



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# “För att patienten kan få leva lite mer som den vill”

**-En kvalitativ intervjustudie om  
fysioterapeuters erfarenheter av äldre  
patienters delaktighet i sin rehabilitering i  
ordinärt boende**

**HUVUDOMRÅDE:** *Magisteruppsats i gerontologi*

**FÖRFATTARE:** *Johanna Antevik*

**HANDLEDARE:** *Therese Bielsten*

**JÖNKÖPING** *2022 juni*

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Antalet äldre i Sverige och världen som har behov av hälso- och sjukvård i hemmet ökar. I Sverige sker en omställning av hälso- och sjukvården till God och nära vård i vilket patientens delaktighet är central. Fysioterapeuter som arbetar med äldre patienter i ordinärt boende behöver arbeta personcentrerat och stötta patienten med sin egenvård för att möjliggöra delaktighet.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenhet av äldre patienters delaktighet i sin rehabilitering i ordinärt boende.

**Metod:** Kvalitativ metod med induktiv ansats. Åtta intervjuer genomfördes med fysioterapeuter inom kommunal hälso- och sjukvård. Studien analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Ur resultatet framkom tre övergripande kategorier: 1) Faktorer som möjliggör delaktighet, 2) Delaktighetens barriärer och 3) Ett mer självständigt liv.

**Slutsats:** Ökad patientdelaktighet kan leda till bättre behandlingsresultat, förbättrad hälsa, mer självständiga patienter och egenmakt för patienten. Att fysioterapeuter arbetar strukturerat personcentrerat och aktivitetsinriktat, genom att lyssna in och vägleda patienten samt ge stöd till egenvård, kan främja patienternas självständighet. Fysioterapeuters yrkeserfarenhet samt tydliga aktivitetsmål bidrar till personcentrerad behandling. Anhörigas inställning, patientens förmåga och vilja att delta, brist på erfarenhet i yrket samt brist på tid, resurser och personalens arbetsmiljö i patientens hem visade sig vara barriärer för delaktighet.

Nyckelord: Egenvård, God och nära vård, fysioterapi, personcentrerad.

## Summary

**Background:** The number of older people in Sweden and globally who need health care at home is increasing. In Sweden, care is being transformed into Good and close care (Directly translated from God och nära vård), of which the patient's participation is central. Physiotherapists who work with older patients in ordinary housing need to work person-centred and support the patient with their self-care to enable participation.

**Aim:** The aim of the study was to describe physiotherapists' experience of older patients' participation in their rehabilitation in their home.

**Method:** Qualitative method with an inductive approach. Eight interviews were conducted with physiotherapists in municipal health care. The study was analyzed with qualitative content analysis.

**Results:** The results revealed three overarching categories: 1) Factors that enable participation, 2) Barriers to participation and 3) A more independent life.

**Conclusion:** Increased patient participation can lead to better treatment results, improved health, patients that are more independent and autonomy. Physiotherapists working in a structured person-centred and activity-oriented way, by listening to and guiding the patient and providing sufficient support for self-care, can promote patients' independence. Physiotherapists' professional experience and clear activity goals contribute to person-centred treatment. Relatives' attitudes, the patient's ability and willingness to participate, lack of time, resources and the staff's work environment in the patient's home proved to be barriers to participation.

Keywords: Self-care, Good and close care, physiotherapy, personcentered care

# Innehållsförteckning

Inledning .....	I
Bakgrund .....	I
Organisering av hälso- och sjukvård i Sverige .....	I
Fysioterapi och fysioterapeuter .....	I
Evidensbaserad praktik och fysioterapiprocessen- Modeller för fysioterapeutens klientrelaterade arbete .....	2
Beskrivning av hälso- och sjukvården i ordinärt boende i aktuell kommun .....	3
God och nära vård .....	3
Problemformulering .....	5
Syfte .....	7
Material och metod .....	7
Design .....	7
Urval och tillvägagångsätt .....	7
Datainsamling .....	7
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	8
Författarens förståelse .....	9
Resultat .....	10
Faktorer som möjliggör delaktighet .....	10
Delaktighetens barriärer .....	13
Ett mer självständigt liv .....	15
Metoddiskussion .....	17
Trovärdighet .....	17
Pålitlighet .....	17
Bekräftelsebarhet .....	18
Överförbarhet .....	18
Resultatdiskussion .....	18
Delaktighet .....	18
Personcentrerat förhållningssätt .....	19
Egenvård .....	20
Slutsatser .....	22
Klinisk betydelse .....	22
Referenser .....	23
Bilagor .....	29

# Inledning

Vid stigande ålder blir människor mer beroende av vård och rehabilitering eftersom äldre personer oftare drabbas av kroniska sjukdomar än yngre personer samt att risken för funktionsnedsättningar ökar (Bull et al., 2020). En stor del av hälso- och sjukvården ges i hemmet och andelen förväntas öka ytterligare. Ökningen beror på att den åldrande befolkningen ökar, men även på att fler äldre bor kvar hemma en längre tid, inkluderat multisjuka äldre med mer komplexa vårdbehov (Breitholtz et al., 2013; Socialstyrelsen 2022a). Den åldersgrupp som ökar mest i Sverige är personer som är 80 år och äldre. År 2028 beräknas det ha skett en ökning med 50% i åldersgruppen jämfört med tio år tillbaka i tiden (Statistiska centralbyrån, 2018). För att hantera denna ökning och för att den äldre patienten ska få vård och rehabilitering av hög kvalitet måste den äldre vara delaktig i sin egen hälso- och sjukvård. Under de senaste decennierna har politiska förändringar lyft fram patientens position genom lagar och förordningar i vilka patienters delaktighet vid implementering i hälso- och sjukvården är central (Groene & Sunol, 2015). Det ökade antalet multisjuka äldre patienter ordinarie boende ställer höga krav på fysioterapeuters kompetens för att upprätthålla patientens delaktighet i sin rehabilitering.

## Bakgrund

### Organisering av hälso- och sjukvård i Sverige

När antalet äldre personer i befolkningen ökar innebär det även att fler äldre är i behov av hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvård definieras i Hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador ([HSL] 2 kap. 2 § SFS 2017:30). I HSL (2017) regleras även regionernas och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården. Ansvarsfördelningen innebär att regionerna har det övergripande hälso- och sjukvårdsansvaret medan kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre, korttidsboenden, bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning och dagverksamheter som är reglerade i socialtjänstlagen. Kommunens ansvar omfattar också hälso- och sjukvård för personer i bostad med särskild service samt dagliga verksamheter som är reglerade i Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade ([LSS], SFS 1993:387). Vidare kan en region få överlåta ansvaret till en kommun för hälso- och sjukvård i hemmet för personer i ordinarie boende. Fördelningen av ansvar mellan region och kommun regleras även i lokala överenskommelser, vilket innebär att innehållet i överenskommelserna kan se olika ut i olika delar av landet. Under 2020 hade drygt 379 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var drygt 80% personer 65 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2022a). Utöver vård, rehabilitering och habilitering ska även hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning erbjudas (HSL, 2017). Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som i huvudsak ingår i kommunens verksamhet är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Fysioterapeutens huvudsakliga roll i kommunal hälso- och sjukvård är att bedöma fysisk funktion och utefter bedömningen prova ut lämplig behandling i form av hjälpmedel, träning eller annan behandling i syfte att bibehålla eller förbättra den nedsatta fysiska funktionen (Nordin, 2012).

### Fysioterapi och fysioterapeuter

Fysioterapi är både en hälsoprofession och ett vetenskapsområde vilka är integrerade i varandra. Fysioterapin har en lång tradition och historia i Sverige och var efter läkare den första hälsoprofessionen i landet att erhålla legitimation. Fysioterapeuter är den tredje största professionen inom hälso- och sjukvården i västvärlden efter läkare och sjuksköterskor (Broberg & Tyni-Lenné, 2019). Efter många års utredande beslutade styrelsen för förbundet fysioterapeuterna i Sverige att sjukgymnast skulle byta namn till fysioterapeut, med utgångspunkt tagen i den internationella beskrivningen (Broberg & Tyni-Lenné, 2019). Yrkesbenämningen sjukgymnast finns däremot kvar för dem som har tidigare legitimation. Båda titlarna är skyddade enligt patientsäkerhetslagen 4 kap. 1 § (SFS 2010:659). 2019 fanns det 13 700 legitimerade fysioterapeuter/sjukgymnaster i yrkesverksam ålder i Sverige (Socialstyrelsen, 2021). Fysioterapeutens huvudsakliga uppgift är att visa sambandet mellan rörelse och hälsa och hur rörelse kan användas som medel för att leva ett aktivt liv med god livskvalitet. Fysioterapeuter arbetar med rehabilitering, träning och anpassad fysisk aktivitet samt hälsofrämjande aktiviteter i syfte att förebygga sjukdom och skada. Exempel på symtom som behandlas är smärta, stelhet, muskelsvaghet, andningsproblem och psykisk ohälsa. Fysioterapeuter strävar mot att

oavsett diagnos och ålder hjälpa människor till ett självständigt och aktivt liv. I samband med utredning och behandling ger fysioterapeuten råd och stöd, handleder och utbildar, upprättar rehabiliteringsplaner samt förebygger fysisk och psykisk ohälsa. Arbetet sker ofta i team tillsammans med andra yrkesgrupper till exempel läkare, arbetsterapeut och sjuksköterska. Majoriteten av fysioterapeuterna arbetar inom hälso- och sjukvården i region eller kommun. Fysioterapeuternas kompetens är vetenskapligt underbyggd, vilket innebär att hjälpa människor att stärka sin hälsa, förebygga sjukdomar och skador samt rehabilitera (Fysioterapeuterna, 2022).

## Evidensbaserad praktik och fysioterapiprocessen- Modeller för fysioterapeutens klientrelaterade arbete

### Evidensbaserad praktik

Fysioterapeuter ska arbeta evidensbaserat och har Socialstyrelsens modell (figur 1) för evidensbaserad praktik att förhålla sig till utifrån det verksamhetsområde som fysioterapeuten arbetar inom. Evidensbaserad praktik innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser (Socialstyrelsen, 2020). Vidare beskriver Socialstyrelsen (2020) att delaktighet är en förutsättning för evidensbaserat arbetssätt. Detta för att kunna anpassa insatsen efter den enskildes behov och på så sätt höja dennes motivation. Ett ökat ansvar för den enskilde kan bidra till att stärka självkänslan eftersom personens kunskaper och erfarenheter efterfrågas.



Figur 1. Den evidensbaserade modellen enligt Socialstyrelsen.

### Fysioterapiprocessen

Det klientrelaterade arbetet för fysioterapeuter beskrivs som ett kliniskt resonande och en beslutsprocess. Denna process benämns vanligen som fysioterapiprocessen eller som den kliniska resonerandeprocessen (Tyni-Lenné, 1983; Edwards, 2004) och kännetecknar ett etiskt och kritiskt resonande, grundat på specifik kunskap och reflektion som underlag för utförande av personcentrerad vård. Fysioterapiprocessen innehåller utredning, analys, fastställande av fysioterapi- eller funktionsdiagnos och prognos, målsättning och planering av åtgärder, genomförande av dessa och utvärdering av resultatet. Alla faser i processen sker i dialog med klienten. Processen gäller såväl hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande som terapeutiskt och rehabiliterande arbete och genomförs utifrån personens behov och mål. Likaså beskriver Ekman (2020) att terapeutiskt arbete bedrivs enligt en klinisk resonerandeprocess i dialog med klienten enligt principerna för personcentrerad vård. En personcentrerad målinställning i sjukgymnastik ses som en process av interaktion mot en ömsesidig förståelse av vad som är meningsfullt för patienten (Melin et al, 2021).

## Beskrivning av hälso- och sjukvården i ordinärt boende i aktuell kommun

Studien genomförs i en större kommun i Sverige. För att öka förståelsen om kontexten beskrivs i detta stycke den studerade kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation och fysioterapeutens arbete i ordinärt boende i kommunen. De professioner som representerar hälso- och sjukvården i den studerade kommunen är arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor, vilka ingår i tio geografiskt uppdelade hälso- och sjukvårdsteam samt två hemteam som är utredningsteam i samband med patienters hemkomst från sjukhus till ordinärt boende. Kommunen har ansvar över hälso- och sjukvården som utförs för dem som bor i ordinärt boende och är inskrivna i hälso- och sjukvård i hemmet och den största delen av patienterna är över 65 år.

Flertalet av fysioterapeuterna i den aktuella kommunen arbetar både på särskilt boende och i ordinärt boende. I ordinärt boende utför fysioterapeuten både kortare enstaka insatser och insatser där behov av längre behandlingsperioder finns. Då många av patienterna är multisjuka kan de ha ständigt pågående insatser eller ha varit inskrivna av fysioterapeuten i flera omgångar. Fysioterapeutens insatser för äldre patienter i hemmet är ofta bedömning av den fysiska funktionen som sedan mynnar ut i en behandling i form av till exempel träning eller utprovning av hjälpmedel. För patienter som är i behov av daglig träning i hemmet men inte klarar av att utföra sin träning på egen hand kan den ordinerade träningen utföras av hemtjänstpersonal i form av egenvård. Sedan 2014 har det pågått ett projekt inom hemrehabilitering (Johansson et al., 2021) som i skrivande stund är på väg att implementeras. Under projektets gång har tre hälso- och sjukvårdsteam arbetat strukturerat utefter den i projektet utarbetade hemrehabiliteringsprocessen. Dessa team har i samband med projektet haft utökade resurser i form av att fler arbetsterapeuter och fysioterapeuter då behandlingsupplägget innefattar att det i första hand är fysioterapeut eller arbetsterapeut som stöttar patienten med rehabiliteringen. Rehabiliteringsperioden inom projektet pågår upp till 12 veckor, vilket är längre än i de flesta behandlingsperioder som inte ingår i projektet. Hemrehabiliteringsprocessen är tydligt personcentrerad och aktivitetsinriktad där det är individen som själv sätter sina mål i sin rehabiliteringsplan och sedan utvärderar dem tillsammans med sjukgymnast och arbetsterapeut. En möjlig fördel med hemrehabilitering, eftersom den äldre befinner sig i en bekant miljö, är att arbeta rehabiliterande med patientens aktiviteter i sin vardag för att tillgodose dennes specifika behov (Randström Wengler et al., 2014). Äldre patienter uppfattar vikten av individuell rehabilitering med stöd från sjukgymnast som betydelsefullt för deras motivation och måluppfyllelse där både förbättrade fysiska, psykologiska och sociala hälsosfaktorer gör det möjligt för patienterna att bo hemma längre (Cederbom et al., 2020).

## God och nära vård

Som referensram i denna studie används God och nära vård, vilket är en pågående nationell satsning och omställning inom hälso- och sjukvården i Sverige (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2022a). Omställningen är högst aktuell och genomgående står patienten i centrum, där begreppen delaktighet, personcentrerad och egenvård är centrala i syfte att stärka patientens position. Denna satsning är stor och viktig och innebär vidare att hälso- och sjukvårdspersonal interagerar med invånare och flyttar fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. (SKR, 2022a). Nära vård beskrivs som ett förhållningssätt kring hur hälso- och sjukvården organiseras och ska utgå från patienters individuella behov, förutsättningar och önskemål där hänsyn tas till individens hela livssituation (SKR, 2022a). Regionernas och kommunernas primärvård behöver vara basen i hälso- och sjukvården och underlätta samordning med den specialiserade vården för att minska den slutenvård som kan undvikas. Omställningen strävar mot att förbättra vård och omsorg för personer som behöver flera olika vårdinsatser, däribland sköra äldre personer (Socialstyrelsen, 2022a). En del i den nära vården syftar till att ge patienten möjlighet till ansvar vid utförandet av sin behandling i form av egenvård (SKR, 2022a), vilket medför att regionernas och kommunernas arbete för att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv hemma blir allt viktigare, och som beskrivs i förarbetet Effektiv vård (SOU 2016:2). Begrepp som är centrala i god och nära vård och som är av betydelse för patientens möjligheter att vara involverad i och få ta beslut kring sin egen vård är delaktighet, personcentrerat förhållningssätt och egenvård. Begreppen beskrivs mer ingående nedan.

### Patientens delaktighet

Den samtida forskningen är i stort sett överens om att äldre personer vill vara delaktiga i sin egen vård och rehabilitering (Bastiaens et al., 2007; Bonifas et al., 2014; Johansson, 2021). Enligt Svensk ordbok

(Svenska akademien, 2021) betyder delaktighet "aktiv medverkan". Patientens delaktighet i sin hälso- och sjukvård beskrivs i Patientlag 5 kap. 1, 2 §§ (PL 2014:821): "Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten", vilket betyder att patienten mer eller mindre aktivt medverkar, beroende på om hen önskar det. Vidare beskriver Patientlagen (2014) hälso- och sjukvårdens skyldighet att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet där vissa behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Lagen poängterar även anhörigas medverkande vid utformning och genomförandet av vården, om det inte hindras av bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt (PL, 2014). Familjemedlemmars deltagande, psykosocialt stöd och autonomi har visat sig vara avgörande för att underlätta patientens aktiviteter och delaktighet i sin hälso- och sjukvård (Randström Björkman, et al., 2013). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) publicerar varje år en internationell undersökning om hälso- och sjukvården där äldre personer intervjuas. I undersökningen görs jämförelser med tio andra västerländska länder i världen. Frågor som rör patientens erfarenhet av hälso- och sjukvården, där upplevelser kring delaktighet och information studerats, har i Sverige visat sämre resultat jämfört med övriga länder (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Patienters delaktighet hindras kontinuerligt inom det traditionella sjukvårdssystemet, där experter betraktar patienter som passiva mottagare av vården. För att dessa omoderna vårdmodeller ska kunna ersättas av nya modeller som innefattar personcentrerad vård, krävs att patienten vänds från en passiv mottagare till en aktiv deltagare (Alharbi et al., 2014). Det finns många faktorer som påverkar patienters val vid beslutsfattande, där erfarenhet av sjukdom och medicinsk vård, diagnos, och hälsotillstånd är faktorer som lyfts fram (Alharbi et al., 2014). Hälsoreultat för äldre människor bör inkludera mått på delaktighet och välbefinnande och även vikten av ett vänligt bemötande och uppmuntran till att ta kontakt med vården belyses, då det indikerar att äldre människor inte vill vara till besvär, vilket kan fungera som ett hinder för vården (Toye Jenkins & Barker, 2021). Olaison et al. (2021) har studerat hur sköra äldre personer med omfattande vårdbehov och som bor hemma upplever sin delaktighet i vården och resultaten visade att de äldre framhåller både möjligheter och begränsningar för delaktighet på det personliga planet, det vill säga förutsättningar för att vara delaktig i direkt vård och i relation till självständighet. De relationsinriktade dimensionerna i samband med omsorgen har av äldre lyfts fram som de mest centrala aspekterna av omsorgen i relation till delaktighet med slutsatsen att den äldre personen bör involveras mer direkt i planering och genomförande av vården på alla nivåer. Näsström et al. (2017) har studerat patienters delaktighet i ordinärt boende. Resultatet visade sig genom två teman där det första temat var att delaktighet i vårdmötet möjliggjordes genom interaktion, dvs utbyte av vårdrelaterad information, resonemang och samarbete. Det andra temat som möjliggjorde delaktighet för patienten var en strategi som underlättade för patienten att uttrycka sina egna önskemål, visa ett aktivt intresse samt att sjuksköterskan var engagerad och bjöd in till dialog. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver ta hänsyn till varje individs unika upplevelser och ha insikt om betydelsen för patienten att vara hemma (Randström Björkman, et al., 2013). Att vara delaktig och sätta upp sina egna mål och klara av sina vardagsaktiviteter utan att vara beroende av andra människor har visat sig vara viktigt för patienter vid hemrehabilitering (Johansson et al., 2021). Rehabiliteringsarbete bör sträva efter att stödja en persons engagemang och på så sätt möjliggöra delaktighet i vardagen (Craik et al., 2008). Patienters delaktighet i hälso- och sjukvården har även undersökts genom en enkätstudie (Ernst Bravell & Torgé, 2019). Resultatet visade att äldre patienter i ordinärt boende såg det som viktigt att vara delaktiga i samtliga steg kring sina hälso- och sjukvårdsinsatser. Däremot skattade patienterna lägre i hur de faktiskt var delaktiga, då det visade sig vara svårt för många patienter att tolka innebörden av begreppet delaktighet.

#### Personcentrerat förhållningssätt

Personcentrerad vård är ett förhållningssätt som blir allt mer bekant och har vuxit sig starkare inom hälso- och sjukvården på global nivå (Ekman, 2020; Gothenburg's Centre for Person-Centered Care [GPCC], 2022; McCance et al., 2011). Vid ett personcentrerat förhållningssätt belyses vikten av patienters delaktighet, patientinflytande, och säkerhet (SKR, 2022b), vilket innebär att se varje enskild individ, involvera och anpassa efter hans behov och förutsättningar. Personcentrerad vård underbyggs av värderingar om respekt för människor, individuell rätt till självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse (Ekman, 2020; McCance et al., 2011; SKR 2022b) och syftar till att göra hälso- och sjukvården mer jämlik och kostnadseffektiv (Ekman, 2020; Gothenburg's Centre for Person-Centered Care [GPCC], 2022; SKR, 2022b).

Eftersom personcentrerad vård alltid måste utgå från individen så betyder personcentrerad vård i praktiken olika saker, i olika situationer, för olika individer. (SKR, 2022b). För att personcentrerad vård ska kunna utövas systematiskt och konsekvent behöver det implementeras rutiner som initierar, integrerar och säkerställer personcentrerad vård i det dagliga kliniska arbetet (Ekman et al., 2011). I praktiken innebär



det att arbetet är välplanerat och implementerat och mäts och utvärderas i interprofessionellt samarbete där klienten har en uppdaterad vård- och serviceplan, och där patienten är delaktig i alla steg (McCance et al., 2011). I implementeringen ingår även att skapa och främja terapeutiska relationer mellan alla vårdgivare, patienter och andra viktiga för patienterna i deras liv (McCance et al., 2011).

I vård- och omsorgsarbetet hos äldre personer i hemmet är personcentrering det grundläggande förhållningssättet och innefattar personens engagemang i sin egen vård, familjemedlemmars och vårdpersonals deltagande i vården, kommunikation och samarbete samt evidensbaserad kompetens hos professionen. För att uppnå personcentrerad vård och service i hemmet behöver alla dessa delar uppnås. (Sanerma Miettinen & Paavilainen, 2020). Vad som är en god eller personcentrerad rehabilitering kan inte fastställas innan mötet med en patient. Därför behöver rehabiliteringspersonal använda sig av ett personcentrerat förhållningssätt och i varje enskild situation överväga hur rehabiliteringen ska utföras på bästa sätt i varje moment vid mötet med patienter. Personcentrerade tillvägagångssätt kräver att fysioterapeuter i patientarbetet engagerar sig i att försöka förstå hela spektrumet av biomedicinska, psykologiska och sociala faktorer (Hammond, et al., 2020). I hemmet kan det personcentrerade arbetet till exempel innebära att kontaktvägarna in till vården underlättas, att personal och patienter tillsammans tar beslut om behandling och att hälso- och sjukvården ger stöd till patientens egenvård (SKR, 2022b).

### Egenvård

Egenvård definieras som förmågan att främja hälsa, förebygga sjukdomar, bibehålla hälsa och kunna hantera sjukdomar och funktionsnedsättningar hos personer, familjer och samhälle med eller utan stöd från vårdpersonal (World Health Organization [WHO], 2022). Vidare beskrivs egenvård som medvetna aktiviteter som individen själv initierar och utför för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande (WHO, 2022), vilket erkänner individerna som aktivt medverkande i att hantera sin egen hälso- och sjukvård. Egenvårdsinsatser låter individen äga sin situation och kan stärka individens egen förmåga att hantera sin situation, samt att påverka och styra sin egen vardag och stärka sina egna resurser (WHO, 2022). I svensk lag betonas att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att hen själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (PL, (2014), 5 kap. 1, 2 §§). Socialstyrelsen (SOSFS, 2009:6) definierar egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon i personens närhet kan utföra. Vad som är egenvård går inte att säga generellt, utan en individuell bedömning behöver göras. Patienten behöver ha förutsättningar för att själv kunna utföra egenvården på ett säkert sätt, eller att den hälso- och sjukvårdspersonal som har bedömt att egenvård är möjligt kan instruera någon att hjälpa till (SOSFS 2009:6). Om patienten inte kan utföra egenvården självständigt bedömer den legitimerade yrkesutövaren hur stödet runt patienten ser ut. Det kan fortfarande vara egenvård om åtgärden på ett säkert sätt kan utföras av exempelvis en nära anhörig eller hemtjänstpersonal. Om en åtgärd däremot kräver medicinskt utbildad personal är det istället hälso- och sjukvård (SOSFS 2009:6). Äldre personer i ordinärt boende som kontinuerligt blir skriftligt och muntligt vägledda i sin egenvård (D'Souza Prima et al., 2021) samt tar ansvar för sin egenvård är mer självständiga och har en högre livstillfredsställelse och självkänsla än de som inte vägleds eller tar ansvar för sin egenvård (Backman & Hentinen, 2001). Ett exempel på egenvård är när en fysioterapeut bedömer att en patient själv kan ta ansvar för att ordinerad träning utförs och handleder patienten eller annan person i patientens närhet, genom att både instruera övningarna fysiskt och lämna ett skriftligt program med bilder. Utföraren kan antingen vara patienten, närstående eller hemtjänstpersonal.

### Problemformulering

Med en växande äldre population där kommuner tar stort ansvar för multisjuka och sköra äldre personer i hemmet ställs nya krav på hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med patienter i ordinärt boende. I internationella jämförelser finns det brister i den svenska hälso- och sjukvården i att göra den äldre delaktig i sin vård och rehabilitering. Delaktighet kommer vid införandet av "god och nära vård" bli ett centralt begrepp som ska genomsyra hälso- och sjukvården. Delaktighet är av stor betydelse utifrån hur hälso- och sjukvården ska utformas för att uppnå den äldres behov. För att främja patientens delaktighet behöver fysioterapeuter ha ett personcentrerat förhållningssätt och stötta patienten i sin egenvård. När patienten är beroende av fysioterapeutens stöd vid rehabilitering i hemmet är det av vikt att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av äldre patienters delaktighet i en svensk kontext. Denna kunskap är begränsad, även om det vid litteratursökningen kan ha missats någon relevant studie för ämnet. De fåtal studier som funnits är studier med äldre patienters och

närståendes upplevelser i patientens delaktighet i sin rehabilitering i ordinärt boende (Ernst Bravell & Torgé, 2019; Randström Björkman et al., 2013; Randström et al., 2014). För att fylla dessa kunskapsluckor är syftet med studien därför att ta reda på vad fysioterapeuter har för erfarenheter av patienters delaktighet i ordinärt boende. Denna kunskap kan i förlängningen leda till ett vidgat personcentrerat förhållningssätt hos fysioterapeuter, vilket i sin tur kan öka patienters delaktighet i sin rehabilitering.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva fysioterapeuters erfarenheter av äldre patienters delaktighet sin rehabilitering i ordinärt boende. Ur syftet formulerades två specifika frågeställningar enligt nedan.

Hur arbetar fysioterapeuter för att möjliggöra äldre patienters delaktighet i fysioterapiprocessen i ordinärt boende?

Vilka faktorer möjliggör eller hindrar äldre patienters delaktighet i fysioterapiprocessen i ordinärt boende?

## Material och metod

### Design

En kvalitativ design med induktiv ansats användes utifrån att syftet utgick från deltagarnas erfarenheter av ett fenomen som beskrevs. För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer (Henricson & Billhult, 2017). Målet med kvalitativ forskningsintervju är att fånga intervjupersonens upplevelse. Därför ansågs en intervjustudie vara lämplig med tanke på studiens syfte där informanternas erfarenhet undersöktes.

### Urval och tillvägagångsätt

Undersökningsgruppen valdes ut genom ändamålsenligt urval (Henricson & Billhult, 2017). Ändamålsenligt urval syftar till att välja personer som kan beskriva fenomenet på ett informationsrikt sätt. För att studien skulle komma till så stor nytta som möjligt i den verksamhet där jag arbetar, ville jag spegla denna kontext. Urvalet begränsades därför till de som arbetar i samma verksamhet som mig. I denna studie betyder det att urvalet innefattade fysioterapeuter som var anställda i aktuell kommun och hade erfarenhet av att arbeta med patienter över 65 år i ordinärt boende. För att få informanter till studien tillfrågades inledningsvis den chef som ansvarar för samtlig hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen. Kontakten skedde via epost där ett informationsbrev till chef fanns med (se bilaga 1) och hen kontaktade sedan informanterna via epost där informationsbrev till de potentiella informanterna (se bilaga 2) bifogades. Informationsbrevet beskrev studiens syfte och upplägg, informerat samtycke, att informanten när som helst kunde avbryta studien samt information om att all data skulle hanteras konfidentiellt. I brevet fanns även e-postadress tillagd, dit de som önskade att delta i studien skulle skicka sitt svar. Då ingen potentiell deltagare hade hört av sig efter en vecka gav chefen tillåtelse att ta kontakt med informanterna via epost där samma information och förfrågan om deltagande som tidigare upprepades. Efter en andra påminnelse tackade åtta av knappt fyrtio tillfrågade ja till att delta i studien, varav fem var kvinnor och tre var män. De representerade fem olika team med tre informanter från ett team, två informanter från ett team, och tre informanter från tre andra team. Sex av informanterna arbetade i de tre olika hälso- och sjukvårdsteam där projekt hemrehabilitering ingick. Åldersspridningen var mellan trettiosex och fyrtioåttio år, där kvinnorna var mellan trettiosex och fyrtio år och männen mellan trettiosex och fyrtioåttio år. Antalet år i yrket hade en spridning mellan sju och arton år och yrkeserfarenhet med patientgruppen äldre patienter i ordinärt boende varierade mellan ett och elva år. Samtliga informanter var födda i Sverige.

### Datinsamling

Datinsamlingen bestod av kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Huvudsakligen användes öppna frågor, men samtidigt följde frågorna en viss struktur med fyra huvudfrågor. Vid behov fanns det även nedskrivna följdfrågor i intervjuguiden (Danielson, 2017b). Intervjuerna genomfördes under två veckor i mars 2022.

Intervjuguiden (se bilaga 3) testades initialt genom en pilotintervju med en fysioterapeut med lång erfarenhet av att arbeta med äldre patienter i ordinärt boende. Diskussion med handledaren resulterade i viss justering av frågorna i intervjuguiden. Den huvudsakliga justeringen innebar att en fråga kring begreppet delaktighet togs bort, då frågan i provintervjun inte gav något innehållsrikt svar, utan uppfattades som att personen skulle kunna beskriva den ordagranna betydelsen av begreppet delaktighet. Vidare så lades en fråga till, där deltagaren fick beskriva en situation där det fanns utmaningar i att möjliggöra patienters delaktighet. Denna fråga lades till eftersom en fråga kring ett riktigt patientfall förväntades ge rikare svar. Efter det genomfördes samtliga intervjuer på informanternas arbetsplatser, men möjlighet till digital intervju gavs om det hade önskats. Innan intervjun påbörjades gav informanterna skriftligt samtycke och garanterades konfidentialitet (se bilaga 4). De tre begreppen rehabiliteringsplan, som fanns med i informationsbrevet i studiens syfte, rehabiliteringsprocessen som fanns med i intervjuguiden samt fysioterapiprocessen som beskrivs i studiens bakgrund hade samma innebörd i studien. Intervjun började med att intervjuaren och informanten klargjorde dessa tre begrepp och var samstämmiga i att de hade samma betydelse. Intervjuerna spelades in genom ljudupptagning med mobiltelefon. Om mobilupptagningen av någon anledning skulle höras dåligt användes även dator genom automatisk transkribering i Word, för att på så sätt kunna jämföra de båda inspelningarna som en försäkran om att det som sagts hade uppfattats korrekt. Intervjuerna varade mellan sju och tjugo minuter.

## Analys

Analysen genomfördes i form av en kvalitativ konventionell innehållsanalys enligt Danielson (2017a). Kvalitativ konventionell innehållsanalys är en induktiv analys där koder, kategorier eller teman utgår från textens innehåll och som följer ett antal steg. Sex steg har använts vid studiens analys då steg sju endast används vid bildning av tema. Det första steget var att intervjuerna transkriberades genom att lyssna på ljudinspelningen och justera den datortranskriberade texten ordagrant, efter det skedde inläsning av de transkriberade intervjuerna flera gånger. I steg två strukturerades intervjuerna i nummerordning. I steg tre lades intervjutexterna in i en mall och lästes igenom flera gånger igen. Mallen bestod av kolumner för text, meningsenhet/kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori. I steg fyra plockades textens meningsenheter ut och meningsenheterna kondenserades genom att stryka under det kondenserade innehållet. I steg fem kodades den kondenserade texten genom att beskrivas med ett par eller ett enstaka ord. I steg sex grupperades koderna för att synliggöra kategorier och underkategorier. I denna studie skapades först de tre kategorierna. Utifrån kategorierna synliggjordes sedan underkategorierna. I samband med detta sista steg formulerades namnen på kategorierna och underkategorierna om flera gånger innan de slutgiltiga namnen fastslogs. Nedan följer en tabell med ett exempel på analysprocessens förfarande enligt Danielsson (2017a).

Tabell 1. Meningsenhet/kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori. Kolumnen för text fanns med längst till vänster, men utesluts i detta exempel.

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...något typ av prat liksom, som gör att man kan guida patienten i målformuleringen också.	Vägleder mål	Fysioterapeuten vägleder	Möjliggörande och stödjande under rehabiliteringsprocessen

## Etiska överväganden

Studien följer de forskningsetiska principer och riktlinjer som finns vid genomförande av intervjustudier; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002). Samtliga av dessa krav är uppfyllda i studien.

*Informationskravet* har uppfyllts genom att informanterna informerades om studien via informationsbrevet (bilaga 2). I informationsbrevet beskrevs det vad det innebar för informanten att delta i studien. Informanterna gavs i samband med brevet även möjlighet att ställa vidare frågor om studien. Då urvalet var ett ändamålsenligt urval och att författaren är fysioterapeut och har samma arbetsgivare som informanten, kunde det finnas en bekantskap mellan dessa två. För att minska risken att det påverkade studiens resultat förtydligades att författaren intervjuade informanten i egenskap av student. Utifrån bekantskapen skedde även ett samtal före intervjun, där det poängterades att tillfället var en intervju där informanten skulle svara på frågor utifrån sin erfarenhet och att det inte fanns några fel eller rätta svar. I samband med samtalet gavs möjlighet att ställa vidare frågor om studien.

*Samtyckeskravet* innebär att det före datainsamling krävs att inhämta samtycke vid deltagande i intervjun. För att undvika att påverka informanterna om valet att delta eller inte, togs enbart kontakt via mejl, där samtliga informanter fick samma inbjudan med bifogat informationsbrev. I informationsbrevet beskrevs det att informanterna genom noggrant övervägande och betänketid kunde välja att delta i studien eller inte samt att informanterna när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan i studien (Kjellström, 2017). Samma information om samtycke gavs även muntligt i samband med intervjun. Deltagaren fick bekräfta och godkänna samtycke genom att signera en samtyckesblankett (bilaga 4).

*Konfidentialitetskravet* innebär att informantens identitet inte kan urskiljas. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och fördes därefter direkt över till dator med lösenord, som ingen annan än författaren känner till. Informanternas personuppgifter har inte förvarats tillsammans med data. För att minska risken att intervjupersonernas identitet kunde spåras har resultatet av identifierats, det vill säga, presenterats så att information och eventuella citat från intervjuerna inte kunnat identifiera informanterna. Därutöver har inte kön, ålder, antal år i yrket eller antal år med aktuell patientgrupp för varje enskild informant åskådliggjorts. Materialet finns sparad på en lösenordskyddad dator så länge som studien pågår. Efter godkänd uppsats kommer materialet att förstöras.

*Nyttjandekravet* är uppfyllt på så sätt att insamlad data enbart kommer att användas för den aktuella studien. Samtliga informanter kommer om de önskar att delges ett färdigt exemplar av det slutliga arbetet.

## Författarens förförståelse

Förförståelse innebär det vi kan och vet om ämnet redan innan en studie påbörjas. Det handlar både om vad jag lärt mig kring studieobjektet, men även om de värderingar och erfarenheter i livet som finns sedan tidigare som kan påverka studien (Priebe & Landström, 2017). Det har därför varit viktigt att vara medveten om förförståelsen vid utförandet av studien. En stor del av min förförståelse grundar sig i att jag vid intervjutillfället var anställd som fysioterapeut i den aktuella kommunen. I sjutton års tid har jag i mitt kliniska arbete mött samma typ av patientgrupp som informanterna arbetar med. Under dessa år har jag fått ökad kunskap om vad arbetet med äldre patienter i ordinärt boende innebär, vilket har fått mig att reflektera över patienternas delaktighet i fysioterapiprocessen.

## Resultat

Analysen resulterade i följande tre kategorier där fysioterapeuter beskriver sina erfarenheter av patienters delaktighet i sin rehabilitering i ordinärt boende:

1. Faktorer som möjliggör delaktighet
2. Delaktighetens barriärer
3. Ett mer självständigt liv

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier med exempel på meningsbärande enheter.

Kategorier	Underkategorier	Meningsenheter
Faktorer som möjliggör delaktighet	Dialog/Lyssna in	Ett inlyssnande sätt, att inte göra så mycket första gången
	Förändrat synsätt	Jag har jobbat med patientgruppen ett tag och förstår betydelsen av att patienten ska vara delaktig
	Fysioterapeuten vägleder	Försöker ge förslag på hur man skulle kunna formulera ett mål
	Patientens aktiva medverkan	En del är ju jättetydliga med vad de vill kunna
Delaktighetens barriärer	Individens tillstånd och inställning	Inte är kapabla att själva se sina resurser eller se vilka problem
	Professionens agerande	Lätt att man styr och föreslår en behandling
	Anhöriga styr	Anhöriga som vill och patienten inte vill
	Organisation och miljö	Resursfråga, mycket att göra på jobbet
Ett mer självständigt liv	Motivation och resultat	Inre motivationen som är mycket mer hållbar på sikt...där ser man bäst resultat
	Egenmakt	Rehabilitera så att patienten kan få leva lite mer som den vill

### Faktorer som möjliggör delaktighet

De underkategorier som ingick i kategorin faktorer som möjliggör delaktighet var *Dialog/Lyssna in*, *Förändrat arbetssätt*, *Fysioterapeuten vägleder* och *Patientens aktiva medverkan*. Informanterna beskrev att de har en dialog med patienterna under hela fysioterapiprocessen. Vikten av att lyssna in vad patienten upplever och har behov av att få hjälp med belystes genom samtliga intervjuer. Informanterna berättade att ju längre tid de har arbetat som fysioterapeuter, desto mer personcentrerat har arbetssättet blivit. Att informanterna ser patienten i hela sin kontext och vid behov vägleder patienten under hela fysioterapiprocessen lyftes fram. Informanterna menade att de strävar mot och ser det som en förutsättning att patienterna vill medverka aktivt i sin rehabilitering i hemmet för att möjliggöra delaktighet.

*Se hela situationen, hela människan och vad som är viktigt och hur vardagen fungerar (I 3).*

#### Dialog/Lyssna in

Att lyssna in och ha en dialog med patienten under hela fysioterapiprocessen var genomgående i informanternas berättelser. De berättade att dialogen är en förutsättning för att "få med patienten på tåget". Ett inlyssnande förhållningssätt beskrevs som självklart vid initieringen av en behandlingsperiod som ett första steg innan professionens bedömning görs. Informanterna berättade att de vid initieringen av en behandlingsperiod frågar om lov att få komma hem till patienten för ett besök. Som ett led i att ge patienten möjlighet till delaktighet får patienten starta med att berätta sin del av problemet och informanterna ställer frågor om patientens egen upplevelse under hela processens gång. Att inte enbart gå på en skriftlig anamnes, utan att patienten får berätta sin bakgrund och intressen var av vikt för informanterna. Vidare berättade informanterna att de observerar vad som kan vara aktuellt att veta om patienten initialt, till exempel hur patienten förflyttar sig i sitt hem. Vid tillfällen där informanten och patienten har olika bild av vilket problem som finns kring patientens fysiska funktion sker en dialog för att gemensamt komma fram till en behandlingsplan. Informanterna poängterade att det är av vikt att parterna är överens när behandlingen påbörjas för att patienten ska känna sig delaktig i beslutet. Sammantaget förs det en diskussion med patienten för att få reda på vad hen förväntar sig och vad fysioterapeuten har att erbjuda och ibland landar det i en kompromiss mellan patientens och informantens förslag.

*Det viktiga är väl att lyssna in tycker jag. För att ofta har man kanske själv en bild ganska direkt vad man vill åtgärda eller vad man själv ser som ett problem, men det är ju inte alltid det överensstämmer med patientens bild av problemet (I 1).*

*Sen i hur stor grad som patienten upplever att man är delaktig, eller att man anpassar sig efter den som kommer i hemmet. Det är ju någon annans upplevelse att svara på. Men det är lättare att ha någon med sig, som känner, att ja men det här är okej, det här jag har själv gått med på, än att nu kommer någon och ska tvinga mig (I 3).*

#### Förändrat arbetssätt

Informanterna berättade om hur professionens arbetssätt kan skapa delaktighet för patienten och de beskrev att arbetssättet har förbättrats för att ge patienten större möjlighet till delaktighet. En anledning som nämns är att lagstiftningen belyser delaktighet och att begreppet delaktighet arbetats med i samband med journalgranskning i verksamheten. Vidare nämndes en ökad kunskap om och kompetens kring patientgruppen och ju mer erfarenhet informanterna har fått av att möta äldre patienter i ordinärt boende desto mer personcentrerat har deras arbete blivit. Informanterna beskrev att de när de var nya i yrket följde skolboksexemplet från utbildningen mer än idag. Ju längre tid i yrket och ju mer erfarenhet informanterna har med patientgruppen, desto mer avslappnat och flexibelt förhållningssätt berättade de att de har fått. Istället för att redan innan patientmötet planera behandlingen, känner de sig bekväma med att starta besöket utifrån ett oskrivet blad där patienterna är med och skriver bladet.

*Den terapeutiska blicken blir liksom mindre viktig, även om den finns där, så är det lättare att utgå ifrån patienten ju mer erfarenhet man har, tycker jag... Att man inte trycker lika mycket på det kanske, som är... enligt skolboken, det här ska du ha klarat efter så lång tid, utan det är mer patientens upplevelse av sig själv och målen och funktionen (I 7).*

En annan faktor som möjliggör patienternas delaktighet och som informanterna belyste är det förändrade arbetssättet vid rehabiliteringen i hemmet som skett de senaste åren genom projekt hemrehabilitering. Med projektet har arbetet strukturerats upp till att vara ännu mer personcentrerat och aktivitetsinriktat än tidigare. Att ha en aktivitetsinriktad målsättning utefter varje enskild individs behov, istället för enbart mål som är riktade mot att förbättra en viss kroppsfunktion, kan öka patienternas delaktighet i sin behandling enligt informanterna. Vidare berättade informanterna att projekt hemrehabilitering även har lett till en mer strukturerad uppföljning, där patienten själv gör sin bedömning kring måluppfyllelse, vilket har ökat delaktigheten.

*Så att de är ju, alltså, sjukt mycket mer delaktiga i detta än vad de var när vi inte hade hemrehab... vi tränar ju mycket mer aktiviteter. Det de vill kunna. Inte bara att vi står och balanstränar i ett hörn som de inte vet vad det ska leda till, utan att man tränar balans i aktivitet och så också (I 2).*

Informanterna beskrev att ett framgångsrikt sätt att nå fram till patienterna är att bygga upp en relation genom att skoja och småprata med patienten under besöket. Vid situationer där det kan vara extra utmanande att delaktiggöra patienter, till exempel hos patienter med kognitiv svikt, berättade

informerarna att den relationsbyggande strategin kan vara än viktigare. Genom ett individanpassat möte med patienten kunde delaktighet möjliggöras.

*...skoja lite med dem och upprätthålla lite chitchatt, kanske bråkar med dem också lite grann och lägga det på ett sådant socialt plan. Det brukar ju funka för mig för att upprätthålla delaktigheten. De ser fram emot besöket (I 6).*

Informerarna skildrade att vid situationer där det uppstått svårigheter mellan informanten och patienten kan handledning av kollegor leda till att informanten får med sig nya verktyg att nå fram till patienten och på så sätt öka hans delaktighet. Vid de tillfällen som hemtjänstpersonal utför insatser som informerarna ordinerat menade informerarna att fysioterapeutens roll blir att informera och utbilda hemtjänsten kring vad som är viktigt för patienten kring träningen för att patientens delaktighet ska upprätthållas.

*Nej, men då diskuterar jag kanske med mina kollegor, för att få andras perspektiv på vad jag kanske ser lite blind från min situation, så. Och oftast då så... får man någonting som man kan diskutera med patienten, och det är ju väldigt sällan som det blir något problem då (I 5).*

Nyckelfaktorer för delaktighet och en viktig del av informerarnas arbetsuppgift är att motivera patienterna genom hela behandlingsperioden och uppmuntra till självständighet. Vidare nämndes att fysioterapeuter är bra på att se hela patienten och dess situation och att det helt enkelt är fysioterapeutens arbetsuppgift att delaktiggöra patienten.

*...att man ser hela situationen hemma, att vi får de delaktiga i alla bitar under dagen liksom. Så jag tycker vi har kommit ganska långt där i tänket (I 4).*

#### Fysioterapeuten vägleder

Utifrån sin expertis menade informerarna att patienten är delaktig vid situationer kring målformulering, bedömning och rekommendationer. Samtliga informanter berättade att patienten kan behöva vägledning vid målformuleringen i samband med initieringen av behandlingsperioden. Informerarna berättade att det är ju de som är experter på fysioterapi, medan patienten är expert på sig själv och det belystes att en professionell bedömning görs i samband med initieringen och målformuleringen. Vidare beskrevs att även om målformuleringen görs av patienten, kan patienten ha svårt att själv formulera sina mål, de behöver ofta guidning. Enligt informerarna sätter en del patienter upp mål som ligger långt in i framtiden och då berättade informerarna att de hjälper patienten att bryta ner det övergripande målet i mindre delmål. Om det framkommer att informanten uppfattar patientens målformulering som orealistiskt vägleds patienten mot ett mer realistiskt mål.

*...svårt för en del att formulera mål, att man har en, mer en känsla av att vilja bli bättre på något, eller generellt vill öka sin styrka eller rörlighet i samhället eller vad som helst. Och då tänker jag att man utifrån sin erfarenhet kanske...målar upp alternativ för patienten som hen sedan väljer (I 7). Men vissa patienter kanske man kan behöva hjälpa lite att hitta mål som är realistiska...(I 4).*

Vid val av behandling, då ofta i form av träning, nämnde informerarna att typen av träning för att nå målet ofta är bedömd och föreslagen av informanten. Däremot menade informerarna att hur, när och vart träningen ska utföras mestadels bestäms av patienten. Likaså beskrevs när informerarna ser behov av att patienten behöver en rollator, då rekommenderar informanten det, men det poängterades att det alltid är patienten som tar beslutet om hen vill ha en rollator eller ej. Informerarna berättade att de utifrån sin profession och kunskap ibland ser ett behov av att patienten bör träna mer än vad patienten vill. Samtidigt som de förordar det, är det i slutändan patienten som beslutar om träningsmängden.

*...den som får bestämma... i den mån han klarar av det. Antingen att välja ut övningar, hur många övningar det ska vara, vad de själva tror är rimligt att klara av i veckan, hur många gånger kommer de kunna utföra det (I 8).*

#### Patientens aktiva medverkan

Informerarna berättade att patienten äger sitt ärende och att hen har möjlighet till inflytande genom att själv få ta beslut, välja och tycka till om vad som ska ske. De patienter som bor i ordinärt boende har enligt informerarna mestadels goda förutsättningar till att vara delaktiga då de överlag har god kognitiv förmåga och är ganska självständiga.

*...det är ju ofta de som får säga eller komma fram till hur de ska göra detta....antingen får de ju ta ställning till om det är något de klarar att göra själva eller med stöd av anhöriga i hemmet eller om det är så att man ska koppla in till exempel hemtjänsten för att hjälpa till... (I 1).*



Initieringen till en behandlingsperiod kommer enligt informanterna oftast från patienten, där hen ringer och efterfrågar hjälp. Vidare berättade informanterna att det kan vara en anhörig eller annan personal som har haft kontakt med patienten, men informanterna utgår från att samtycke finns och att initieringen ursprungligen kommer från patienten. Informanterna beskrev att den varierade möjligheten för patienten att ta kontakt, både via annan personal och via telefon direkt till fysioterapeuten med daglig telefontid, kan upprätthålla patientens delaktighet. Vidare talade informanterna om att patienten utefter sin målformulering även får föreslå hur hen vill lägga upp behandlingsperioden och välja mellan olika övningar och antalet övningar som syftar till att nå upp till målet, men även när och var träningen ska utföras.

*För de har ju mycket, ofta har de ju ganska mycket (skratt) mycket tider bokade. Det kan ju vara liksom andra grupper eller, ja, gruppverksamheter, eller träffpunkten eller liksom att hemtjänsten kommer vissa tider och så. Så där är ju patienten delaktig (I 7). (Angående bokning av tider).*

För de patienter som själva väljer att vara passiva mottagare till sin behandling, blir delaktigheten enligt informanterna där att det är patienten själv som tar beslutet att inte vilja vara aktivt medverkande i sin behandling. Vidare menade informanterna att den optimala delaktigheten dock är när patienten själv är aktiv och tar ansvar för sin behandling och när patientens ansvar och del i sin behandling är klargjord genom samverkan och överenskommelse mellan patienten och informanten. Det skildrades även situationer när patienter säger ifrån och inte vill ta emot hjälp och att det vid dessa tillfällen alltid är patienten som bestämmer, vilket enligt informanterna ses som patientens delaktighet i beslutet. Det belystes vidare att patienten uppmuntras till att själv ta kontakt om problem skulle uppstå under behandlingsperioden. Vid uppföljning av behandlingsperioden är det patienten som tar beslutet om hen vill ha uppföljningen i hemmet eller via telefon eller ingen uppföljning alls. Det beskrevs att patienten i förväg informeras om vad som kommer att hända i samband med uppföljning, vilket ger patienten större möjlighet till delaktighet under uppföljningen. Vidare berättade informanterna att patienten själv får skatta hur hen har nått upp till sina mål för att kunna vara delaktig även där. Det belystes, att hur delaktiga patienterna känner att de är under fysioterapiprocessen, är bara något som patienterna själva kan svara på.

*...vi lyssnade på honom och backade när han kände sig, inte trängd, men att han kände sig, att "det här vill inte jag, vill inte lägga mig ner i sängen och sätta mig upp och lyfta armarna i vädret, jag vill inte det" Och då fick man med honom på tåget. Hade vi kört på så tror jag vi hade mist honom (I 2).*

## Delaktighetens barriärer

Under kategorin delaktighetens barriärer framträdde underkategorierna *Individens tillstånd och inställning, professionens agerande, organisation och miljö* samt *anhöriga styr*. Om individens fysiska och mentala tillstånd är nedsatt kan delaktigheten enligt informanterna begränsas. Informanterna belyste att brist på motivation samt inställning till behandlingen kan hindra delaktigheten. Informanterna framhöll att om fysioterapeuten inte agerar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt blir patientens delaktighet bristfällig. Vidare beskrevs att organisatoriska hinder kan hindra patientens delaktighet i form av tidsbrist och ofullständig samverkan med och kunskap hos andra professioner samt att miljön kring patienten kan motverka hens delaktighet. Informanterna nämnde att en utmaning för delaktighet är när anhöriga motarbetar, styr och bestämmer över patientens rehabilitering och att patientens egna önskemål vid dessa tillfällen inte blir tillgodosedda.

### Individens tillstånd och inställning

Samtliga informanter beskrev att patientens mentala tillstånd blir en barriär för delaktighet. Kognitiv svikt framhölls genomgående genom informanternas berättelser som en faktor där delaktigheten utmanas. Enligt informanterna kan detta bli extra utmanande vid restriktioner efter till exempel en axelfraktur där de med sin expertis behöver skydda patienten från ytterligare skada och därför inskränka på självbestämmandet. Detta för att patienten inte ska drabbas av ökade komplikationer på grund av att de inte själva kan hantera sina restriktioner och vid dessa tillfällen kan oftast bara den mest nödvändiga träningen utföras och bara om patienten har gått med på att träningen utförs. Även psykisk sjukdom och språk kan enligt informanterna vara barriär för delaktighet eftersom kommunikationen mellan informanten och patienten kan försvåras.

*...när hon varken pratar språket och dessutom är gravt demenssjuk och har väldigt nedsatt hörsel. Där var det ju jättesvårt. Och misstänksamhet mot alla främlingar. Där var det jättesvårt, där kommer man inte så långt (I 3).*

Det belystes att patienten ibland har svårt att se sin del i överenskommelsen vid behandlingsupplägget, där hen förväntas vara en aktiv medverkare som utför en del av sin träning själv, men istället intar en passiv roll som i sin tur leder till sämre behandlingsresultat. Vid dessa tillfällen minskar delaktigheten enligt informanterna och det nämndes att patienterna emellanåt vill att fysioterapeuten kommer med en färdig lösning. Enligt informanterna litar patienter på professionens expertis och väljer därför att vara passiva mottagare under behandlingsperioden. Sjukdom och skada i sig kan enligt informanterna ge mindre ork för patienten att medverka aktivt i sin behandling eller överhuvudtaget orka med att träna. Vidare beskrev informanterna att patientgruppen äldre kan sakna resurser på så sätt att de kanske inte orkar vara med och ta beslut eller inte vill vara till besvär. De väljer då att inta en passiv roll genom att inte ta kontakt när behov uppstår eller att vara passiva vid upplägget av sin behandling.

*...det är ju ofta det här kanske att man har förväntningar om att få mer hjälp. Att mer, någon annan ska komma hem och träna med mig eller göra andra passiva behandlingsmetoder som kanske inte finns evidens för, eller ja, som man inte arbetar med liksom, och då kanske de liksom inte tycker att man kan möta upp deras behov tillräckligt (I 1).*

Att patienten har önskemål om behandlingar, till exempel massage, som inte ingår i informantens arbetsuppgift förekommer också enligt informanterna, vilket kan leda till mindre delaktighet för patienten. Detta eftersom patienten inte tycker att informanten kan tillgodose patientens behov om patienten inte får bestämma behandlingsupplägget. Likaså berättade informanterna att det finns patienter som ställer krav som överstiger deras behov, till exempel att träningen ska ske oftare än vad informanten bedömt. Det kan leda till att informanten sluter sig mer och inte bjuder in patienten till vidare dialog.

*Om jag märker att det är en patient som är väldigt bestämd och som vill mycket och ställer stora krav, kanske orimliga krav. Då tror jag att jag skyddar mig lite genom att snäva in det och inte gör patienten så delaktig (I 5).*

#### Professionens agerande

Även professionens agerande kan enligt informanterna begränsa delaktighet. Informanterna beskrev att det kan vara lätt att glömma bort att delaktiggöra patienten då informanten är färgad av sin egen erfarenhet och tankar kring rehabiliteringen. Informanterna utgick ifrån att patienten är delaktiggjord genom informerat samtycke i samband med ny kontakt även om de inte har försäkrat sig om det. Det berättades att informanten i samband med besök glömmar bort att sätta upp tydliga mål tillsammans med patienten, och istället formulerar målen senare ensam i samband med dokumentationen. Informanterna belyste att målformuleringen i fysioterapeutprofessionen i grunden kan vara mer funktionsinriktad än aktivitetsinriktad, det vill säga att mål med till exempel ökad styrka och rörlighet sätts upp istället för aktivitetsmål. Enligt informanterna kan det leda till att patienten inte förstår syftet med sina mål och att det i sin tur kan minska patientens delaktighet i sin behandling. Informanterna berättade att en barriär för patientens delaktighet kan vara när informanten föreslår och planerar åtgärder utan bjuda in patienten i planeringen hela vägen. Det skildrades genom tillfällen när informanten snabbt vill komma fram till en lösning av ett problem. Vidare beskrevs det att fysioterapeuter kan behöva hjälp med tankesättet kring delaktighet, framförallt för de som är nya i yrket. Till exempel saknas det i verksamheten utbildning och checklistor kring delaktighet som skulle kunna vara till hjälp för att strukturera upp arbetet.

*Ofta så blir det ju att du kommer dit och så mäter du av, att ok, så och så är det, och vi skulle kunna komma till detta och detta, och då säger de "Ja, men då gör vi det". Det är inte så mycket att vi skulle kunna komma till detta för att du ska kunna plocka dig ett glas på översta hyllan därifrån (I 6).*

#### Organisation och miljö

Samtliga informanter beskrev att patientens delaktighet kan begränsas av brist på tid och resurser. Emellanåt blir arbetet på grund av detta stressigt och möjligheten till att ge patienten förutsättningar till att vara delaktig minskas i samband med det. Vidare nämndes att professionens arbetstider kan göra att patientens önskemål kring besökstider inte alltid går att infrias.

*Alltså sen är det ju också en resursfråga, om man har mycket att göra på jobbet, då kanske man blir lite mer så här, att "nej, men här har vi höftträningsprogram" och så gör vi det, då har vi gjort det som kan krävas av oss, eller det som är rimligt....då har vi en lägstnivå liksom. Då blir man ju inte så...det är svårare att få patienten delaktig om man är stressad (I 5).*

Informanterna berättade att det ibland händer att de behöver gå emot patientens vilja på grund av att hänsyn behöver tas till informantens och hemtjänstpersonalens arbetsmiljö i samband med besök

hemma hos patienten. Det handlar då ofta om att en förflyttning som patienten önskar ses som tung och riskfylld för personalen. Mot patientens vilja kan förflyttningen därför utföras på ett säkrare sätt för personalen. En annan miljöaspekt som nämndes är att den fysiska omgivningen kan hindra patienten att vara delaktig och självständig i sin rehabilitering på grund av fysiska hinder som trappor och tunga dörrar som patienten inte klarar av att hantera själv, vilket minskar patientens möjlighet till aktiv medverkan i sin behandling.

*Nä, men det är ju lite et här med arbetsmiljöproblem liksom, när inte patienten, när man måste komma till en lösning för att hjälpa dem på bästa sätt och de absolut inte vill. Då är det ju svårt hur man ska komma vidare...(I 4).*

Informanterna nämnde att vid de tillfällen som hemtjänstpersonalen utför ordinerade insatser åt informanten i form av egenvård kan det uppstå barriärer för delaktighet. Hemtjänstpersonalen får till sig att en specifik träning ska utföras enligt ordination, men att nå fram till hemtjänstpersonalen och att de förstår varför träningen är viktig för patienten kan vara utmanande om inte patienten själv kan delge sina önskemål för personalen.

*Och då vet man ju inte hur ofta hemtjänstpersonalen lyssnar in patientens önskemål i det! Om de bara går på "det här har vi fått till oss, att det här ska vi göra" det är ju ofta en viss träning, en viss tid...(I 1).*

#### Anhöriga styr

Genomgående berättade informanterna att anhöriga kan vara en barriär för patientens delaktighet i sin behandling. De beskrev att det finns anhöriga som går över huvudet på patienten och ringer om ett problem som inte patienten upplever att den har. Vidare nämnde informanterna att det finns tillfällen då patienten inte vill eller orkar träna, men att anhöriga kör över patienten då de till exempel vill att hen ska träna eller skaffa sig en rollator. Ibland kan det, enligt informanterna, vara så att patienten inte riktigt vågar eller kan ta initiativ att framföra sina önskemål, utan hen backar tillbaka och låter den anhörige bestämma. Vidare talade informanterna om att anhöriga kan styra upplägget av behandlingen och att detta blir ett extra hinder att komma förbi för att patienten ska kunna medverka aktivt i sin behandling. Informanterna berättade även att anhöriga kan motarbeta i samband med hembesök och att det finns anhöriga som inte vill släppa in personal i hemmet trots att patienten vill ha hjälp med sin träning.

*Men där maken då försvarade, att hemtjänsten inte fick komma in och hjälpa till med gångträningen. Det blev mycket mindre än vad jag som fysioterapeut önskade och vad patienten önskade (I 8).*

*Vad vill patienten och vad vill anhöriga? Det kan ju gå i kontrast, och det kan ju bli utmanande då om patienten inte kan tala för sig så väl, eller om det finns anhöriga med väldigt stark vilja, eller av andra skäl är pådrivande....ibland blir man ju lockad då att göra de som skriker högst nöjda och då kanske inte patienten får riktigt som den vill (I 5).*

#### Ett mer självständigt liv

Kategorin Ett mer självständigt liv skildrades i underkategorierna *Motivation och resultat* samt *Egenmakt*. Informanterna betonade att delaktigheten gör patienterna motiverade till sin behandling, vilket i sin tur i slutändan leder till positiva resultat av behandlingen. Vidare menade informanterna att med delaktigheten kan patientens livskvalitet höjas.

#### Motivation och resultat

Att patienten är delaktig i sin behandling var enligt informanterna grunden till ett lyckat resultat och det lyftes fram att det är av vikt att patienten förstår vad det är som görs och varför det görs. Om patienten ges möjlighet för delaktighet genom att de får vara med och sätta upp sina mål och bestämma om sin behandling är det större chans att patienten följer behandlingsupplägget och utför sin egenvård. Informanten får då med patienten på tåget och hen blir mer träningsmotiverad, vilket leder till ett bättre behandlingsresultat. Delaktighet gör att patienterna lättare hittar sin inre motivation, vilket kommer att leda till mer hållbara och bättre resultat.

*Ja, men det är ju det som lägger grunden till att man får ett lyckat resultat. För om inte patienten själv är med på vad som behöver göras och de inte ser sin delaktighet i det, så är det ju svårt att nå någonstans (I 1).*

*...du får ju en mera motiverad patient...Jag tror att patienten kommer kunna uppnå sina mål bättre, lättare och fortare (I 5).*

## Egenmakt

Informanterna menar att med delaktighet uppnås livskvalitet genom att om patienten blir delaktig i sin behandling. När patienten förstår syftet med träningen ökar livskvaliteten. De belyste vidare att livskvaliteten höjs för att delaktighet ger patienten mer tilltro till sin förmåga och att patienten får äga sitt problem och inte blir så utlämnad till andra. Att patienten får mer kontroll på läget och på så sätt blir mer självständig beskrevs. Delaktighet leder enligt informanterna till att patienten i högre grad kan leva sitt liv som den vill. Det lyftes fram att för en äldre patient kan livskvalitet vara att klara av sina vardagsaktiviteter och när delaktigheten finns med kan patienten förhoppningsvis klara sig så pass bra själv hemma så att hemtjänstinsatser, korttidsboende, äldreboende och för tidig död kan hindras.

*Det handlar inte om liv och död, kanske, men det handlar om att få leva livet som man vill! Och kan man få till det i sin rehabilitering, att ja men det här är för att det ska bli bättre för dig, att du ska uppnå dina mål, att vi ska komma en bit på vägen. Det kan bli lite lättare bara i din vardag (I 3).*

## Metoddiskussion

Den vetenskapliga kvalitén på kvalitativa studier granskas utifrån Trovärdighet, Pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

### Trovärdighet

Trovärdighet (credibility) har en betydande roll i hela forskningsprocessen och det innebär att studien är beskriven för läsaren hur resultaten kan vara giltiga, att material och tolkning av materialet överensstämmer med det som har studerats (Polit & Beck, 2017).

Det är viktigt att överväga utförandet av en studie så att metoden passar det aktuella forskningsämnet (Kvale & Brinkmann, 2014). Syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av äldre patienters delaktighet i fysioterapiprocessen i ordinarie boende. Det fanns inte tillräckligt med underlag i form av vetenskapliga artiklar att besvara syftet i form av en litteraturöversikt, vilket motiverade utförande av en empirisk studie. Dessutom har tidigare studie visat att begreppet delaktighet kan vara svårt att förstå vid en enkätstudie, samt att det även kan vara utmanande att samla in information om delaktighet vid en enkätstudie, där ingen direkt återkoppling kan ges. Därför bedömdes en kvalitativ intervjustudie (Danielson, 2017b) vara den mest lämpliga metoden vid genomförandet av denna studie. Kvale och Brinkmann (2014) betonar vikten av att vara bekant med ämnet för att kunna ställa relevanta intervjufrågor. För att få en vidare överblick över ämnet skedde en övergripande litteratursökning inom området.

För att få så variationsrika berättelser om samma fenomen som möjligt, är urvalet av betydelse (Henricson & Billhult, 2017). Målet med det ändamålsenliga urvalet var att utföra studien med fysioterapeuter från olika team för att erhålla variationer av informanternas erfarenheter utifrån teamtillhörighet, ålder, kön och antalet år i yrket, vilket ökar trovärdigheten. Åtta informanter bedömdes tillräckligt, då det i en kvalitativ studie är viktigare att det är färre personer med olika erfarenheter som har rika erfarenheter än att ha en stor homogen grupp som inte har rika erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017). Att informanterna tillhörde en och samma kommun och att majoriteten av informanterna arbetade med projekt hemrehabilitering kan ses som en homogen grupp, vilket kan minska trovärdigheten. Vidare kan åldersspannet på informanterna ses som snävt, vilket även det kan minska studiens trovärdighet. Det som ändå stärker trovärdigheten är att informanterna var från olika team med både kvinnor och män med olika lång erfarenhet av äldre patienter i ordinarie boende. Att intervjuerna varade mellan sju och tjugotre minuter kan ses som kort tid. Med fler informanter hade möjligen mer information framträtt ur intervjuerna, men eftersom resultatet var informationsrikt bedömdes insamlad data ändå vara tillräcklig. För att stärka studiens trovärdighet klargjordes inför intervjun att de tre begreppen rehabiliteringsplan, rehabiliteringsprocessen och fysioterapiprocessen hade samma innebörd i studien och att de inte förändrar betydelsen av studiens syfte. Trovärdigheten har stärkts av att alla steg i datainsamlingen redogjordes för och att en extern granskning av de koder, kategorier och underkategorier som arbetats fram gjordes av handledaren. Användande av citat i resultatbeskrivningen stärker studiens trovärdighet.

### Pålitlighet

Pålitlighet (*dependability*) innebär att studien är konsekvent och kan upprepas, vilket kan uppnås genom en beskrivning av förförståelsen och hur den kan ha påverkat datainsamling och dataanalys (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Det fanns en risk att förförståelsen kunnat påverka insamling av analys och data, men genom att vara medveten om förförståelsen har pålitligheten stärkts.

Att intervjuerna genomfördes av en och samma person upprätthöll studiens pålitlighet, eftersom det strävades efter att följa samma procedurer från intervjusituationens början till dess slut. Provintervjun bidrog till att lärdomar drogs, vilket ledde till att skillnaden mellan de olika intervjutillfällena ändå kunnat förbli liten. Genom att både spela in med mobiltelefonens ljudenhet samt transkribera intervjuerna automatiskt med dator under intervjutillfället minskade risken att information gick förlorad, eftersom det vid något tillfälle var svårt att uppfatta vad som sades via mobiltelefonen, men där datorn transkriberat det sagda. En jämförelse av ljud och text i samband med att det inspelade materialet transkriberades manuellt och ordagrant gjordes, och det gick då visa att innehållet hade återgivits korrekt, vilket gav pålitlighet till studien.

## Bekräftelsebarhet

Bekräftelsebarhet (*confirmability*) är graden av forskarens neutralitet. Genom att noggrant och transparent beskriva alla forskningssteg samt låta andra personer granska studien och se på problemet ur flera synvinklar kan bekräftelsebarheten ökas (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Det finns en risk att resultatet kan ha påverkats under intervjutillfället och vid analysen av intervjumaterialet. Vid intervjuerna var det både positivt och negativt att flera av informanterna kände till mig och mina kunskaper om ämnet. Det som kan uppfattas som positivt är att informanterna under intervjun kände sig bekväma med att använda fysioterapeutiska ord och begrepp som jag kunde förstå, vilket gav berättandet ett djup, medan det som var negativt kunde vara att det riskerades att inte grundläggande erfarenheter kom fram som det kunde gjort om informanterna inte haft någon kännedom om min förståelse för ämnet. Att förståelsen har påverkat data har ändå kunnat undvikas genom att återgå till att följa den tydligt beskrivna analysprocessen (Priebe & Landström, 2017). Utöver det har en extern granskning gjorts genom att handledaren har granskat analysprocessen och resultatbeskrivningen i syfte att bedöma att studien har hållits neutral.

## Överförbarhet

Överförbarhet (*transferability*) innebär i vilken utsträckning studiens resultat kan tillämpas i andra sammanhang. Att tydligt och detaljerat beskriva resultaten är viktigt för att kunna utvärdera överförbarheten. Utöver det måste krav på trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet vara uppfyllda (Lincoln et al., 1985).

Resultaten från denna studie går därför inte att generalisera, men är dock överförbara till liknande situationer i den kontext som studien omfattar. Det anses därför att studiens resultat med de erfarenheter som fysioterapeuter har att delaktiggöra äldre patienter i ordinärt boende kan bidra till en medvetenhet kring de styrkor och svagheter som finns kring arbetet med begreppet delaktighet i den aktuella kommunen, men även i liknande organisationer i och utanför Sverige.

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av äldre patienters delaktighet i fysioterapiprocessen i ordinärt boende. Resultatet kommer främst att diskuteras och relateras till innebörden av God och nära vård med begreppen *delaktighet*, *personcentrerat förhållningssätt* och *egenvård* i centrum. De tre kategorier som identifierats i resultatet utifrån studiens syfte att beskriva informanternas erfarenheter av äldre patienters delaktighet i fysioterapiprocessen är 1) Faktorer som möjliggör delaktighet, 2) delaktighetens barriärer och 3) ett mer självständigt liv. Resultat från samtliga tre kategorier behandlas utifrån vart och ett av de valda begreppen.

## Delaktighet

Studien fokuserar på patienters delaktighet i fysioterapeutiska insatser. Oftast avgränsar hälso- och sjukvården patientdelaktighet till medverkan i beslut kring sin vård och behandling (SBU, 2017). WHO (2001) definierar patienters delaktighet som att delta i, ta del av, vara inkluderad eller engagerad i sin livssituation och delaktigheten ska utgå från individen och dess förmåga och vilja till delaktighet.

En intressant och mycket relevant aspekt som framkom av resultatet är att det enbart är patienten själv som kan berätta hur delaktig hen upplever sig vara i sin behandling, vilket är i linje med det WHO (2001) belyser, att delaktighet är patientens egen upplevelse av sin erfarenhet av engagemang. Det är ändå viktigt att få med informanternas perspektiv i denna studie, för att ta reda på hur fysioterapeuter kan möjliggöra patienters delaktighet i sin behandling. Individens egen uppfattning och upplevelse behöver alltså tas med i arbete för delaktighet, och ytterst kan bara den enskilde själv bedöma sin delaktighet. En enkätstudie i den aktuella kommunen visar att äldre personer i ordinärt boende vill vara delaktiga i sin hälso- och sjukvård, men att de skattat lägre i hur de faktiskt upplevde sin delaktighet (Bravell & Torge, 2019).

Att lyssna in och ha en dialog med patienten är en självklar strategi som informanterna använder för att patientens egen upplevelse ska komma fram. Detta instämmer Sanerma Miettinen och Paavilainen (2020) i, och de menar att kommunikation är kärnan i mötet med patienter. Patienter uppskattar att

vårdgivaren har ett aktivt och empatiskt lyssnande (Nibert et al., 2020). Såsom resultatet av studien visar, att kommunikationen med patienten ska vara personcentrerad, bör vårdgivaren ställa öppna frågor, undvika att avbryta patienten samt ha ett fokuserat aktivt lyssnande. Att förstå patientens perspektiv på sjukdomen och uttrycka empati är nyckelfaktorer i personcentrerad kommunikation (Hashim, 2017).

Informanternas upplevelser av att äldre patienter kan vara passiva för att de inte vill vara till besvär bekräftas av Toye Jenkins och Barker (2021) som menar att förlorad autonomi kan vara utmanande för patienten och de framhåller vikten av ett vänligt bemötande i samband med detta. Det finns många faktorer som påverkar patienters val vid beslutsfattande, där erfarenhet av sjukdom och medicinsk vård, diagnos, och hälsotillstånd är faktorer som lyfts fram (Alharbi et al., 2014), vilket även skulle kunna inverka på patientens förmåga att ta kontakt. Även om resultatet visar att många patienter själva tar kontakt, bekräftar Alharbi et al. (2014) den delen av resultatet som visar att vissa patienter inte förmår att ta kontakt och redogör för tänkbara orsaker till varför inte kontakt tas.

Studiens resultat visa att delaktighet ofta begränsas om individen har kognitiv svikt, vilket kan bli utmanande vid fysioterapeutiska insatser. Detta eftersom fysioterapi ofta framhåller patientens aktiva medverkan sin träning. Watts et al. (2018) bekräftar detta och menar att det vid fysisk träning med patienter med kognitiv funktionsnedsättning ofta finns barriärer för kommunikation, att följa instruktioner samt att aktivt medverka i aktiviteter. Studien visar att det är av vikt att fysioterapeuter hittar sätt att nå fram till patienter med kognitiv svikt. Individer med kognitiv svikt som får fysioterapibehandling i syfte att behandla nedsatt fysisk funktion, förbättrar sin funktionella rörlighet och balans (Lam et al., 2018). Fysioterapeuters uppgift blir i detta fall avgörande då ett av de mest effektiva sätten att motverka förlorad självständighet är att hålla individer i optimal fysisk kondition, trots ihållande kognitiva brister (Littbrand et al., 2006).

Brist på tid belystes som en barriär för patientens delaktighet. Longtin et al. (2010) bekräftar detta och menar att tidsbrist hos vårdpersonal kan minska patienters delaktighet och på så sätt ha negativ inverkan på patientsäkerheten. Patientmedverkan erkänns allt mer som en nyckelkomponent i omformning av hälso- och sjukvårdsprocesser och förespråkas som ett sätt att förbättra patientsäkerheten (Longtin et al., 2010). När allt fler multisjuka äldre ska rehabiliteras i hemmet skulle därför tidsbristen för fysioterapeuter antas kunna leda till att patientsäkerheten sätts ur spel och omställningen till nära vård skulle då kunna försvåras.

En barriär för delaktighet som framkom i resultatet var informanternas upplevelse av att anhöriga motarbetar, styr och bestämmer över patientens rehabilitering. Informanterna berättade att patientens delaktighet blir åsidosatt vid dessa tillfällen. Detta resultat kan verka motsägelsefullt, då tidigare forskning visar att familjemedlemmars deltagande är en avgörande faktor för att underlätta patientens delaktighet i sin hälso- och sjukvård (Randström Björkman et al., 2013) samt att lagen poängterar även närståendes medverkande vid utformning och genomförande av vården (PL, 2014). De båda resultaten behöver inte motsäga varandra, eftersom det inte har ställts någon specifik fråga till informanterna om hur anhöriga kan möjliggöra patientens delaktighet, vilket därför inte kan utläsas i resultatet. Trots att det inte finns någon forskning som stöder den här delen av resultatet, kan det vara viktigt att ha i beaktande, då det trots allt ses som att anhörigas agerande skulle kunna motverka patientens delaktighet i sin behandling. Även svårigheterna som anhöriga kan ställas inför när de förväntas att vara delaktiga i sin närståendes vård och rehabilitering behöver belysas, eftersom det kan ha stor inverkan på deras relation. Anhöriga kan uppleva sin egen frihet som begränsad samt känna ett ökat ansvar. Att gå från att vara partner till att vara vårdare ställer krav på parrelationen (Bielsten & Hellström, 2019) och anhöriga kan uppleva en bristande kunskap om deras partners sjukdom samt ett otillräckligt stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen (Hedberg & Nygårdh, 2018). Att finna ett sätt att kommunicera och samverka med anhöriga kan utefter resultatet vara utmanande men ses som nödvändigt för att patientens delaktighet ska optimeras och Bergerød et al. (2018) menar att anhörigas roll ses av hälso- och sjukvårdspersonal som ett skyddsnet eller en buffert som inte kan ersättas av andra intressenter.

## Personcentrerat förhållningssätt

Tidigare forskning visar att delaktighet är en viktig del för personcentrerat förhållningssätt (Ekman, 2020; GPCC, 2022; Sanerma Miettinen & Paavilainen, 2020; SKR, 2022b).

Resultatet skildrade att erfarenheten i yrket ledde till ett ökat personcentrerat förhållningssätt, vilket tolkas som att färdiga lösningar på ett problem blir mindre viktiga vid mötet med patienterna. Detta går i linje med Killingback et al. (2021), som menar att det är viktigt för fysioterapeuter att inte ha förutfattade meningar om vad patienter efterfrågar samt att lyssna på patienterna som unika individer, för att förstå vad som verkligen är viktigt för dem. Loving et al. (2020) som menar att flexibilitet under behandlingen kan leda till bättre träningsresultat (Loving, 2020).

I resultatet framkommer att det saknas checklistor kring delaktighet som skulle kunna underlätta för framförallt nya fysioterapeuter att få struktur på sitt arbete. Kompetensutveckling bland hälso- och sjukvårdspersonal är viktigt med tanke på individualiteten hos äldre person (Sanerma Miettinen & Paavilainen (2020). För att de fysioterapeuter som är nya i yrket ska ges förutsättning till ett personcentrerat förhållningssätt, skulle det underlätta om det redan på fysioterapeututbildningen undervisas i detta. vilket även Killingback (2021) belyser. Loving et al. (2020) har visat att om fysioterapeutstudenter följer en strukturerad och reflekterande teori i mötet med äldre patienter med kognitiv svikt, underlättas patientens delaktighet under utförandet av träningen (Loving et al., 2020). Att fysioterapeuter har ett avsiktligt reflekterande förhållningssätt i arbetet kan förbättra effektiv kommunikation och implementering av interventioner (Loving et al., 2020). Strategier för att införa ett mer personcentrerat förhållningssätt inkluderar kommunikationsstrategier som hjälper oss att aktivt kunna se ur patienters perspektiv (Mudge, 2014). Implementering av personcentrerad vård visar att patienter som får delge sin egen uppfattning om situationen känner sig lyssnade på och patienter upplever då att personalen ser hela personen, inte bara sjukdomen (Alharbi et al., 2014).

Resultatet visade att om informanterna inte agerar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt blir patientens delaktighet bristfällig. En barriär som framkommer i resultatet är att fysioterapeuter är skolade att sätta upp mål som ska förbättra fysiska funktioner istället för aktivitetsmål och att patienten vid dessa tillfällen inte förstår syftet med sina mål. Mudge (2014) menar att enbart utgå från de biomekaniska aspekterna, där kropp och sinne skiljs åt, begränsar vår förmåga att arbeta personcentrerat, såsom att värdera patientens preferenser, främja hopp, hantera förväntningar och bygga en positiv terapeutisk relation. Att lämna ut ett träningsprogram, utan att anpassa det utefter individens behov och som patienten ska hantera själv skulle kunna minska följsamheten och på så sätt ge sämre behandlingsresultat. Morris et al. (2017) bekräftar detta i sin studie med ett fallförebyggande hemträningsprogram i form av egenvård med handledning av fysioterapeut en gång i veckan. Träningen visade sig inte förhindrar fall, och det antas i studien att doseringen av träningen var otillräcklig. I denna studie var även personcentreringen bristfällig, vilket skulle kunna vara orsaken till resultatet. Fysioterapeuters sätt att arbeta som experter fokuserar på fysioterapeutens eget perspektiv, vilket gör det svårt att arbeta personcentrerat (Mudge, 2014).

## Egenvård

Vid god och nära vård ska patienterna ges möjlighet till ansvar vid utförandet av sin behandling i form av egenvård (SKR, 2022a) och regionernas och kommunernas arbete för att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv hemma blir då allt viktigare (SOU 2016:2). Patienternas engagemang i sin egen vård är kärnan i personcentrad behandling i hemmet (Sanerma Miettinen & Paavilainen, 2020). Om människor får en ökad kontroll över sin egen hälsa främjas hälsan samt den ekonomiska och sociala utvecklingen för dem och utöver det kan samhället i stort stärkas (WHO, 2022).

Resultatet visade att det strävas mot och ses som en förutsättning att patienten vill vara delaktig i sin fysioterapi för att delaktighet ska kunna uppnås hos patienten. Resultatet skildrar även att patienten förväntas vara aktiv och att en aktiv patient lättare blir delaktig i sin rehabilitering.

Resultatet skildrar att en barriär för delaktighet kan vara när patienten inte kan utföra sin egenvård självständigt. Det kan ske vid tillfällen när hemtjänstpersonal stöttar patienten vid utförandet av träningen som informanten ordinerat och skrivit egenvårdsintyg för. Informanterna har ansvaret för bedömning av egenvården, information om utförandet samt regelbundna uppföljningar SOSFS (2009:6). Att nå fram till hemtjänstpersonalen och att de förstår varför träningen är viktig för patienten kan enligt resultatet vara utmanande om inte patienten själv kan delge sina önskemål för personalen. Detta dilemma behöver lösas om fysioterapeuter ska kunna sträva mot högre patientdelaktighet och patientsäkerhet. Med hemrehabiliteringen har informanterna mer resurser att stötta patienten med sin egenvård och om patienten inte klarar av sin egenvård kan dessa resurser tillsammans med ett strukturerat aktivitetsinriktat arbetssätt ge större möjlighet för informanterna att besöka patienten vid utförandet av träning, istället för att lämna över insatserna till hemtjänstpersonal. Att se till helheten



kring patienten med omfattande, förbättrad och fallförebyggande rehabilitering i hemmet har visat sig ge förbättrad egenvårdsförmåga och minskade akutmottagningsbesök (Shyu et al., 2016). Har patienten nära anhörig kan ett alternativ vara att lämna över utförandet av träningen till hen. Att patienter får stöd i egenvård från familj och vänner kan spela en roll för patientens självhantering och aktivitetsnivå (Lee, et al., 2021). Familjemedlemmars deltagande i vården behövs, för att uppnå personcentrerad vård i hemmet (Sanerma Miettinen & Paavilainen, 2020).

Resultatet visade att patientens delaktighet i sin behandling lägger grunden till ett lyckat behandlingsresultat, vilket även Socialstyrelsen (2022b) beskriver. Varje patient har unik kunskap om sig själv och sina behov, förväntningar och resurser. Resultatet av behandlingen blir bättre om patienten är delaktig i vården och för att uppnå ett gott resultat är det viktigt att patienten förstår vad det är som görs och varför det görs (Socialstyrelsen, 2022b), vilket även studiens resultat visar. Vidare visade resultatet att det i och med detta blir lättare att få med patienten på tåget och patienten blir mer träningsmotiverad, vilket leder till ett bättre behandlingsresultat. Delaktighet gör att patienterna lättare hittar sin inre motivation, vilket kan leda till mer hållbara och bättre resultat. Den inre motivationen som styr människors val beskrivs av Deci och Ryan (2000) i form av en motivationsteori som utgår från att alla människor strävar efter att utvecklas. Behoven av samhörighet, autonomi och kompetens är de viktigaste hörnstenarna i teorin och påverkar vilken form och nivå av motivation en person upplever vid en aktivitet. Att dessa behov uppfylls ses som en grundförutsättning för såväl välmående som personlig utveckling (Deci & Ryan, 2000). Teorin kan användas till att förstå hur vårdpersonal kan stödja patienter att anta och upprätthålla en hälsosam livsstil. Autonom motivation har visat sig vara starkt förknippad med engagemang i fysisk aktivitet. Hälso- och sjukvårdspersonal kan främja patienternas fysiska aktivitet genom att stödja deras autonoma motivation och allmänna välbefinnande (Koponen et al., 2017).

Egenmakt är ett begrepp som syftar till att en individ ska känna att denne har makt över sin egen situation, vilket innefattar personliga, socioekonomiska och miljörelaterade faktorer som påverkar hälsan (Elgan & Fridlund, 2014). Inom hälso- och sjukvård används begreppet för att beskriva strategier som underlättar för individen vid beslutsfattande om sin situation för att förbättra sin hälsa och sitt välbefinnande (Elgan & Fridlund, 2014). Likaså visade resultatet att delaktigheten kan ge patienten mer tilltro till sin förmåga och patienten kan då äga sitt problem och inte bli så utlämnad till andra. Detta eftersom egenmakten stärker patienten så att hen känner sig mer självständig, vilket genererar högre livskvalitet. Vidare visade studiens resultat att informanterna upplevde att livskvaliteten för patienten ökar när hen förstår syftet med träningen. Resultatet visade att om patienten ges möjlighet till delaktighet genom att de får vara med och sätta upp sina mål och bestämma om sin behandling är det större chans att patienten följer behandlingsupplägget och utför sin egenvård. Att klara av sin egenvård är en viktig faktor i egenmakten, då det har en avgörande betydelse för att underlätta aktivitet och delaktighet (Randström Björkman, et al., 2013) och antas leda till ett mer självständigt liv för patienterna. Johansson et al. (2021) menar att de äldres mål vid hemrehabilitering i den studerade kommunen var att återgå till de dagliga rutinerna och utföra meningsfulla aktiviteter utan att känna sig beroende av andra människor. Detta lyftes även fram i denna studies resultat, som skildrar att för en äldre patient kan livskvalitet vara att klara av sina vardagsaktiviteter. Vidare framkommer det ur resultatet att när delaktigheten finns med ökar patientens möjlighet till självständighet hemma, vilket skulle kunna förskjuta hemtjänstinsatser, korttidsboende, äldreboende och för tidig död. Berntsen et al. (2019) styrker detta och visar att personcentrerat förhållningssätt som tillämpats på sköra multisjuka äldre ledde till minskad risk för akutvård och minskad dödlighet. För att uppnå detta behöver hälso- och sjukvårdspersonal ta hänsyn till varje individs unika upplevelser vad som motiverar patienten att bo kvar hemma (Randström Björkman, et al., 2013). Vidare menar Killingback (2021) att fysioterapeuter som är mer personcentrerade i sitt patientarbete har bättre förutsättningar att främja patienters självhantering vid långvariga sjukdomstillstånd.

## Slutsatser

Resultatet visar att patientens delaktighet i sin egen behandling är en förutsättning för ett bra behandlingsresultat som i sin tur ökar patientens egenmakt. Patientdelaktighet anses som en grundläggande princip för god hälso- och sjukvård och resultatet tillsammans med tidigare forskning visar att ökad patientdelaktighet kan leda till förbättrad hälsa och mer självständiga patienter. Resultatet visar att om fysioterapeuter arbetar strukturerat personcentrerat och aktivitetsinriktat genom att lyssna in och vägleda patienten under fysioterapiprocessen samt ge patienten tillräckligt stöd till egenvård skapas förutsättningar för patientens självständighet. Det personcentrerade förhållningssättet har med tiden stärkts med erfarenheten i yrket, samt genom projekt hemrehabilitering där aktivitetsmål bytts ut mot funktionsmål. Resultatet visade att hinder för patientens delaktighet är anhörigas inställning, patientens förmåga och vilja att delta, och brist på erfarenhet i yrket. Även organisatoriska barriärer finns som brist på tid, resurser och personalens arbetsmiljö i patientens hem.

## Klinisk betydelse

Resultatet av denna studie kan vara applicerbart både i den aktuella kommunen, i andra kommuner i Sverige och i liknande verksamheter på internationell nivå. Min önskan är att fysioterapeuter som arbetar med rehabilitering i hemmet tar till vara på studiens resultat och bearbetar de möjligheter och hinder för patientdelaktighet som resultatet belyser i samband med bedömning, målformulering, behandling och uppföljning av de fysioterapeutiska hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det behöver läggas stort vikt på utbildning och tid för reflektion kring delaktighet både under fysioterapeututbildningen och för redan verksamma i yrket. Vikten av delaktighet lyfts ytterligare ett steg på samhällsnivå med implementeringen av God och nära vård, där vi säkerställer patientens rätt till att medverka i sina hälso- och sjukvårdsåtgärder genom att de centrala begreppen delaktighet, personcentrerat förhållningssätt och egenvård finns med i det patientnära arbetet. I studien har fysioterapeuters erfarenheter av patienters delaktighet i ordinärt boende studerats, men det är även av vikt att belysa äldre patienters och deras närståendes upplevelser av sin delaktighet i ordinärt boende. Förslag till vidare forskning är därför att ta reda på hur äldre patienter och deras närståendes upplever sin delaktighet i sin rehabilitering i ordinärt boende.

## Referenser

- Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L. (2014). Experiences of person-centered care - patient's perceptions. *BMC Nursing*, 13(1), 28-28. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-28>
- Backman, K. & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences: A Scientific Journal for Health Care Professionals*, 15(3), 195–202. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x>
- Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D. R., Raposo, V., & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.025>
- Bergerød, I J., Gilje, B., Braut, G. S., & Wiig, S. (2018). Next-of-kin involvement in improving hospital cancer care quality and safety – a qualitative cross-case study as basis for theory development. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3141-7>
- Berntsen, G., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrøvseth, S. O., Brattland, T., & Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(1), 682–682. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4397-2>
- Bielsten, T. & Hellström, I. (2019). A review of couple-centred interventions in dementia: Exploring the what and why – Part A. *Dementia*, 18(7-8), 2436–2449. <https://doi.org/10.1177/1471301217737652>
- Bonifas, R.P., Simons, K., Biel, B., & Kramer, C. (2014). Aging and Place in Long-Term Care Settings. *Journal of Aging and Health*, 26(8), 1320–1339. <https://doi.org/10.1177/0898264314535632>
- Breitholtz, A., Snellman, I., & Fagerberg, I. (2013). Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 139–148. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00338.x>
- Broberg, C., & Tyni-Lenné, R. (2019). *Fysioterapi - Profession och vetenskap*. [Skrift]. <https://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Om-professionen>
- Bull, Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Cederbom Nortvedt, L., & Lillekroken, D. (2020). The perceptions of older adults living with chronic musculoskeletal pain about participating in an intervention based on a behavioral medicine approach to physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(10), 1118–1129. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1572846>
- Craik, J. Townsend, E., & Polatajko, H. (2008). Introducing the new guidelines - Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. *Occupational Therapy Now*, 10(1), 3–.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 285–299). Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 143 - 154). Studentlitteratur.

- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- D'Souza Prima J.J, Devasia, T., Paramasivam, G., Shankar, R., Noronha, J. A., & George, L. S. (2021). Effectiveness of self-care educational programme on clinical outcomes and self-care behaviour among heart failure peoples—A randomized controlled trial: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4563-4573. <https://doi.org/10.1111/jan.14981>
- Edwards, I., Jones M., Carr J., Braunack Mayer, A. Jensen, G M. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Phys Ther* 2004; 84: 312-330. <https://doi.org/10.1093/ptj/84.4.312>
- Ekman, I. (2020). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (2 uppl.). Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Elgán, C. & Fridlund, B. (2014). *Vuxet vardagsliv*. I F. Friberg, & J. Öhlén, (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 127-152). Studentlitteratur.
- En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. (2016). *Effektiv vård. Delbetänkande*. Wolters Kluwer Sverige AB. (SOU 2016:2). <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/01/sou-20162>
- Ernst Bravell, M. & Torgé, J. (2019). *Delaktighet i hälso- och sjukvård i Jönköpings Kommun*. [Rapport]. Jönköpings Kommun. [https://www.researchgate.net/publication/333202083\\_DELAKTIGHET\\_I\\_HALSO-OCH\\_SJUKVARD\\_I\\_JONKOPINGS\\_KOMMUN](https://www.researchgate.net/publication/333202083_DELAKTIGHET_I_HALSO-OCH_SJUKVARD_I_JONKOPINGS_KOMMUN)
- Fysioterapeuterna. (2022). *Om professionen*. <https://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Om-professionen/>
- Gothenburg's Centre for Person-Centered Care [GPCC]. (25 april 2022). *Om personcentrerad vård*. Hämtad 30 april 2022 från <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Groene, O. & Sunol, R. (2015). Patient involvement in quality management: rationale and current status. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 556-569. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2014-0122>
- Hammond, R., Stenner, R., & Palmer, S. (2020). What matters most: a qualitative study of person-centered physiotherapy practice in community rehabilitation. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1825577>
- Hashim, M. & Jawad, M.D. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. *American Family Physician*, 95(1), 29-34. <https://www.aafp.org/afp/2017/0101/p29.html>
- Hedberg, B & Nygårdh, A. (2018). *Patientdelaktighet och medverkan hos vuxna med fysisk ohälsa*. A C. Eldh (Red.), *Delaktighet och patientmedverkan* (1 uppl., s.107-138). Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111-119). Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

- Johansson, A., Ernsth Bravell, M., Karlsson, A. B., & Fristedt, S. (2021). Valuable aspects of home rehabilitation in Sweden: Experiences from older adults. *Health Science Reports*, 4(1), e249–n/a. <https://doi.org/10.1002/hsr2.249>
- Killingback, C., Clark, C., & Green, A. (2021). Being more than “just a bog-standard knee”: the role of person-centred practice in physiotherapy: a narrative inquiry. *Disability and Rehabilitation*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1948118>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Koponen, A., Simonsen, N., & Suominen, S. (2017). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 332–344. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1154179>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.). Studentlitteratur.
- Lam, F., Huang, M.-Z., Liao, L.-R., Chung, R. C., Kwok, T. C., & Pang, M. Y. (2018). Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 4–15. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.12.001>
- Lee, A., Heisler, M., Trivedi, R., Leukel, P., Mor, M. K., & Rosland, A.-M. (2021). Autonomy support from informal health supporters: links with self-care activities, healthcare engagement, metabolic outcomes, and cardiac risk among Veterans with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(2), 241–252. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00196-5>
- Lincoln, Y.S, Guba, E. G., & Pilotta, J. J. (1985). Naturalistic inquiry. *International Journal of Intercultural Relations*, 9(4), 438–439. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Lindstedt, I. (2019). *Forskningens hantverk*. (2. uppl.). Studentlitteratur.
- Littbrand, H., Rosendahl, E., Londelof, N., Lundin-Olsson, L., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2006). A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: Evaluation of applicability with focus on cognitive function. *Physical Therapy*, 86, 489–498.
- Longtin, Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53–62. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>
- Loving, V., Ulanowski, E., & Danzl, M. (2020). Use of reflective analysis to achieve exercise participation in a patient with severe cognitive impairment: a case report. *Educational Gerontology*, 46(1), 26–35. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1695344>
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1–10. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01>
- Melin, J., Nordin, Å., Feldthusen, C., & Danielsson, L. (2021). Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(8), 863–880. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1655822>
- Morris, M., Taylor, N. F., Watts, J. J., Evans, A., Horne, M., Kempster, P., Danoudis, M., McGinley, J., Martin, C., & Menz, H. B. (2017). A home program of strength training, movement strategy training and education did not prevent falls in people with Parkinson’s disease: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 63(2), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.02.015>

- Mudge, S., Stretton, C., & Kayes, N. (2014). Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autoethnographic insight. *Disability and Rehabilitation*, 36(6), 457–463. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.797515>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl. s. 421–438). Studentlitteratur.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Vården ur patientens perspektiv - 65 år och äldre: En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-patienternas-perspektiv-65-ar-och-aldre/>
- Nibert, A., Myers, K. K., Toms, R., & Krepper, R. (2020). Nurses' Active Empathetic Listening Behaviors from the Voice of the Patient. *Nursing Economic*, 38(5), 267–266.
- Nordin, E. (2012). Rehabilitering i kommunal verksamhet. E. Rydwick (Red.), *Äldres hälsa. Ett sjukgymnastiskt perspektiv*. (1 uppl. s.219–233). Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Näsström, L., Mårtensson, J., Idvall, E., & Strömberg, A. (2017). Participation in Care Encounters in Heart Failure Home-Care. *Clinical Nursing Research*, 26(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1054773816685744>
- Olaison, A., Cedersund, E., Marcusson, J., Valtersson, E., & Sverker, A. (2021). Maneuvering the care puzzle: Experiences of participation in care by frail older persons with significant care needs living at home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1937896>
- Patientlag* (SFS 2014:821). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2a uppl., s. 25–40). Lund: Studentlitteratur.
- Randström Björkman, K., Asplund, K., Svedlund, M., & Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(2), 211–216. <https://doi.org/10.2340/16501977-1085>
- Randström, K., Wengler, Y., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Working with “hands-off” support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 9(1), 25–33. <https://doi.org/10.1111/opn.12013>
- Samordnad utveckling för god och nära vård*. (2020). *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Huvudbetänkande*. Norstedts Juridik AB. (SOU 2020:19). <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019>
- Sanerma, P., Miettinen, S., & Paavilainen, E. (2020). A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>

- Shyu, Y, Liang, J., Tseng, M.-Y., Li, H.-J., Wu, C.-C., Cheng, H.-S., Chou, S.-W., Chen, C.-Y., & Yang, C.-T. (2016). Enhanced interdisciplinary care improves self-care ability and decreases emergency department visits for older Taiwanese patients over 2 years after hip-fracture surgery: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 54–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.005>
- Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. (2009:6). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2009-10-6.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Att arbeta evidensbaserat*. [Publikation]. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6930.pdf>
- Socialstyrelsen. (14 september 2021). *Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal*. [Publikation]. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-9-7532.pdf>
- Socialstyrelsen. (mars 2022a). *Vård och omsorg för äldre- Lägesrapport 2022*. [Publikation] <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>
- Socialstyrelsen (11 maj 2022b). *Patientens delaktighet*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsakerhet/patientens-delaktighet/>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (SBU). (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. [https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet\\_i\\_halso\\_och\\_sjukvarden.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf)
- Statistiska Centralbyrån. (2018). *Sveriges framtida befolkning 2017–2070*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivninga/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-20182070/>
- Svenska Akademien. (2021). *Delaktig. I Svensk Ordbok (SO)*. <https://svenska.se/so/?id=112949&pz=7>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (5 maj 2022a). *Överenskommelse om en God och nära vård*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/overenskommelseomeng-odochnaravard.28402.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (29 april 2022b). *Personcentrerat förhållningssätt*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/personcentreratforhallningssatt>
- Toye, F., Jenkins, C., & Barker, K. (2021). Understanding the experience of living well, beyond the age of 85 years: a qualitative analysis using themes from a meta-ethnography. *Age and Ageing*, 50(6), 2238–2245. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab179>
- Tyni-Lenné, R. (1983). Sjukgymnastik – fysioterapiprocess. *Fysioterapeuten*. (14): 17–20.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. [https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf)
- Watts, A. S., Mortby, M. E., & Burns, J. M. Ginsberg. (2018). Depressive symptoms as a barrier to engagement in physical activity in older adults with and without Alzheimer's disease. *PLoS One*, 13(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208581>

World Health Organization. (2001). *ICF: International classification of functioning, disability and health*.  
World Health Organization.

World Health Organization. (27 april 2022). *Self-care health interventions*. [https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1)



## Bilagor

Bilaga nr 1. Informationsbrev till chef

### **Information till chef om intervjuer kring patienters delaktighet i fysioterapeuters/sjukgymnasters insatser i hemmet.**

2017 gjordes en studie inom Jönköpings Kommun där patientens delaktighet i hälso-och sjukvården i kommunen studerades (Ernstth Bravell & Torgé). De som bodde i ordinärt boende fick fylla i enkäter och svara på frågor kring delaktighet. Resultatet visade att informanterna upplevde att det är viktigt att vara delaktig i samtliga steg kring sina hälso-och sjukvårdsinsatser, men att de skattat lägre i hur de faktiskt var delaktiga. Det visade sig vara svårt för många patienter att tolka innebörden av delaktighet och ett förslag på framtida undersökningar var då att operationalisera vad begreppet delaktighet skulle kunna betyda i vardagen. Eftersom en stor del av hälso-och sjukvården ges i hemmet och för att den äldre ska kunna uppleva att rehabilitering en blir så bra som möjligt behöver den äldre göras delaktig i sin rehabilitering.

*Syftet med studien är att undersöka vilka strategier fysioterapeuter/sjukgymnaster använder sig av för att möjliggöra äldre patienters delaktighet i sin rehabiliteringsplan i ordinärt boende.*

Jag skulle vilja tillfråga sjukgymnaster/fysioterapeuter i Jönköpings kommun som har erfarenhet av att möta äldre patienter i ordinärt boende. Önskemålet är att få intervju dem om sina upplevelser kring äldres delaktighet i sina fysioterapeutiska insatser i hemmet.

Intervjun kommer att spelas in på band där svar och resultat kommer att behandlas konfidentiellt så att inte obehöriga kan ta del av dem. Deltagandet i studien är frivilligt och tillfrågade kan avstå från deltagande, eller när som helst avbryta sin medverkan i studien utan att ange orsak. Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift inom ramen för kursen Gerontologi Examensarbete 15 hp vid Hälsohögskolan, Jönköping University. När resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Johanna Antevik  
Leg. Sjukgymnast  
Magisterutbildningen i gerontologi  
Tel. 0737-253260  
e-mail (student): anjo21kp@student.ju.se

Handledare:  
Therese Bielsten  
e-mail: [therese.bielsten@ju.se](mailto:therese.bielsten@ju.se)

Bilaga nr 2. Informationsbrev till fysioterapeuter

## **Information om intervjuer kring patienters delaktighet i fysioterapeuters/sjukgymnasters insatser i hemmet.**

Till dig som arbetar i ordinärt boende som sjukgymnast/fysioterapeut i Jönköpings kommun.

2017 gjordes en studie inom Jönköpings Kommun där patientens delaktighet i hälso-och sjukvården i kommunen studerades (Ernst Bravell & Torgé). De som bodde i ordinärt boende fick fylla i enkäter och svara på frågor kring delaktighet. Resultatet visade att informanterna upplevde att det är viktigt att vara delaktig i samtliga steg kring sina hälso-och sjukvårdsinsatser, men att de skattade lägre i hur de faktiskt var delaktiga. Det visade sig vara svårt för många patienter att tolka innebörden av delaktighet och ett förslag på framtida undersökningar var då att operationalisera vad begreppet delaktighet skulle kunna betyda i vardagen. Eftersom en stor del av hälso-och sjukvården ges i hemmet och för att den äldre ska kunna uppleva att rehabilitering en blir så bra som möjligt behöver den äldre göras delaktig i sin rehabilitering.

***Syftet med studien är att undersöka vilka strategier fysioterapeuter/sjukgymnaster använder sig av för att möjliggöra äldre patienters delaktighet i sin rehabiliteringsplan i ordinärt boende.***

Du tillfrågas eftersom du arbetar som sjukgymnast/fysioterapeut i Jönköpings kommun och har erfarenhet av att möta äldre patienter i ordinärt boende. Önskemålet är att få intervjua dig om dina upplevelser kring äldres delaktighet i sina fysioterapeutiska insatser i hemmet.

Intervjun kommer att spelas in på band. Dina svar och resultat kommer att behandlas konfidentiellt så att inte obehöriga kan ta del av dem. Det inspelade och utskrivna intervjumaterialet kommer att förvaras i ett låst skåp och raderas när uppsatsen är klar och godkänd. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avstå från deltagande, eller när som helst avbryta din medverkan i studien utan att ange orsak. Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift inom ramen för kursen Gerontologi Examensarbete 15 hp vid Hälsohögskolan, Jönköping University. När resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Om du är intresserad av att delta, svara mig via mejl: [anjo21kp@student.ju.se](mailto:anjo21kp@student.ju.se)

Jag kontaktar dig sedan inom 5 dagar efter att du svarat och fått brevet för mer information och planering för intervju. Vid frågor går det bra att kontakta mig via mejl eller telefon.

Johanna Antevik  
Leg. Sjukgymnast  
Magisterutbildningen i gerontologi  
Hälsohögskolan, Jönköping University  
Tel. 0737-253260  
e-mail (student): [anjo21kp@student.ju.se](mailto:anjo21kp@student.ju.se)

Handledare:

Therese Bielsten  
Institutet för gerontologi, Assistant professor  
Hälsöskolan, Jönköping University  
e-mail: [therese.bielsten@ju.se](mailto:therese.bielsten@ju.se)

## Bilaga nr 3. Intervjuguide

### Intervjuguide

Kön, ålder, antal år i yrket, antal år med denna patientgrupp

Rehabiliteringsprocessen förklaras här som den process som går hand i hand med rehabiliteringsplanen.

- Hur arbetar du för att möjliggöra patientens delaktighet under hela rehabiliteringsprocessen?
- *Kan du beskriva hur rehabiliteringsprocessen initieras?*
- *Hur läggs planeringen av behandlingsperioden upp?*
- *Hur går målformuleringen till?*
- *Hur görs patient delaktig vid utförandet av behandlingen?*
- *På vilket sätt följs behandlingen upp? Hur görs patienten delaktig vid uppföljningen?*
- *Kommer det till diskussion att patienten vill ha det på ett annat sätt? Vad händer då?*
- 
- Vilka fördelar ser du med att patienten är delaktig under rehabiliteringsprocessen?
- Vilka utmaningar ser du som kan hindra patientens delaktighet?
- Vill du beskriva en situation där det fanns utmaningar i att delaktiggöra patienten?
- Är det något mer du vill tillägga?

### Följdfrågor

- Hur menar du?
- Kan du berätta mer om detta?
- Vad innebär detta?
- Vad tänker du kring detta?

## Bilaga nr 4. Samtyckesblankett



Samtycke till att delta i intervju angående

### **Patienters delaktighet i fysioterapeuters/sjukgymnasters insatser i hemmet**

Jag har läst informationen om studien och jag är införstådd med syftet om vad studien innebär för mig.

---

Namn

---

Namnförtydligande

---

Ort och datum