



SAHLGRENSKA AKADEMIN

**INSTITUTIONEN FÖR
NEUROVETENSKAP OCH FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI**

DELAKTIGHET I REHABILITERING PÅ KORTTIDSBOENDE

Hur äldre personer på korttidsboende upplever
sin delaktighet i rehabilitering

Författare: Anna Arvroth och Marie Planelind

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Handledare:	Gunilla Forsberg-Wärleby Med.dr, leg arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall Hammar Med,dr, leg. arbetsterapeut

Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självtändigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2017
Handledare:	Gunilla Forsberg-Wärleby Med.dr, leg arbetsterapeut
Examinator:	Isabelle Ottenvall Hammar Med.dr, leg arbetsterapeut

Bakgrund	Då livslängden i Sverige ökar blir antalet äldre allt fler. Åldrande innebär en förhöjd risk att drabbas av sjukdom, vilket ställer höga krav på vård och omsorg av de äldre. För äldre personer som har tillfälliga vård- och omsorgsbehov finns korttidsboende dit de kan söka sig vid behov av rehabilitering efter en sjukhusvistelse. Rehabilitering syftar till att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga och utförs bland annat av arbetsterapeut och fysioterapeut. Det står i lagtext om patientens rätt till delaktighet i sin vård. Om äldre personer begränsas i att vara aktiva och delaktiga kan det leda till en försämrad hälsa. Det finns begränsad forskning om hur äldre personer på korttidsboende upplever sin delaktighet i rehabilitering och det är därför av betydelse att undersöka detta.
Syfte	Att undersöka hur äldre personer på korttidsboende upplever sin delaktighet i rehabilitering.
Metod	En kvalitativ design har använts. Semistrukturerade intervjuer har utförts med 6 personer i åldrarna 72-88 år som bor på korttidsboende och har en pågående rehabiliteringsprocess. Analys av data utfördes utifrån Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys.
Resultat	Ur dataanalysen framkom tre huvudkategorier: ”De professionellas arbetssätt”, ”Att fatta beslut på egen hand” och ”Egen drivkraft”. Huvudkategorierna resulterade i sju underkategorier. I resultatet beskrivs att tiden och engagemanget som de professionella ger till patienten påverkar känslan av delaktighet i rehabiliteringen. Olika former av bestämmande framkom som betydande för upplevelsen av delaktighet, både att bestämma själv men även att lämna över beslutet till den professionella. Den egna motivationen och att kunna se nyttan med de rehabiliterande insatserna visade sig också påverka delaktigheten i rehabiliteringen.
Slutsats	Det har framkommit att upplevelsen av delaktighet påverkades av yttre faktorer så som de professionellas arbetssätt och inre faktorer så som den egna motivationen. Genom att synliggöra vad som påverkar äldre personers upplevelse av delaktighet kan arbetsterapeuter och andra professioner på korttidsboende använda den kunskapen i patientarbetet för att främja delaktighet i rehabilitering.

Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	St 2017
Supervisor:	Gunilla Forsberg-Wärleby PhD, Reg.OT
Examiner:	Isabelle Ottenvall Hammar PhD, Reg.OT
Keyword:	Short-term nursing home, Participation, Rehabilitation

Background	<p>As the lifespan of the Swedish population is growing the number of elderly persons are increasing. Ageing means an increased risk of being ill, which sets high demands on the care of the elderly. For elderly persons with temporary needs of care there are short-term nursing homes, where they can apply to stay if they are in need of rehabilitation after being hospitalized. The aim of rehabilitation is to regain or maintain best possible functional ability, and is for instance performed by an occupational therapist or physiotherapist. The law mentions the patients right to participation in his or her care. If elderly persons are limited in participation and being active it can lead to a worsening health. As there is limited research on how elderly persons living in short-term nursing homes experience their participation in rehabilitation it is of importance to examine this.</p>
Aim	<p>To examine how elderly persons living in short-term nursing homes perceive their participation in rehabilitation.</p>
Method	<p>A qualitative design was used, and semistructured interviews were held with 6 persons aged 72-88 years, who lived in short-term nursing homes and had an ongoing rehabilitation process.</p>
Results	<p>The data analysis revealed three main categories; “The ways in which the professionals are working”, “Making decisions on your own” and “Your own driving force”. The main categories resulted in seven subcategories. In the result the time and the engagement that the professional gives to the patient were described as affecting the sense of participation in the rehabilitation. Different ways of decision-making was shown to be of importance for the experience of participation, both to make own decisions but also to leave the decision-making to the professional. The motivation of the person and to be able to see the purpose of the rehabilitation was also shown to affect participation in the rehabilitation.</p>
Conclusion	<p>It has appeared that the perception of participation was affected by external factors such as the working ways of the professionals and by interior factors such as the persons own motivation. By making it visible what affects elderly person’s experience of participation occupational therapists and other professions that work in short-term nursing homes, can use that knowledge when working with the patient to encourage participation in the rehabilitation.</p>

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Syfte.....	2
Metod.....	2
Metodval.....	2
Urval.....	2
Datainsamling.....	3
Databearbetning.....	3
Resultat.....	5
Diskussion.....	7
Resultatdiskussion.....	7
Metoddiskussion.....	9
Referenser	12

Bakgrund

Delaktighet är ett centralt begrepp inom arbetsterapi och kan definieras som en persons engagemang i en livssituation (1,2). Att en person ges möjlighet att vara delaktig i de aktiviteter hen finner meningsfulla är en bidragande faktor för hälsan (3). Välbefinnande och hälsa är något som arbetsterapiyrket verkar för genom aktivitet, och det främsta målet inom arbetsterapi är att göra det möjligt för personer att vara delaktiga i vardagliga aktiviteter (4). Model Of Human Occupation (MOHO) (5) beskriver att en persons delaktighet i aktivitet påverkas av olika komponenter såsom personens egen viljekraft och miljöförhållanden. På vilket sätt en person är delaktig och vad hen väljer att engagera sig i påverkas bland annat av personens förmågor, roller och begränsningar. Miljön, som även inbegriper interaktion mellan människor, kan antingen begränsa eller möjliggöra delaktighet i aktivitet (5). Arbetsterapeuter möjliggör för personer att vara delaktiga genom att göra anpassningar i miljön (4). I de insatser som görs kan arbetsterapeuten arbeta personcentrerat genom att utgå från personens egen uppfattning om sina behov och sin situation (6).

Rätten till delaktighet i sin vård framhävs både i lagar och av statlig myndighet. Enligt Socialstyrelsen (7) skall god vård och omsorg innefatta möjlighet till delaktighet och respekt för varje persons särskilda behov (7). Vidare står det i patientlagen (2014:821)(8) att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård (8). Behovet av att ha kontroll över sig själv och sina livsförhållanden försvinner inte med åldern (9). I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)(10) framhävs att respekt för patientens integritet och självbestämmande skall ingå i god vård inom hälso- och sjukvården (10). Självbestämmande är ett begrepp som blir allt viktigare inom sjukvården och som används för att lyfta fram patienters rättighet till att fatta självständiga beslut i vård och rehabiliteringsprocessen (11). Ottenvall Hammar et al (12) beskriver i sin studie att få utöva självbestämmande är viktigt för äldre personers välbefinnande och hälsa, och vidare beskrivs att äldre personers begränsningar i beslutsfattande kan medföra upplevelser av att inte bli behandlad som en person, att livssituationen känns stressig och att de basala behoven inte blir tillgodosedda (12). Äldre personer är en grupp som uttrycker minst klagomål, trots att de utgör den största gruppen inom sjukvården (13). Antalet äldre i Sverige blir allt fler, då livslängden har ökat och beräknas fortsätta öka (14). Personer över 64 år beräknas överstiga 2 miljoner år 2017. En siffra som antas stiga till över 3 miljoner år 2060 (15). Åldrande kan definieras på olika sätt. Ett sätt är att dela in äldre personer i "yngre-äldre", "äldre-äldre" samt "de allra äldsta". I gruppen yngre-äldre innefattas vanligtvis personer i åldrarna 60-65 och upp till 75-80. Till Äldre-äldre räknas ofta åldrarna 75-80 och uppåt. De allra äldsta brukar omfattas av åldrarna 85 år och uppåt. Åldrande innebär en förhöjd risk att drabbas av sjukdom och det är inte ovanligt att äldre personer får flera sjukdomar samtidigt, vilket ställer höga krav på vård och omsorg av de äldre (3). Det är kommunerna som ansvarar för vård och omsorg av äldre, och har gjort det sedan år 1992 då ädelreformen trädde i kraft (16). Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453)(17) ansvar att "inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd" (17). En sådan boendeform är korttidsboende, som är till för äldre personer som har tillfälliga vård- och omsorgsbehov (18). Ansökan om korttidsboende görs hos socialtjänsten och är en biståndsbedömd insats (18). Till korttidsboende kan personer söka sig av flera olika anledningar, en av dem är vid behov av rehabilitering efter att ha varit på sjukhus (19). Definitionen av rehabilitering är enligt socialstyrelsens termbank (20) "*insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet*" (20). Kommunen skall enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)(10) erbjuda rehabilitering för personer med

funktionsnedsättning (10). Det finns olika typer av rehabilitering såsom vardagsrehabilitering och kvalificerad rehabilitering.

På korttidsboende är vardagsrehabilitering det vanligast förekommande (18) och innebär att omvårdnadspersonalens insatser utförs med ett rehabiliterande förhållningssätt där personen uppmuntras att vara aktiv i sin vardag (3). Genom att personen själv är aktiv skapas förutsättningar för personen att behålla samt utveckla sina förmågor (3). Kvalificerad rehabilitering utförs bland annat av arbetsterapeut och fysioterapeut och är en planerad process som är tidsbegränsad och målinriktad (21). Här fokuseras insatserna på att få tillbaka eller bibehålla funktionsförmåga. Det kan även innebära att personen får lära sig kompensatoriska strategier för att kunna hantera sin situation (21). Multidisciplinära insatser är essentiella för att åstadkomma bästa möjliga resultat av rehabiliteringen, och för att uppnå rehabilitering med hög kvalitet bör personen involveras i hela rehabiliteringsprocessen (13). Lequerica et al (22) beskriver i sin studie att huruvida en person engagerar sig i rehabiliteringsprocessen tros påverka resultatet av rehabiliteringen (22).

Som nämnts tidigare beskriver MOHO (5) att den sociala interaktionen mellan människor antingen kan begränsa eller möjliggöra delaktighet (5), vilket påvisas i en studie (23) där det beskrivs att patientens möjlighet att engagera sig i rehabiliteringen påverkas av den professionellas förhållningssätt gentemot patienten (23). Att inte få utöva självbestämmande har negativ påverkan på äldre personers hälsa (12) och en försämrad hälsa vid åldrandet kan uppstå om en person begränsas att vara aktiv och delaktig (3). Det står i lagarna om patientens rätt till delaktighet och självbestämmande i sin vård (8,10) och delaktighet är ett viktigt ämne inom arbetsterapi (1). Korttidsboende är en arena där arbetsterapeuter arbetar (24) och då det finns begränsad forskning om hur äldre personer på korttidsboende upplever sin delaktighet i rehabilitering är det därför av betydelse att få fördjupad kunskap om detta utifrån de äldres eget perspektiv.

Syfte

Att undersöka hur äldre personer på korttidsboende upplever sin delaktighet i rehabilitering.

Metod

Metodval

Studien genomfördes med en kvalitativ design, då den innefattar att studera personers upplevelser av ett specifikt fenomen (25), och med en induktiv ansats, vilket innebär att materialet analyseras förutsättningslöst och inte utifrån en på förhand skapad mall eller teori (26).

Urval

Deltagarna i studien utgjordes av äldre personer som bor på korttidsboende. Inklusionskriterier var att personerna skulle vara inskrivna på korttidsboendet under vecka 4 och 5, år 2017, tala och förstå svenska, ha en pågående rehabiliteringsprocess sedan minst en veckas tid samt vara 65 år eller äldre. Personer med diagnostiserad grav kognitiv nedsättning, till exempel demens exkluderades. Initialt tillfrågades tio personer om att delta i studien, varav fyra tackade nej. Studien bestod därmed av 6 personer, två män och fyra kvinnor i åldrarna 72-88 år. Deltagarna rekryterades från tre olika korttidsboenden i Västra Götaland.

Datainsamling

En förfrågan om att vara med i studien skickades ut via mail till arbetsterapeuter på tre korttidsboenden. Då intresse fanns att vara med i studien förmedlades ytterligare information till arbetsterapeuterna, samt att informationsbrev skickades till verksamhetscheferna på de tre korttidsboendena som godkände att studien fick genomföras i deras verksamhet.

Arbetsterapeuten på respektive korttidsboende valde ut intervjupersoner baserat på inklusions- och exklusionskriterierna. Arbetsterapeuterna delade ut ett informationsbrev med förfrågan om deltagande i studien till de patienter som uppfyllde kriterierna. I informationsbrevet framgick att deltagandet i studien var helt frivilligt och gick att avbryta när som helst samt att deltagandet inte kommer påverka patientens framtida vård och rehabilitering. Brevet innehöll ett samtyckesformulär som intervjupersonerna signerade och som samlades in i samband med intervjutillfället. Det var även arbetsterapeuterna som avtalade tid med patienterna för intervju.

De semistrukturerade intervjuerna utfördes på respektive korttidsboende. De varade mellan 18 - 40 minuter och spelades in med mobiltelefon. Intervjuerna genomfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide för att ge möjlighet att ställa följdfrågor. Intervjuguiden bestod av fyra huvudområden; Introduktion av rehabiliteringen, Att bli lyssnad på, Självbestämmande och Delaktighet. Utifrån dessa ställdes frågor om hur patienterna blivit introducerade till rehabiliteringen, om de kände att de blivit lyssnade på i det de tycker är viktigt gällande sin rehabilitering, deras upplevelser kring att få vara med och bestämma samt hur involverade de känt sig i sin rehabilitering. Under intervjun hade en av författarna ansvaret att leda samtalet medan den andre skötte inspelning, lyssnade, observerade och ställde fördjupande följdfrågor. Författarna turades om att leda intervjuerna. Ljudfilerna från de inspelade intervjuerna fördes över på USB och kommer att arkiveras på Institutionen för arbetsterapi och fysioterapi på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet i 10 år.

Materialet utgörs av sex intervjuer, som transkriberats ordagrant. Det transkriberade materialet blev 64 datorskrivna A4-sidor med radavstånd 1,5 och storlek 12 med typsnitt Times New Roman.

Databearbetning

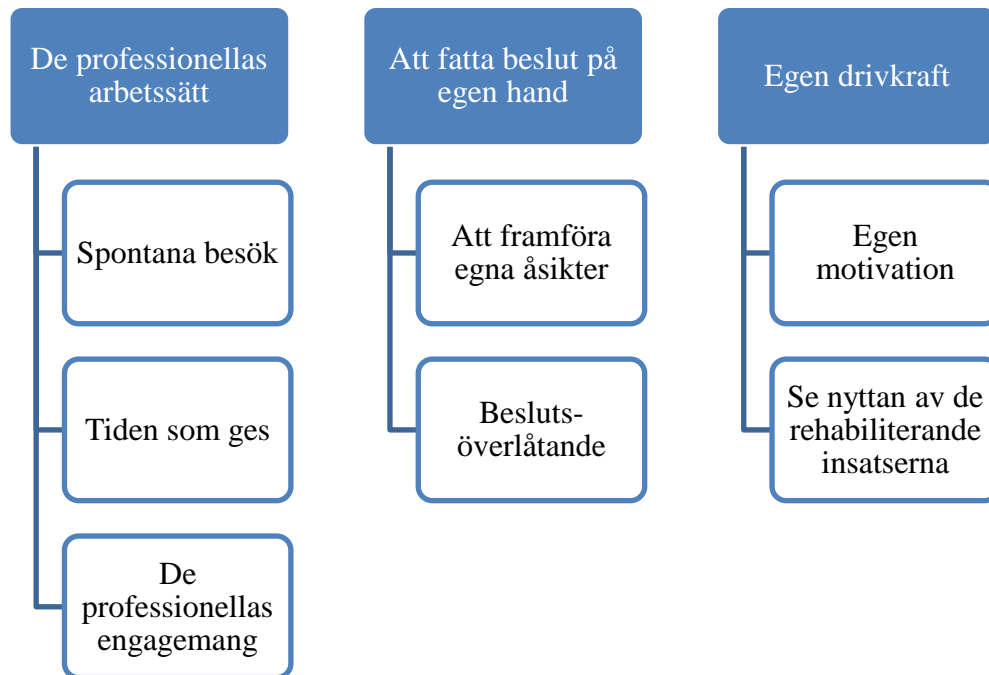
Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (26) användes vid analys av de transkriberade intervjuerna. Ur de transkriberade intervjuerna togs meningsbärande enheter ut i form av ord, stycken eller meningar som genom sitt innehåll och sammanhang hörde ihop och svarade mot syftet. Dessa meningsenheter kondenserades vilket innebar att texten gjordes mer komprimerad utan att det huvudsakliga i innehållet gick förlorat. Meningsenheterna gavs sedan en kod med en kort beskrivning av dess innehåll. Koderna jämfördes sedan och användes i skapandet av kategorier och underkategorier (26), se tabell 1. För att få fram kategorier och underkategorier klipptes remsor ut som vardera innehöll en meningsbärande enhet, kondensering och kod. Remsorna numrerades utifrån vilken intervju de tillhörde, så att det skulle vara möjligt att gå tillbaka till den ursprungliga texten för att kunna se i vilket sammanhang den meningsbärande enheten stod i. Därefter lästes varje remsa igenom och stämde av mot syftet. När alla remsor stämde med syftet gjordes en grov sortering av de remsor som hade gemensamt innehåll. Sedan lästes alla remsor igenom igen och sorterades en andra gång och underkategorier växte fram. Utifrån innehållet i underkategorierna fångade författarna essensen och bildade grupperingar som sedan blev till kategorier. Innehållet av resultatet beskrivs i löpande text och belyses med citat.

Tabell 1: Exempel på kvalitativ innehållsanalys av studiens material.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
jo men jag ser ju hans intresse för det han håller på med och då då det det inspirerar ju naturligtvis mig då till att att liksom hänga med honom det gör jag gärna	jag känner mig delaktig för jag ser ju hans intresse för det han håller på med och det inspirerar ju mig naturligtvis till att hänga med honom.	inspirerad till delaktighet	Professionellas engagemang	De professionellas insats påverkar
ja att dom kanske bara tittar förbi och frågar hur det är och... då känner jag ju att dom har inte glömt mig i alla fall utan dom dom äh undrar hur det går framåt	Att dom tittar förbi och frågar hur det är och hur det går, då känner jag mig inte bortglömd	Känner mig sedd	Spontana besök	

Resultat

I analysen beskrivs deltagarnas upplevelser av sin delaktighet i rehabilitering på korttidsboende. Dessa upplevelser beskrivs genom tre kategorier; De professionellas arbetssätt, Att fatta beslut på egen hand och Egen drivkraft. Under de tre kategorierna finns sju underkategorier. Kategorierna och dess underkategorier visas i figur 1.



Figur 1. Resultatet från studien presenteras genom tre kategorier och sju underkategorier som beskriver deltagarnas upplevelse av sin delaktighet i rehabilitering.

De professionellas arbetssätt

I kategorin beskrivs deltagarnas upplevelser av hur de professionellas arbetssätt påverkar känslan av delaktighet i rehabiliteringen. Kontakten med de professionella och tiden som ges i rehabiliteringen uttrycktes påverka känslan av delaktighet. De professionellas engagemang upplevdes också vara betydelsefullt för det egna deltagandet i träningen. Kategorin består av tre underkategorier; Spontana besök, Tiden som ges samt De professionellas engagemang.

Spontana besök

Att få besök av de professionella utanför de planerade träningstillfällena och att få frågan hur det går med träningen bidrog till en känsla att bli sedd och uppmärksammas, vilket hade betydelse för känslan av delaktighet.

”att dom kanske bara tittar förbi och frågar hur det är [...] då känner jag ju att dom inte har glömt mig i alla fall [...] utan dom undrar hur det går framåt”

Tiden som ges

Tiden beskrevs påverka delaktigheten. Det nämndes olika aspekter kring tid. Att de professionella gav av sin tid i mötet med deltagaren upplevdes betydelsefullt då det fanns utrymme att hinna tänka efter själv, vilket bidrog till en känsla av delaktighet. Tätare kontakt

och därigenom mer tid tillsammans med den professionella uppgavs öka känslan av delaktighet, medan glesare kontakt och mindre tid upplevdes påverka känslan av delaktighet negativt.

De professionellas engagemang

Upplevelsen av att vara delaktig i sin rehabilitering påverkades av de professionellas engagemang. När de professionella visade ett genuint intresse för sitt arbete fick det en positiv effekt på träningsituationen och inspirerade till engagemang och deltagande - *”Jag ser ju hans intresse för det han håller på med och det inspirerar ju naturligtvis mig då till att hänga med honom”*

Att fatta beslut på egen hand

I kategorin beskrivs möjligheten att framföra egna åsikter i samarbetet med de professionella och vikten av beslutsfattande. Deltagarnas resonemang kring vem som ska ta beslut i rehabiliteringen beskrivs även. Kategorin består av två underkategorier; Att framföra egna åsikter och Beslutsöverlåtande.

Att framföra egna åsikter

Att få vara med och bestämma i sin rehabilitering upplevdes viktigt. Det beskrevs som ett måste att få vara med och bestämma och att det inte skulle tolereras att det bara var andra som bestämde. Det upplevdes även vara ett delat beslutsfattande mellan deltagare och de professionella. På frågan om varför det kändes viktigt att få vara med och bestämma uttrycktes *”Det är ju min kropp, det är jag som bestämmer över den”*

Att bli tillfrågad av den professionella gällande beslut i sin rehabilitering upplevdes bidra till känsla av att vara delaktig. Detta kunde gå till i form av att den professionella gav ett förslag på en viss träningsform och frågade om förslaget accepterades - *”[...] nu tycker jag att vi ska försöka med detta, är du med på det? Ja visst säger jag då”*. Deltagarna upplevde att det gavs möjlighet att bestämma i sin rehabilitering genom att de kunde säga ifrån och säga nej till de förslag som de professionella kom med, om exempelvis tiden att träna inte passade eller om orken inte fanns vid ett inplanerat träningstillfälle. Det fanns även upplevelser av att inte få möjlighet att vara med och bestämma i sin rehabilitering utan att det var de professionella som tog besluten. Upplevelser av att inte få sin vilja igenom, att bli motarbetad och att de professionella bestämde i träningen påverkade känslan av delaktighet. Trots upplevelser av att bli tillrättvisad i hur träningen skulle utföras och att ens åsikter om rehabiliteringen inte blev hörda ansågs ändå de professionella ha rätten att bestämma.

Det beskrevs även upplevelser av att bli tillsagd att det var dags att börja träna utan att först ha fått en förfrågan om det. Det innebar dock inte någon känsla av att bli pressad eller tvingad till något - *”Jag tyckte inte någonting speciellt [...] det var ju inte såhär att jag kände nån press eller att jag var tvungen till någonting [...] jag tyckte det var okej att [...] ville träna mig”*

Att det fanns utrymme att framföra egna åsikter och funderingar gällande sin rehabilitering uttrycktes betydelsefullt för känslan av delaktighet. Upplevelsen av att sina åsikter efterfrågades av de professionella gjorde att det kändes naturligt att framföra dem. Det uttrycktes även upplevelser av att de professionella lyssnade på åsikter och funderingar om det som kändes viktigt gällande sin träning samt att de som lyssnade tog till sig det som sades. En upplevelse av att bli lyssnad på var att det skedde snabb respons på det som deltagare och de professionella hade diskuterat fram i rehabiliteringen. Ytterligare en betydelsefull faktor för känslan av delaktighet var att de professionella vid träningstillfällena tog hänsyn till

deltagarnas önskemål, ett exempel på detta var att få använda det gånghjälpmedel som önskats.

Beslutsöverlåtande

I underkategorin beskrivs att den egna kunskapen inte upplevdes vara tillräcklig för att själv kunna bestämma vad träningen skulle innefatta för att uppnå bästa resultat - *"Jag känner att jag inte har kunskap nog att komma så långt som att veta vad jag vill eller behöver utan det känns bra när det kommer utifrån, någon som kan det här"*.

Upplevelsen av att vara novis ledde till en stark tilltro till den professionellas kunskaper, vilket gjorde att några deltagare valde att lämna över beslutsfattandet till de professionella. Beslutöverlämnandet motiverades med att de professionella var mer insatta i rehabiliteringsprocessen och det kändes tryggt att lämna över beslutet med vetskapen av att de professionella hade erfarenhet av andra patienter i liknande situation - *"Jag känner mig för osäker på vad jag skulle göra istället [...] jag lämnar det åt dem som kan detta [...] med varm hand"*

Det uttrycktes en känsla av lättnad över att inte behöva ta ställning och bestämma själv i sin rehabilitering, att det var okej att den professionella som hade mer kunskap bestämde - *"Jag tycker bara det är skönt att slippa ta ställning själv"*. Det fanns även upplevelse av att träning utifrån de professionellas råd innebar ökade chanser att lyckas med rehabiliteringen.

Egen drivkraft

I kategorin beskrivs att deltagarnas upplevelser av att känna meningsfullhet och nytta med sin rehabilitering påverkade den egna motivationen och drivkraften. Kategorin består av två underkategorier; Egen motivation och Se nyttan med de rehabiliterande insatserna.

Egen motivation

På vilket sätt deltagarna kände sig delaktiga och involverade i sin träning påverkades av den egna motivationen. Det handlade om en egen drivkraft att vilja få träningen att fungera. Att rehabiliteringen gällde en själv bidrog till en känsla av att i hög grad vara involverad i sin träning.

"Jo men jag är ju involverad på det sättet att jag vill till varje pris få detta att fungera"

Se nyttan med de rehabiliterande insatserna

Upplevelsen av meningsfullhet och att kunna se någon nytta med träningen hade betydelse för känslan av att vara delaktig och involverad - *"Jag känner att det är någon nytta med det om jag säger så"*

Det uttrycktes också att om det inte fanns en egen tilltro till förbättring, till exempel att en förlamad kroppsdel kommer kunna återfå sin funktion, så kändes träningen meningslös vilket påverkade motivationen att vara delaktig i sin träning.

"Jag tycker att det är så meningslöst att försöka skapa liv i ett ben där jag vet att jag kommer aldrig att kunna gå igen"

Diskussion

Resultatdiskussion

Det har framkommit i resultatet att det är flera saker som påverkar hur äldre personer på korttidsboende upplever sin delaktighet i rehabilitering. De professionellas arbetssätt, vilket

bland annat innefattar tiden som de gav i mötet med patienterna, hade påverkan. Det upplevdes viktigt att vara med och bestämma men det var inte alltid önskvärt att ta beslut själv om sin rehabilitering. Att förstå nyttan med de rehabiliterande insatserna var avgörande för motivationen till att vara delaktig i rehabiliteringen.

I resultatet framkom att deltagarna upplevde att kontakten med de professionella och den tid som gavs i mötena påverkade upplevelsen av delaktighet i rehabiliteringen och att om det gavs tillräckligt med tid så hann personen tänka efter själv. Liknande resultat framkom även i en annan studie (23), där det beskrivs att tidsbegränsningar minskade patienternas autonomi och att patienterna upplevde att tidsbegränsningar i rehabiliteringssessionerna hade en negativ påverkan på hur den professionella framförde terapin (23). Som arbetsterapeut är det en viktig insikt, att tiden som ges till en patient påverkar personens känsla av delaktighet. I många verksamheter kan det vara ett högt tempo och strävas efter att vara så tidseffektivt som möjligt. Även om de professionella klarar av att förhålla sig till det, är det viktigt att ha i åtanke att patienterna kan behöva tid på sig för att hinna tänka efter själva under mötet.

Det framkom i resultatet att de professionellas engagemang påverkade deltagarnas upplevelse av att vara delaktig i sin rehabilitering, vilket är i enlighet med MOHO (5) som lyfter att interaktionen mellan människor antingen kan möjliggöra eller begränsa delaktighet i aktivitet. Det står i patientlagen (2014:821)(8) att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård (8) och även om det kan ses som en självklarhet att involvera patienten i rehabiliteringen är det inte alltid så i praktiken. Men som Duncan (27) beskriver behöver målet för professionella vara att involvera personerna i meningsfullt deltagande trots den utmaning som det innebär (27).

I resultatet påvisades att deltagare inspirerades till engagemang och deltagande då de professionella visade ett genuint intresse för sitt arbete. Taylor (28) beskriver att det finns sex olika förhållningssätt som är vanligt förekommande inom arbetsterapeutisk praxis. Dessa bör väljas utifrån de behov som patienten har (28). Ett av dessa sex är ett uppmuntrande förhållningssätt vilket i samarbetet med vissa patienter är lämpligt för att främja engagemang och aktivt deltagande (28). MacDonald et al (23) nämner i en studie att de professionellas uppmuntrande förhållningssätt hade positiv påverkan på hur aktivt involverade patienterna blev i sin rehabilitering (23). I sitt yrkesutövande som arbetsterapeut är det viktigt att ta i beaktande att det egna engagemanget och förhållningssättet påverkar samarbetet med patienten.

I resultatet framkom olika åsikter kring att bestämma i sin rehabilitering. Det framkom att det inte alltid upplevdes önskvärt att bestämma själv, att beslutet gärna lämnades över till den professionella och att det var en lättnad att inte behöva bestämma själv. Anledningen var att det ansågs vara den professionella som besatt kunskapen gällande rehabiliteringen och det kändes då tryggt att lämna över beslutsfattandet. Liknande tas upp i en studie (29) om sköra äldres delaktighet i sin vård på sjukhus där patienterna uttryckte att sjukhuspersonalen var mer kompetenta och högre i status än dem själva och därmed mer lämpliga att fatta förståndiga beslut angående deras vård (29). Som patient kan det uppfattas som att personen själv behöver ha specifik kunskap för att kunna ta beslut i sin egen rehabilitering, medan det egentligen kan handla om att ta beslut utifrån information som delges av den professionella. Det föreligger därmed ett ansvar hos den professionella att möjliggöra för patienten att kunna ta beslut i sin egen rehabilitering.

Det framkom även i resultatet att det kändes viktigt att vara med och bestämma. Det uttrycktes att det inte skulle tolereras att det bara var andra som bestämde och att få vara med

och bestämma var ett måste. I en studie av Ekelund et al (11) beskrivs självbestämmande som ett allt viktigare begrepp inom sjukvården och som fokuserar på patienters rättighet att ta egna beslut i vård och rehabiliteringsprocessen (11). I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)(10) framhävs att självbestämmande skall ingå i god vård inom hälso- och sjukvården (10). Att det är en rättighet att som patient få fatta självständiga beslut gällande sin vård och rehabilitering betyder inte att personen nödvändigtvis vill göra detta. Att låta någon annan bestämma kan då anses vara att ha självbestämmande. Det viktiga är alltså inte att personen bestämmer allt själv, utan att personen har möjlighet att välja om hen vill bestämma eller inte. Duncan (27) beskriver vikten av att de professionella frågar personen om hur hen vill vara involverad och fatta beslut i sin vård och i de insatser som görs (27). Det är nära till hands att som arbetsterapeut utgå ifrån att alla personer vill vara med och bestämma, men som resultatet visade är det inte alltid så. Det kan därför vara gynnsamt för samarbetet att prata igenom med personen hur just den vill att beslutsfattanden i rehabiliteringen skall gå till.

Resultatet visade att motivation och viljekraft spelade roll för delaktigheten i rehabiliteringen. Detta är i enlighet med MOHO (5) som beskriver att en persons delaktighet i aktivitet påverkas av olika komponenter såsom personens egen viljekraft (5). I resultatet framkom att om det fanns motivation till att förbättra sina nedsatta förmågor ledde det till ett aktivt deltagande i rehabiliteringen. I en studie av MacDonald et al (23) beskrivs att chansen för att patienter ska engagera sig i rehabiliteringen ökar då de upplever att rehabiliteringen känns meningsfull och fyller en funktion för dem (23). Resultatet visade att de deltagare som inte såg nyttan med rehabiliteringen upplevde att det inte fanns så stor mening med träningen och det sågs därmed ingen nytta med de insatser den professionella ville göra i rehabiliteringen. En tidigare studie (22) beskriver att det finns ett samband mellan att patienten inte har tillräcklig förståelse för meningen med rehabiliteringen och motivationen att delta i rehabiliteringen. Det lyfts även vikten av att förklara behandlingen på ett sådant sätt som patienten förstår (22). Som professionell är det viktigt att vara medveten om sin egen förförståelse och att kunna möta patienten utifrån den kunskap som personen har. Vissa begrepp som är vanligt förekommande inom arbetsterapi, som till exempel delaktighet, kan ha en annan innebörd för patienten, och kan därmed behöva förklaras eller att andra mer lämpliga ord används för att uppnå samförstånd.

I praktiken kan denna studie ligga till grund för ett fortsatt arbete kring delaktighet i rehabilitering på korttidsboende eller liknande verksamheter. Detta genom att de professionella kan ha en dialog kring hur de arbetar för att främja delaktighet i arbetet med patienterna, då studien visat att de professionellas arbetsätt påverkar upplevelsen av delaktighet i rehabiliteringen. Verksamheten kan även se över tidsdistribueringen, då den tid som de professionella gav till patienten också påverkade upplevelsen av delaktighet i rehabiliteringen.

Metoddiskussion

Då det var deltagarnas upplevelse som undersöktes anses den kvalitativa designen (25) vara ett lämpligt val. Materialet som framkom av intervjuerna analyserades förutsättningslöst utifrån en induktiv ansats (26) vilket upplevdes fördelaktigt då svaren ibland krävde en djupare tolkning.

Att rekrytera patienter var svårare än beräknat. Det var fler som tackade nej än vad arbetsterapeuterna hade förutspått samt att det inte fanns tillräckligt med inskrivna patienter som stämde in på inklusionskriterierna för studien. Patienter med grava kognitiva nedsättningar så som demens exkluderades från studien, och då det är många personer på korttidsboende som ingår i den gruppen minskade antalet möjliga deltagare. När det gäller

inklusionskriterierna finns insikt om att kriteriet gällande att ha en pågående rehabiliteringsprocess sedan minst en veckas tid var för kort tid. Deltagare som hade varit på korttidsboende i endast en vecka kunde inte svara på alla frågor om delaktighet i rehabiliteringen då de inte hunnit så långt i sin rehabiliteringsprocess. Inklusionskriteriet valdes utifrån aspekten att det är ovisst hur länge en patient kommer vara på korttidsboende och att det fanns risk för att urvalet skulle minska ytterligare om en längre tid angetts. Då det var svårt att rekrytera tillräckligt med patienter behövdes ytterligare två korttidsboenden inkluderas, än den ursprungliga tanken som var ett korttidsboende. Att behöva få tag i ytterligare korttidsboenden gjorde att arbetsprocessen försköts.

Ett annat inklusionskriterie var att deltagarna skulle ha en pågående rehabiliteringsprocess, där både vardagsrehabilitering och kvalificerad rehabilitering innefattades då det ansågs för utlämnande att enbart utgå från insatser gjorda av arbetsterapeut och fysioterapeut. Då det vanligtvis endast arbetar en arbetsterapeut och en fysioterapeut på korttidsboende hade det inte varit etiskt försvarbart att endast innefatta kvalificerad rehabilitering i inklusionskriterierna, då studien hade blivit en utvärdering av deras insatser vilket inte var syftet med studien.

Genom informationsbrevet som delades ut till patienterna med förfrågan att delta i studien framgick det att deltagandet var helt frivilligt. Dock finns risk att patienterna ändå kan ha upplevt viss press att delta. Eftersom det var svårt att rekrytera personer till studien och det fanns en tidsram för rekryteringen som arbetsterapeuterna behövde förhålla sig till finns en risk att arbetsterapeuterna kan ha upplevt press att få fram patienter som ville delta. Detta kan i sin tur ha påverkat hur arbetsterapeuterna tillfrågade patienterna, och huruvida patienterna upplevde att det var helt frivilligt att delta. Det kan vara svårt att säga nej om en professionell är positiv till ett deltagande i studien. Om tillfrågandet om deltagande i studien hade utförts av en för studien helt oberoende person hade upplevelsen om ett frivilligt deltagande kanske blivit annorlunda.

På grund av såväl sekretess som av studiens tidsram överlämnades ansvaret till arbetsterapeuterna på korttidsboendena att tillfråga patienter som stämde in på studiens kriterier. Då det var arbetsterapeuterna som hade hand om urvalet kunde inte anonymitet helt uppnås, däremot har deltagarna oidentifierats i materialet.

För att kunna gå in så förutsättningslöst som möjligt i intervjusituationen och för att analysen inte skulle påverkas av bakomliggande värdering togs ingen information om deltagarna i förhand, vilket upplevdes som en fördel. Nackdelen med att inte få någon information om deltagaren i förväg var att deltagarnas hälsotillstånd påverkade intervjusituationen på ett sätt som då inte kunde förutses och därför kunde inte intervjusituationen anpassas helt utifrån deltagarnas behov. Om tidsramen till studien hade varit mer tilltagen hade det funnits en större flexibilitet att kunna ändra intervjutid, då deltagarnas hälsotillstånd påverkade deras medverkan i intervjun.

Intervjuerna blev inte så djupgående som önskats vilket kan ha berott på begränsad erfarenhet av att hålla i intervjuer. Detta gjorde att det inte fanns tillräcklig beredskap på att bemöta de fåordiga svar som ibland gavs på de öppna frågorna. Att det inte fanns möjlighet att hålla en provintervju innebar att intervjuguiden inte provats innan och detta kan ha påverkat intervjusituationerna. Att använda öppna frågor på äldre personer var svårare än förväntat, då flera av dem tenderade att svara fåordigt på frågorna. Det var en utmaning att ställa öppna fördjupande frågor på de korta svar som gavs. För att få svar på frågor som stämde överens

med syftet så behövdes precisa frågor ställas, vilket gjorde att öppna frågor ibland fick frångås. Utifrån denna erfarenhet hade den semistrukturerade intervjuguiden behövts omformas för att kunna passa målgruppen bättre. Den hade behövt innehålla fler frågeområden samt kompletterande kvantitativa frågor. Det fanns en förförståelse för de begrepp som användes vid intervjuerna, då till exempel begreppet delaktighet varit ett centralt begrepp under arbetsterapeututbildningen. Detta gjorde att intervjuguiden byggdes på författarnas förförståelse. Det var ibland svårt att veta om deltagarna helt förstod frågorna då vissa begrepp kan ha olika innebörd för de som intervjuar och de som blir intervjuade. Detta försökte undvikas genom att förklara och förtydliga begrepp så som delaktighet och vardagsrehabilitering. För att uppnå ett mer fylligt resultat hade fler deltagare behövts i studien.

Att analysera det insamlade materialet utifrån Graneheim och Lundman (26) underlättade arbetet och gjorde materialet överskådligt. Genom att använda den kvalitativa innehållsanalysen gick det lätt att gå tillbaka till de meningsbärande enheterna och fördjupa sig i det som sagts under intervjuerna. Det underlättade även skapandet av kategorier och underkategorier då det fanns en tydlig struktur att följa. Deltagarnas tonfall och kroppsspråk har varit till hjälp vid tolkning av materialet, då det till viss del innehöll fåordiga svar. Eftersom materialet inte blev så fylligt var det nödvändigt att använda citat för att belysa deltagarnas upplevelser, citaten valdes med försiktighet för att inte bryta anonymiteten.

Slutsats

I denna studie har de äldre personernas egna upplevelser av sin delaktighet i rehabilitering på korttidsboende undersökts. Det har framkommit att upplevelsen av delaktighet påverkades av yttre faktorer så som de professionellas arbetssätt och inre faktorer så som den egna motivationen. Uppfattningen om en persons delaktighet i den rådande situationen kan däremot skilja sig mellan olika personer. I en studie av Breitzholts et al (30) framkom att äldre personer som bor på kommunala boenden upplevde att de inte fick besluta kring egna önskemål, behov och dagliga rutiner, medan vårdgivarna upplevde att de tog hänsyn till de äldres önskemål och främjade delaktighet i beslutsfattandet (30). Det vore därför av värde att i fortsatta studier undersöka även de professionellas perspektiv på de äldres delaktighet. Detta skulle bidra till en mer samlad bild av delaktighet i rehabilitering på korttidsboende, som kan ligga till grund för vidare utvecklingsarbete.

Referenser

1. Sveriges Arbetsterapeuter. Delaktighet [Internet]. Nacka: Christina Lundqvist; 2016 [Uppdaterad; 2016-01-12; citerad 2016-12-06] Hämtad från: <http://www.arbetsterapeuterna.se/Fakta-om-arbetsterapi/Delaktighet/>
2. Sverige. Socialstyrelsen World Health Organization. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Kortversion. Stockholm: Socialstyr.; 2003.
3. Ernsth Bravell M. Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi. 2 rev. uppl. Malmö: Gleerup; 2013.
4. Wilcock AA. An occupational perspective of health. 2.th ed. Thorofare, N.J: Slack; 2006.
5. Kielhofner G. Model of human occupation: teori och tillämpning. 1. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012
6. Sveriges arbetsterapeuter. Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter [Internet]. Nacka: Sveriges arbetsterapeuter; 2016 [citerad 2017-01-12] Hämtad från: [file:///D:/Downloads/Kompetensbeskrivningar-webb%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/Kompetensbeskrivningar-webb%20(1).pdf)
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre: lägesrapport 2016 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016 [citerad 4 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf>
8. Patientlag (SFS 2014:821) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 13 januari 2017]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
9. Black HK, Santanello HR, Caruso CJ. Managing Threats Against Control in Old Age: A Narrative Inquiry. Nurs Res. 2013;62(6):430-7.
10. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 13 januari 2017]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763
11. Ekelund C, Dahlin-Ivanoff S, Eklund K et al. Self-determination and older people - A concept analysis. Scand J Occup Ther. 2014;21(2):116-24.
12. Ottenvall Hammar I, Dahlin-Ivanoff S, Wilhelmson K, Eklund K. Shifting between self-governing and being governed: a qualitative study of older persons' self-determination. BMC Geriatr 2014;14:126.

13. Carita Nygren, Susanne Iwarsson, Åke Isacson, Ove Dehlin. Quality of Care in Geriatric Rehabilitation: Clients' Perceptions, ADL Dependence, and Subjective Well-being in a One-year Perspective. *Scand J Occup Ther.* 2001;8(3):148-56.
14. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2015. Demografiska rapporter; 2015:2. [citerad 30 januari 2017]. Hämtad från: http://www.scb.se/Statistik/_Publikationer/BE0401_2015I60_BR_BE51BR1502.pdf
15. Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2016–2060 [Internet]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2016. [citerad 30 januari 2017]. Hämtad från: http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2016I60/BE0401_2016I60_SM_BE18SM1601.pdf
16. Dehlin O, Rundgren Å. Geriatrik. 3 rev. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
17. Socialtjänstlag (2001:453) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 13 januari 2017]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
18. Socialstyrelsen. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre-primärvård och korttidsboende-vad behöver förändras? [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015 [citerad 5 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-45>
19. Mölndals stad. Korttidsboende [Internet]. Mölndal: Mölndals Stad; 2017[uppdaterad 2017-01-19; citerad 2017-01-30]. Hämtad från: <https://www.molndal.se/startside/omsorg-och-hjalp/boenden-sarskilda/korttidsboende.html>
20. Socialstyrelsens termbank [Internet]. Socialstyrelsen. [citerad 7 mars 2017]. Hämtad från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=664>
21. Sveriges arbetsterapeuter. Ställningstagande om rehabilitering inom kommunal verksamhet [Internet]. Nacka: Sveriges arbetsterapeuter; 2014 [citerad 2017-03-06] Hämtad från: <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Kompetensutveckling/Forbundets-forlag/Stallningstagande-om-rehabilitering-inom-kommunal-verksamhet-2014/>
22. Lequerica A, Donnell C, Tate D. Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disabil Rehabil.* 2009; 31(9): 753-760.
23. MacDonald G, Kayes N, Bright F. Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: A review of the literature. *New Zealand Journal of Physiotherapy.* 2013 41(3): 112-121.

24. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2017 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 [citerad 7 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-2-2>
25. Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 1. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012.
26. Graneheim U.H., Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M & Höglund-Nielsen B (red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008. Kap. 11
27. Duncan EAS, editor. Skills for practice in occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2009.
28. Taylor RR. The intentional relationship: occupational therapy and use of self. Philadelphia: F.A. Davis; 2008.
29. Ekdahl AW, Andersson L, Friedrichsen M. "They do what they think it the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. Patient Educ Couns 2010;80(2):233-40.
30. Breitholtz A, Snellman I, Fagerberg I. Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. Int J Older People Nurs 2013;8(2):139-148.