös riskerar patienten att tappa fokus och därmed inte göra det som krävs. Det gäller med andra ord att vara lyhörd gentemot patienten och på så sätt optimera behandlingen.

DIDAKTISK HANDLINGSREPERTOAR

Den didaktiska handlingsrepertoaren handlar om att som sjukgymnast vara så beredd som möjligt när det gäller att agera gentemot patienten. Att kunna använda de tre olika delarna i den didaktiska modellen var för sig så att de tillsammans bildar en enhet. Det är ju inte vattentäta skott mellan de tre ovannämnda utan de går in i varandra. De intervjupersoner som studerar har en begränsad handlingsrepertoar då de inte agerat gentemot patienter i den utsträckning som är nödvändig. Det behöver emellertid inte vara avhängigt på antalet patienter man mött utan snarare hur individens möjlighet att reflektera över sitt eget agerande tillsammans med givande diskussioner med kollegor eller liknande.

”Det kommer säkert att falla på plats någon dag förhoppningsvis men nu när man är i det så har jag svårt att se det klart utan det känns mer som om det lär man sig på praktiken. När man kommer ut så tar man efter det dom andra gör. Så kände jag i alla fall under min senaste praktik, att jag lärde mig hur jag ska vara mot patienten och hur jag ska förmedla mina kunskaper.” Stefan

Detta citat visar hur intervjupersonen, genom att arbeta gentemot patienten samtidigt som ett reflekterande förhållningssätt har intagits. Det är med andra ord viktigt vid upprättandet av en didaktisk handlingsrepertoar att skaffa sig rutiner i mötet med patienten. Dessa rutiner blir sedermera föremål för reflektion ur vilken en mer komplett handlingsrepertoar kan utspringa.

”Kan ta ett praktfullt exempel. En ung kvinna med ont i ryggen, två diskbråck på kort tid söker sjukgymnast på inrådan av sin läkare. Kommer dit och får ett träningsprogram i handen och ska gå hem och göra det hemma. Det är ett av dom fallen där jag känner att det ska en patient inte behöva få, utan en patient ska kunna förvänta sig när han möter en sjukgymnast, hans ska möta en med kunskap om det som patienten söker för, en person som också då vill ge så mycket av sin tid att man bildar sig en klok uppfattning om patienten.” Louise

Här visar intervjupersonen med all önskvärd tydlighet hur sjukgymnasten bör agera för att ge patienten en bra behandling. Att inte överse någonting utan att ge patienten tillräckligt med tid och kvalitet. Här ser man även intervjupersonens frustration över läkarens ställningstagande gentemot patienten och menar vidare att sjukgymnastens ställning borde vara annorlunda. Sjukgymnasten bör se patienten som en hel individ och inte bara en åkomma. Handlingsrepertoaren skiljer sig mellan dessa båda yrken och sjukgymnasten har i regel mer tid att ge till patienten, vilket leder till att denne kan lägga ner mer tid i patienten. Vidare säger detta citatet indirekt att det vore självklart för sjukgymnasten att göra en annorlunda bedömning. Detta kan vara långt ifrån sanningen då detta inte är en given

situation, det är dock önskvärt att man som yrkesutövare ger den tiden man kan för att hjälpa patienten på bästa sätt.

JÄMFÖRELSE MELLAN LÄRARE OCH STUDENT

Jämförelsen kommer att utgöras av intervjupersonernas syn på sjukgymnastutbildningens pedagogiska inslag med tanke på arbetet i klinisk tjänst samt ett försök att, utifrån intervjumaterialet, påvisa likheter och skillnader i resonemang kring de pedagogiska aspekterna i yrket när det gäller studenter och lärare.

Den största skillnaden mellan dessa två grupper utgörs av lärarnas erfarenhet av patientutbildningen. Denna skillnad är givetvis naturlig, men det är i studenternas ringa erfarenhet av patientkontakt som problemen blir uppenbara. Under utbildningstiden ges studenter möjlighet att överbrygga detta problem genom att verka i det kliniska arbetet under praktikveckor. Utbildningens uppbyggnad ger även studenterna en annan sorts erfarenhet i och med att många övningar sker i grupp och man tränar på varandra. Detta kan ge riktlinjer när det gäller hur man ska förhålla sig till patienten. Problemet med den typen av övningar är att det inte blir samma sak att instruera en medstudent som är där för att lära sig samma saker som det är att instruera en patient som inte alls befinner sig i samma begreppsvärld eller frivilligt agerar som studenten vill. En av de intervjuade lärarna beskrev studenternas situation på följande sätt:

”Men själva mötet med patienten det får dom ju faktiskt inte förrän de är på klinik. Där förväntar vi oss det av handledarna, men när du ställer frågan så kan jag känna att vi kanske inte är riktigt bra på att ge dom, handledarna, bra information om att detta är nåt som dom också måste öva på, men däremot bedömer vi dom lite grann på det när dom kommer ut på klinisk examination. Om jag hade kunnat sätta fingret rätt ner, detta är pedagogik. Det är ju då att instruera en patient, gruppleddarmetodiken, seminarieform och det är i basgruppen på sitt sätt och i färdigheten när dom då ska instruera, undersöka och så vidare. Men det är ju dom stationerna på något sätt, och sen är det ute på kliniken. Där är det ju att möta patienten, men det bedömer ju inte vi utan det är handledarna som tittar på det. Vi ser dom ju först när de har en klinisk examination. Men så kan dom då få negativ feedback för hur dom behandlar patienterna, alltså hur dom bemöter patienten. Uppföljningar efter klinisk praktik där studenterna får berätta om komplicerade och svåra situationer där patienter kan vara svårt sjuka, ha dött eller vad som helst. Men det gör dom bäst själva mellan varandra säger dom. Förhållningssätt och attityd går ju inte att sätta betyg på. Vi försöker ta fram det i basgrupperna² med att de har den här rundan där dom ska säga till varandra, ge feedback och ta feedback och så vidare och där tränar dom ju också på ett sätt bemötande.”
Louise

I utbildningen ligger alltså inte uttalat hur studenten ska agera gentemot patienterna utan det är snarare så att studenten själv ska växa in i rollen som undervisande sjukgymnast

² Basgrupperna är de grupper där studenterna arbetar med problembaserat lärande.

genom att ta till sig av utbildningens olika delar. Här står ett glapp mellan utbildning och student att finna:

"Det är klart att man lärt sig vissa pedagogiska knep som man lärt sig när man varit ute och av lärarna, men sen har vi ju mycket examinationer där man bedöms efter hur bra man är på att instruera så det är klart att man övar sig i det hela tiden men jag skulle också gärna vilja haft nån, nån kort kurs med pedagogikens grunder. Det finns i Göteborg, där får dom gå in och undervisa på lägre kurser om enklare saker, med pedagogiska knep så. Det skulle ha varit väldigt intressant att göra här också, kanske, att man verkligen får praktisk övning. Här är det på något vis att det förväntas att det ska komma automatiskt, för det pratas verkligen mycket om att man ska vara pedagogisk och att det är jätteviktigt för en sjukgymnast att vara det. Men det pratas inte ett dugg om hur man gör, utan det ska bara komma automatiskt." Stefan

Studenten är ute på praktik för att inhämta erfarenhet samt testa sina kunskaper. Denna tid är ytterst värdefull då man här kan lägga grund till en fungerande didaktisk handlingsrepertoar genom att reflektera över rutiniserandet i arbetet. Som student har du även möjlighet att iakttä handledaren i dennes aktion gentemot patienten och på så sätt insamla information. Men studenter uttrycker en känsla av konkreta övningar där man utbildas i just detta.

"Jag skulle vilja lära sig att utveckla hur man talar framför folk och då tror jag nog att en pedagogikkurs skulle vara bra. Inte alla teorier behövs utan det praktiska." Svea

Citatet ovan uttrycker en önskan som de flesta av intervjupersonerna delade. Att få någon form av pedagogisk utbildning under studieåren är en uttalad önskan ifrån deras sida.

SAMMANFATTNING

Sammanfattningsvis så är intervjupersonerna införstådda med problematiken kring studenternas ringa övning i patientsamtal under utbildningstiden. Alla resonerar kring hur vikten av att patienten är inblandad i sin egen rehabilitering. Delaktigheten gör att de tillsammans kan åstadkomma en varaktig förbättring av patientens hälsotillstånd. De resonerar även kring hur sjukgymnastens uppenbarelse kan påverka patienterna och att det är av yttersta vikt att vara tydlig, rak och framför allt ärlig.

De två ovan nämnda attributen kan tillskrivas en basal relation gentemot patienten. Om man vänder blickarna mot sjukgymnastens undervisningsroll bör det sägas att det är här studenterna anser att de saknar instrument för att åstadkomma förändring hos patienten på ett tillfredsställande sätt. De saknar en stringent handlingsplan för hur de ska instruera. Intervjupersonerna känner att utbildningsprogrammet inte ger klara svar för vad som behövs kunnas för att kunna erbjuda patienten bästa möjliga kontakt. Studenterna ser att lärarna trycker på vikten av den pedagogiska aspekten i arbetet men de känner att de inte

vet vad det innebär. Utbildningens uppbyggnad innebär att patientrelationen ska komma på köpet under de praktikveckor som erbjuds.

Intervjupersonerna poängterar vikten av att åstadkomma en varaktig förändring och deras gemensamma mål är att förhöja medvetenheten om hälsans betydelse och vikten av en frisk kropp. Även om patienterna till stor utsträckning känner till vad de behöver göra för att må bättre så är det långt ifrån alla som gör det utan att sjukgymnasten (eller någon annan) påtalar detta och samtidigt agerar på ett sådant sätt att patienten känner ett förtroende för denne.

DISKUSSION

Nedan kommer de viktigaste resultaten och reflektionerna ifrån tolkningarna att presenteras. Resultaten representerar och belyser de mål som ställts upp för uppsatsen, nämligen att ta reda på hur studenter och lärare vid Lunds universitets sjukgymnastutbildning ser på den pedagogiska aspekten i det kliniska arbetet. Vidare kommer resultatens betydelse för dagens kliniska utbildningssituation att diskuteras, även ett resonemang kring resultaten i förhållande till tidigare forskning avhandlas. Slutligen kommer förslag på fortsatta studier att presenteras.

Undersökningens omfattning är givetvis begränsande i sig. Tiden har inte tillåtit att undersökningen fått ett mer omfattande material både i form av fler intervjuer och observationer. Att studien genomfördes enbart på Lunds Universitet gör ju att intervjuaren kan ha blivit enahanda, vilket kan innebära att intervjupersonerna inte är representativa i sammanhanget. Ytterliggare en begränsning i uppsatsen är att studenterna som intervjuades alla kom ifrån olika terminer och att dessa då ställs emot den färdiga sjukgymnasten som norm gör givetvis resultaten svårare att tyda. Man bör dock se intervjupersonerna ur ett individuellt perspektiv i en sjukgymnastisk kontext och inte hänga upp sig på vilken termin svaren kommer ifrån, jag är tämligen övertygad om att förståelsen för problematiken inom problemområdet är ytterst individuell även hos yrkesverksamma sjukgymnaster. Begränsningarna till trots, så har vissa resultat framkommit som anser vara av vikt för framtida forskning inom området samtidigt som jag anser att det i resultaten finns relevans när det gäller hur sjukgymnastutbildningen i Lund väljer att adressera problematiken kring blivande sjukgymnasters förhållningssätt gentemot patienten.

Att ha en klar och tydlig didaktisk handlingsrepertoar är av yttersta vikt för att åstadkomma en förtrolig och givande undervisningssituation för patienten. Att dels veta hur man bör bete sig och samtidigt vara medveten om hur man ska agera för att undervisa på ett stringent sätt. Intervjupersonerna är väl medvetna om vikten av hur man som yrkesutövare bör betraktas för att kunna åstadkomma givande resultat, de är även medvetna om vilka kunskaper som krävs för att kunna hjälpa patienten. Det studenterna, till viss del, saknar är instrument för hur de ska nå ut till patienten. Alltså hur man ska lära patienten att hjälpa sig

själv. Man är medveten om att det är viktigt, men är inte på det klara mer hur man ska göra för att åstadkomma det. För att tillskansa sig en fungerande didaktisk handlingsrepertoar så krävs det erfarenhet. En erfarenhet studenterna inte kan besitta, det är i detta problemet ligger. Utbildningens tillräcklighet när det gäller att tillgodose studenternas behov av dessa instrument kan ifrågasättas utefter intervjupersonernas utsago, på utbildningen räknas det med att man som student skall ha tagit till sig tillräcklig kunskap rörande området ute i den kliniska praktiken. De intervjuade studenterna uttrycker en oro gällande dessa kunskaper och känner sig inte som trygga innehavare av undervisarrollen i patientrelationen.

Intervjupersonerna uttalar också ett klar och tydlig tanke om hur man bör agera som sjukgymnast. Att vara ärlig mot patienten, aldrig lova vad man inte kan hålla samt föra en rak kommunikation gentemot denne. Det är med andra ord viktigt att agera med äkthet för att patienten ska få förtroende gentemot sjukgymnasten. Denna äkthet behöver vara rakt igenom, inte bara i kontakt med patienten, man kan som sjukgymnast inte förvänta sig att patienten ska lyssna om man inte föregår med gott exempel.

Om man ska titta på vad de ovan sammanfattade resultaten skulle kunna betyda i förhållande till dagens kliniska arbete så är det väl så att de visar ett behov av ytterliggare praktik eller undervisning inriktad på patientundervisning. Det borde ju ligga i både studenternas och skolans intresse att få utbildningen så anpassad för yrkets krav som möjligt. För att få studenterna att snabbare komma in sitt framtida yrke hade det varit önskvärdt att utöka praktikveckorna eller att tillgodose detta behov med annan typ av utbildning. Jag ser dock att praktiken i kliniskt arbete hjälper studenterna att förbereda sig själva inför sitt framtida yrke då de genom att följa handledaren agerar efter dennes instruktioner.

Ytterliggare en aspekt rörande resultatens betydelse är vikten av att problematiken i patientrelationen påtalas för att på så sätt öppna upp för att tidigare medvetandegöra studenten på problematiken kring patientkontakten/undervisningen. Att tidigt belysa och uppmärksamma detta skulle kunna underlätta relationen både för patienten och för sjukgymnasten då sjukgymnasten, som tidigare uppmärksammat problematiken, kan verka för att underlätta relationen genom sin kunskap och sina erfarenheter.

Även om Abrandts arbete är betydligt mer omfattande än denna uppsats så är resultaten relativt liktydiga. En aspekt som inte är med i denna uppsats är att hon observerat hur det problembaserade lärandet fungerar för studenterna. Denna typ av inläring är ett bra sätt då det till stor del liknar hur man arbetar som sjukgymnast med olika fall som diskuteras i grupp. Detta utbildningsinslag kan som sådant även vara ett bra komplement till praktiken när det gäller upprättandet av en didaktisk handlingsrepertoar och i kontakten med patienter. Detta då det i basgrupperna tränas i att dels agera i grupp samt dels hur man förhåller sig på ett korrekt sätt gentemot andra individer, för att få ett så givande samarbete som möjligt.

Andra studier påvisar ju också vikten av pedagogiska instrument i vårdsammanhang där en effektiv behandlingsprocess betingas av vårdarens förmåga att nå ut till patienten. Så denna uppsats bekräftar i så fall tidigare genomförda studier som säger att de pedagogiska och

kommunikativa aspekterna inom yrket är påtagliga och betingar i mångt och mycket kvalitén av behandlingen.

Jag skulle vilja gå vidare med att genomföra en studie rörande hur de pedagogiska instrumenten ser ut i det kliniska arbete samt hur väl de fungerar. Jag skulle vilja genomföra intervjuer med och observationer av sjukgymnaster i klinisk tjänst tillsammans med intervjuer med patienter för att verkligen se hur det fungerar ute i klinik.

Det skulle även vara intressant att genomföra en större studie av hur studenter under sista året på utbildningen ser på patientundervisning i jämförelse med verksamma sjukgymnaster. Det skulle vara intressant att se ifall glappet av erfarenhet som upptäckts i denna uppsats är lika påtagligt hos de studenterna som de intervjuade i denna uppsats.

Till sist en liten tanke: Det finns en Internetsida som heter www.freemedicaljournals.com där man har fri tillgång till medicinska journaler i vetenskapligt syfte för att underlätta för vårdare världen över. Alla patienter är anonyma, det är bara för medicinsk personal ska kunna dra lärdom av andras metoder. Jag förespråkar en sådan sida även för pedagogiska metoder inom sjukvården, där man kan utbyta erfarenheter med varandra.

REFERENSER

Abrandt, M (1997). *Learning Physiotherapy: The Impact of formal education and professional experience*. Linköping studies in education and psychology; 50 (Avhandling för doktorsexamen). Linköping: Linköpings Universitet.

Alvesson, M & Deetz, S. (2000). *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Alvesson, M & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber ekonomi.

Buber, M, översättare Sällström, P. (1995). *Det mellanmännsliga*. Ludvika: Dualis Förlag.

Esaiasson, P, Giljam, M, Oscarsson, H, Wängenerud, L. (2002). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Nordstedt Juridik.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning: En vårddidaktik på livsvärldsgrund*. Göteborg studies in educational sciences Göteborg; 170 (Avhandling för doktorsexamen). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Gilje, N & Grimen, H. (1992). *Samhällsvetenskapernas Förutsättningar*. Göteborg: Förlaget Daidalos.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (1993). *Intervjumethodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lejsgaard Christiansen, S & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.

Lundbladh, K (red.). (1993). *Sjukgymnastik i historisk belysning*. Lund: Studentlitteratur.

Merriam, Sharan B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, E. (1985). *Mellanmänniska förändringsprocesser*. Lund: Studentlitteratur.

Potter, M, Gordon, S & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice: The patients perspective. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 49, 195-202.

Schön, D. (1995). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Aldershot: Ashgate.

Sjukgymnastförbundet. (2006-01-20). Adress:
http://www.sjukgymnastforbundet.se/material/faq_definition.pdf

Thurén, T. (2000). *Källkritik*. Falköping: Liber.

Trost, J. (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Uljens, M (Red.). (1997). *Didaktik*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

BREV TILL INTERVJUPERSONER

Hej!

Jag heter Andreas Kraft och läser pedagogik på LU och jag håller just nu på med min C-uppsats. Jag skriver om pedagogiska metoder inom sjukgymnastiken och har även författat en B- uppsats rörande detta ämne. Syftet med uppsatsen är att få en djupare förståelse för hur sjukgymnasten arbetar med och bemöter patienter ur ett pedagogiskt perspektiv. Uppsatsen skriver jag då jag är mycket intresserad av ämnet och avser att läsa sjukgymnastprogrammet till hösten, jag kände dock att jag ville ha en pedagogisk grund att stå på innan jag börjar med själva utbildningen.

Min fråga till dig är, med bakgrund av det ovan skrivna, om du skulle vilja ställa upp på en intervju rörande detta ämne? Jag ämnar intervjua 4-5 lärare och lika många studenter på programmet. Hör gärna av dig på mail och berätta vad du tycker, så kan jag ringa för att berätta lite mer och, förhoppningsvis, bestämma tid för intervju.

Tack på förhand!

MvH

Andreas Kraft

(Anm. Jag har tagit bort mitt tfn nummer och adress som stod med efter namnet när brevet skickades ut.)

INTERVJUGUIDE

- Vad är sjukgymnastik för dig och vad går den ut på?
- Vilka är terapeutens uppgifter?
- Vad har patienten rätt att förvänta sig av sjukgymnasten?
- Något mer du vill tillägga?