



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

**Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelning för arbetsterapi och gerontologi**

Några arbetsterapeuters insatser och upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke

Författare: Besnik Ismajli,
Daniel Bosak

Handledare: Elisabeth Persson

Maj 2008

Kandidatuppsats

Adress: Avdelning för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för arbetsterapi

Några arbetsterapeuters insatser och upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke

Besnik Ismajli
Daniel Bosak

Abstrakt

Syftet med studien var att undersöka några arbetsterapeuters insatser och upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke. Studien har en kvalitativ ansats och metoden för datainsamlingen var att intervjua fyra arbetsterapeuter på två olika verksamheter i södra Skåne. Intervjuerna utfördes genom en semistrukturerad intervju mall. I resultatet framkom det tre underkategorier vilka var arbetsordning, arbetsmetod och patientrelation. Arbetsterapeutens insatser och upplevelser av att arbeta inom hemrehabiliteringen med strokepatienter, handlade om att instruera, informera och göra utvärderingar med patienten och vårdteamet. Olika typer av insatser inom hemrehabilitering vad som kan förändras och utvecklas framkommer i studien. I studien nämns också vikten av ett bra bemötande av patienter och anhöriga. Slutsatsen visar hur viktigt det är att handleda patienter, vårdpersonal och anhöriga så att inga missförstånd och oklarheter uppstår. Att försöka få med anhöriga i rehabiliteringsprocessen så att de känner sig lugna och får en bättre förståelse för hur rehabiliteringen kommer att gå tillväga. Det nämns även hur viktigt det är att arbeta klientcentrerat och utgå från det som är meningsfullt för patienten

Nyckelord: Aktiviteter, arbetsterapi, arbetsterapiprocessen, klientcentrering, rehabilitering

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
1.1 Arbetsterapeuten/arbetsterapiprocessen	1
1.2 Stroke	2
1.3 Rehabilitering	3
1.3.1 Hemrehabilitering	4
1.3.2 Bedömningsinstrument	5
2. Syfte	5
3. Metod	6
3.1 Urvalsförfarande	6
3.2 Metod/instrument för insamling av information	6
3.3 Procedur	6
3.4 Bearbetning av den insamlade informationen	7
3.5 Etiska överväganden	7
4. Resultat.....	8
4.1 Arbetsordning	8
4.1.1 Databesamling och analysering	9
4.1.2 Bedöma/ADL – Taxonomin, observation och utvärdering	9
4.1.3 Observation	9
4.1.4 Mål	10
4.1.5 Utvärdering	10
4.2 Arbetsmetod	10

<i>4.2.1 Teamarbete</i>	10
<i>4.2.2 Handledning</i>	11
4.3 Patientrelation.....	12
<i>4.3.1 Bemötande</i>	12
<i>4.3.2 Delaktighet och gruppaktivitet</i>	12
<i>4.3.3 Anhöriga</i>	12
5. Diskussion	13
5.1 Metoddiskussionen	13
5.2 Resultatdiskussionen	14
5.3 Konklusionen	17
6. Referenslista	19

Bilagor

Bilaga 1, Intervjuguide

1. Introduktion

Eftersom antalet äldre i befolkningen ökar och blir fler är risken för att drabbas av stroke större än vad det har varit tidigare. Arbetsterapeuter deltar ofta i rehabilitering av stroke patienter och utgår från vad som är meningsfullt att göra för den enskilda individen d.v.s. har ett aktivitetsfokus. Patientens aktivitetsmönster kan ofta stimuleras och förbättras, och arbetsterapeuten kan bidra med bland annat aktivitetsbedömningar och utprovning av olika hjälpmedel. Detta kan leda till att personen återfår någon aktivitets balans i sina vardagliga aktiviteter.

Vi tycker att det är viktigt att få fram vad arbetsterapeuterna själva ansåg om deras insatser och upplevelser inom hemrehabilitering för patienter med stroke för att vi anser att det behövs fler arbetsterapeuter inom hemrehabilitering eftersom de har en viktig roll i rehabiliteringsprocessen för patienter med stroke. Avsaknader av studier kring detta ämne gjorde att vi blev intresserade att utföra denna studie. Därför kommer vi att beskriva några arbetsterapeuters insatser och upplevelser av att arbeta inom hemrehabiliteringen för personer med stroke.

Med insatser menar författarna arbetsuppgifter arbetsterapeuterna kan utföra för patienterna det kan exempelvis vara bedömningar, förslag till bostadsanpassningar, hjälpmedels förskrivningar samt olika övningar i rehabiliterande syfte (FSA, 1998).

Med upplevelser menar författarna olika erfarenheter, känslor, tankar och motivation. Vilket arbetsterapeuterna kan uppleva i mötet med patienter (Fortmeier & Thanning, 1998).

1.1 Arbetsterapeuten/arbetsterapiprocessen

Arbetsterapeutens mål är ofta att arbeta klientcentrerat. När en arbetsterapeut träffar en person som har fått stroke försöker hon/han skapa en patientrelation och få en fullständig anamnes från personen. Arbetsterapeuten kan samla in data genom exempelvis intervju och observation. Information som är viktig till datainsamlingen är t ex vilka aktiviteter patienten utförde innan, vilka vanor, intresse och rutiner patienten hade innan insjuknandet.

Arbetsterapeuten vill även få reda på personens boende situation, dess fysiska och sociala miljö för att kunna skapa sig en helhetsbild. Observation av patienten kan äga rum för att få reda på vilka aktiviteter han/hon har svårigheter med att utföra i det vardagliga livet efter

stroken samt vilka funktionshinder som föreligger. Tillsammans med patienten sätter arbetsterapeuten upp mål för rehabiliteringen. Detta görs också ofta tillsammans med anhöriga. Målen kan handla om att personen ska kunna leva ett så tillfredställande liv som möjligt. Rehabiliteringsåtgärder för att nå målen kan planeras tillsammans med patienten samt andra yrkesverksamma inom vårdteamet exempelvis sjukgymnaster, biståndshandläggare, sjuksköterskor och därefter görs en behandlingsplan. Sedan följs behandlingsplanen under en period och efter en tid utvärderar arbetsterapeuten och patienten ifall målen har uppfyllts. Om målet inte är uppfyllt behövs vidare planering och ytterligare åtgärder för att skapa gynnsammare förutsättningar för en enklare vardag. Arbetsterapeuten kan förskriva olika sorters hjälpmedel beroende på hur stor inverkan stroke haft på personens vardagliga aktiviteter, och funktionshindret samt miljöfaktorerna. Om behov finns ska arbetsterapeuten också ge förslag till bostadsanpassnings åtgärder (Townsend, 2002; FSA, 1998; Socialstyrelsen, 2000).

För att kunna erbjuda en arbetsterapeutisk behandling som är klientcentrerad kan exempelvis praxismodellen Canadian Modell of Occupational Performance (CMOP) vara ett alternativ. Townsend (2002) beskriver CMOP med dessa fyra kategorier; *person*, *miljö*, *aktivitet* och *spirituality*. Modellen CMOP beskriver också att varje individ har en ”Spirituality” med detta menas ”kärnan” i personen, värderingar och vad som är viktigt för den enskilda individen. CMOP beskriver faktorer som avgör hur och om ett klientcentrerat arbetssätt kommer till stånd. Miljön delas upp på fyra kategorier vilka är social, kulturell, institutionell och fysisk. Aktivitet delas upp i tre kategorier vilka är personlig vård/personlig organisering, socialt/ekonomiskt tillskott/arbete/utbildning och fritid. Person delas också upp i tre kategorier vilka är känslomässig (sociala och emotionella funktioner), kognitiv och fysisk funktioner. CMOP tar upp alla de viktiga aspekter som är nödvändiga för att återskapa balans och struktur i en persons vardag (Townsend, 2002).

1.2 Stroke

Stroke är en av våra allvarligaste folksjukdomar. Sjukdomen är en av de främsta orsakerna till svåra och långvariga funktionshinder hos vuxna. Den drabbar framför allt äldre människor och i västvärlden är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtinfarkt och tumörsjukdomar (Norrving & Terént, 2001). Varje år insjuknar drygt 30 000 personer i stroke, och två tredjedelar nyinsjuknar första gången och resten får ett återfall. Män har något större risk att drabbas än kvinnor (Strokeförbundet, 2008).

De vanligaste orsakerna till att drabbas av stroke är; högt blodtryck, rökning, alkoholkonsumtion, ärftlighet för hjärt-kärlsjukdomar, hög ålder, tidigare genomgången stroke eller TIA samt diabetes (Aquilonius & Fagius, 2006). Detsamma nämner Kuller (2000) i sin studie, att högt blodtryck och tidigare genomgången stroke eller TIA är den främsta orsaken till stroke.

Vanliga konsekvenser i akutskedet för stroke är kognitiva nedsättningar; abrupt förvirring, svårigheter vid tal och förståelse vid kommunikation. Muskelsvaghet i ansiktet, armar och ben och plötsliga domningar är vanliga konsekvenser (Norrving & Terént, 2001). Enligt Dahlin (2007) kan de vanligaste följderna av stroke oftast vara kvarvarande neurologiska bortfall, sekundära komplikationer såsom exempelvis uppmärksamhet/koncentration, kommunikation och balanssvårigheter. Det finns även risk att drabbas av en ytterligare stroke. Därtill kan personlighetsförändring, trötthet, depression och demens tillkomma.

1.3 Rehabilitering

Definition av rehabilitering är ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” (Socialstyrelsen, 2007).

Rehabilitering är ett samlingsnamn för olika insatser som kan behövas för personer som är eller har varit sjuka/skadade ska kunna återgå till aktiviteter i det vardagliga livet (Norrving & Terént 2001). Rehabiliteringsteamet består oftast av arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, läkare, logoped, kurator och psykolog. Rehabiliteringsteamet har sin fokus på patienten och hans/hennes uppsatta mål och teamet arbetar ofta klientcentrerat. Formen för rehabiliteringen beror på viken/vilka nedsatta funktioner och aktivitetsproblem patienterna har blivit drabbad av. Det kan både vara fysiska och psykiska funktioner som påverkar människan i sitt vardagliga liv. Rehabiliteringen kan även medföra att personerna får lära sig använda olika hjälpmedel för att kompensera eller återfå sina förmågor som blivit påverkade av sjukdom eller skada (Borg, Gerdle & Gimby 2006).

Patienterna som rehabiliteras kan träna i olika aktiviteter vilket kan hjälpa dem i vardagslivet. Detta görs för att vid behov motivera och få igång personerna i sina vardagliga rutiner så att de kan återvända till sitt dagliga liv. Rehabilitering kan ske på öppenvårdsmottagningar,

enskilda rehabiliteringsenheter, sjukhus eller i patienternas eget hem (Borg et al. 2006; Norrving & Terent, 2001).

1.3.1 Hemrehabilitering

Syftet med hemrehabilitering är att ytterligare öka självständigheten i vardagliga aktiviteter samt att aktivitetsförmågan ska förbättras efter en skada eller sjukdom. Träningen kan bestå av exempelvis aktiviteter inom personlig vård och hushållsträning, utprovning och anpassning av hjälpmedel, samt funktionsträning såsom gångträning, arm- och handträning.

En förutsättning för att klargöra vad som är meningsfullt och viktigt för patienten är att intervjua henne/honom eller observera utförande av aktiviteter som patienten har svårigheter med. Ibland kan även samtal med anhöriga göras för att få en klarare bild av patientens situation (May, 1999; Gaunt & Lantz, 1996; Townsend, 2002).

Enligt studierna Holmqvist et al., (1998) och Anderson et al., (2000) beskrivs att både patienten och dess vårdare var nöjda med utgången av hemrehabiliteringen. Studierna påvisade även att arbetsterapeutens uppgifter inom hemrehabiliteringen var avgörande för hur patientens utgång kom att bli. Roderick et al., (2001) menar att det inte finns någon större skillnad i resultatet mellan sjukhusrehabilitering och hemrehabilitering. Men kombinationen av de båda rehabiliteringsformerna gav den mest effektiva vården för patienter. Både Holmqvist et al., (1998) och Andersson et al., (2000) nämner att minskningen av antalet dagar i sjukhuset kan göra att hemrehabilitering tas i bruk i en större skala i och därmed kan kostnaderna minska. Roderick et al., (2001) menar att kostnaderna för de båda vårdformerna blir lika stora i slutändan, i och med att teamet som träffar patienterna i dess hemmiljö även medför kostnader. Logan et al., (2004) beskriver att arbetsterapi intervention i hemmet ökar rörligheten samt välbefinnandet hos patienter som är drabbade av stroke.

Hemrehabiliteringsteamet kan planera tillsammans med patienten hur hemrehabiliteringen ska gå till. Hemrehabilitering kan innebära att patienten får mera inflytande över rehabiliteringsprocessen än om patienten hade varit kvar på sjukhuset. Hemrehabilitering innebär att vårdpersonal kommer hem till patienten och tränar i hemmet. Genom rehabilitering kan patienterna återfå en del av sin aktivitetsförmåga samt sensoriska och motoriska funktioner. Patienterna kan lära sig leva med sina begränsningar och kompensera för de kvarstående funktionsnedsättningarna i de vardagliga sysselsättningarna (FSA, 1998; Gaunt & Lantz, 1996; May 1999). Hemrehabiliteringsteamet kan bestå av; arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, undersköterska, biståndshandläggare och läkare. Det kan även

finnas tillgång till andra yrkeskategorier till exempel logoped eller audionom vid behov (Gaunt & Lantz, 1996; May, 1999).

1.3.2 Bedömningsinstrument

Vanliga bedömningar som kan göras av arbetsterapeuten är P-ADL (Personlig/primär) bedömning, och bedömning av kognitiva funktioner med t ex Mini Mental Test (MMT) bedömning. Med hjälp av MMT testet kan kognitiva funktioner bedömas (Folstein, M.F., Folstein, S.E & McHugh, 1975). ADL – taxonomin kan användas för att kategorisera människan aktivitetsförmåga inom vardagliga aktiviteter. Detta instrument kan användas inom både habilitering och rehabilitering samt både på barn och såväl som vuxna. I ADL-taxonomin finns det tolv huvudsakliga aktiviteter dessa tar upp bland annat personlig vård, förflyttning, personlig hygien, toalettbesök, på –avklädning, matlagning, inköp av dagligvaror och städning/tvätt etc. Bedömningen brukar oftast göras genom observation i de olika aktiviteterna. Bedömningen är individuell och tidsåtgången varierar. Instrumentet kan användas i både sjukhusvård och hemrehabilitering (Törnqvist, 1995).

Arbetsterapeuter har en viktig roll inom hemrehabiliteringsformen eftersom deras uppgift är att motivera/handleda så att patienten kan bibehålla sin aktivitetsbalans, sociala umgänge och delaktighet i det vardagliga livet. Ett av arbetsterapeutens huvudmål är att fokusera på det som är väsentligt för patienten och bygga vidare mot rehabiliterings mål som ger resultat i det vardagliga livet (FSA, 1998).

Författarna är intresserade att veta vilka insatser och upplevelser några arbetsterapeuter har av hemrehabiliteringen för strokepatienter eftersom det är en vanlig patientgrupp som arbetsterapeuterna arbetar med. Studien är viktig att genomföra för att öka kunskapen om arbetsterapeuters upplevelser inom hemrehabiliteringen för patientgruppen med stroke.

2. Syfte

Syftet är att beskriva några arbetsterapeutens insatser och upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke.

3. Metod

3.1 Urvalsförfarande

Vi har valt att göra ett strategiskt urval utifrån de olika verksamhetsförlagda utbildningar (VFU) som hade fokus på hemrehabilitering som vi haft i utbildningen. Vi tog kontakt med verksamhetscheferna som valde ut tillgängliga arbetsterapeuter som passade in enligt inklusionskriterierna. Vi gjorde en förfrågan angående intresset att delta i studien. Det var två verksamheter som visade intresse. Författarna intervjuade fyra arbetsterapeuter som arbetade inom hemrehabilitering i södra Skåne. Inklusionskriterier för att delta i studien var legitimerade arbetsterapeuter med minst ett års erfarenhet inom hemrehabilitering. Arbetsterapeuterna skall även ha behandlat stroke patienter inom hemrehabiliteringen. Arbetsterapeuterna inom dessa verksamheter arbetade med många sorters diagnoser bland annat strokepatienter.

3.2 Metod/instrument för insamling av information

Vi använde oss av en kvalitativ metod och utgick från en semistrukturerad intervjumall. DePoy och Gitlin (1999) påpekar att intervjuaren kan få det enklare att förstå och tolka individens upplevelser av vardagliga aktiviteter vid användning av kvalitativ metod. För att genom vald intervjumetod ges intervjupersonerna mer bredd att förklara fritt angående frågornas svar (Kvale, 1997).

Holloway & Wheeler (1998) menar att den kvalitativa metoden ger deltagaren en möjlighet att uttrycka sig spontant och berätta valfritt utifrån sina egna erfarenheter.

Studien utfördes genom en semistrukturerad intervjumall. Intervjufrågorna riktade in sig på att besvara studiens syfte. Intervjufrågorna handlade om arbetsterapeutens roll, vilka insatser de utför för strokepatienter och vilka upplevelser de har av hemrehabiliteringen.

3.3 Procedur

Författarna genomförde studien på två kommunala verksamheter i Skåne. Arbetsterapeuterna tillfrågades genom telefon och brev, de intresserade arbetsterapeuterna fick information om studiens syfte. Varje intervju omfattade ca 1 timme. Intervjun gjordes under arbetsterapeuternas arbetstid efter medgivande av verksamhetschefen. Intervjun spelades in på

band och skrevs ut i sin helhet samt analyserades kvalitativt. Vi valde att spela in intervjuerna för att inte missa någon viktig information som intervju personerna delgav (Kvale, 1997).

3.4 Bearbetning av den insamlade informationen

Den insamlade data återgavs ordagrant efter avslutad intervju. Intervjuerna transkriberades av samma författare som genomförde intervjun, respektive författarna gjorde två intervjuer enskilt. Intervjuerna lyssnades in och lästes igenom flera gånger tills författarna träffades och bytte transkriberingar med varandra för att läsa igenom varandras utskrivna data. Tillsammans analyserades intervjuerna återigen en efter en för att se ifall någon ny information har tillkommit. Detta gjordes för att öka trovärdigheten genom att inte påverka varandra (DePoy & Gitlin, 1999; Kvale, 1997). Efter att författarna hade läst igenom varandras omskrivna data skrev vi ner tillsammans det väsentliga innehållet som svarade mot syftet. Bearbetning av den insamlade informationen gjorde att huvudkategorin blev arbetsterapeutens insatser och upplevelser. Därefter delades informationen upp till olika underkategorier som var betydelsefulla för studiens syfte. Dessa underkategorier var; arbetsordning, arbetsmetod och patientrelation. Efteråt jämförde vi resultatet från underkategorierna och tolkningarna med varandra. För redovisning av resultatet valdes citat från alla fyra intervjuer. Endast de viktigaste citaten som beskrev syftet togs med för att tydliggöra resultatet (Kvale, 1997).

3.5 Etiska överväganden

Författarna skickade projektplanen och frågeformuläret via Vårdvetenskapliga Etiska Nämnden (VEN) för rådgivande yttrande angående val av metod och urval.

Etiska aspekter bör vara i åtanke vid utförande av kvalitativ studie, till exempel intervju personernas samtycke, förklaringen om studiens syfte samt hur datorinsamlingen ska hanteras. Arbetsterapeuterna informerades om de etiska aspekterna och att medverkan i studien var frivillig och kunde avbrytas när som helst. Dessutom inhämtades deras samtycke till att delta i studien. Det är bara författarna som har tillgång till materialet och personerna som var med i studien aidentifierades genom att hans/hennes namn samt arbetsplats blev inte nämnda. Materialet kommer att förstöras efter att examensarbetet är slutfört

4. Resultat

Resultatet handlade om arbetsterapeutens insatser och upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke. I resultatet framkom det tre underkategorier vilka var; *arbetsordning*, *arbetsmetoden* och *patientrelation*. Underkategorin arbetsordning handlade om i vilken ordning arbetsterapeuterna kunde utföra olika insatser för patienter. Där arbetsterapeuterna exempelvis kunde börja med en datainsamling och sedan använde bedömningsinstrumentet ADL - Taxonomin som tog upp vardagliga aktiviteter som kunde vara aktuella för patienterna. Underkategorin arbetsmetoden beskrev hur arbetsterapeuterna kunde instruerar, informerar och redogöra för patienten, anhöriga och temaarbetet. Även om hur arbetsterapeuten uppfattade sitt arbete inom hemrehabilitering. Underkategorin patientrelation beskrev hur arbetsterapeuterna kunde skapa en patientrelation och fokusera på meningsfulla aktiviteter samt försöka få patienterna delaktiga i samhället. Där togs även upp bemötandet av patienter, anhöriga och gruppaktiviteterna.

<u>Arbetsterapeutens insatser och upplevelser</u>		
<u>Arbetsordning</u> <ul style="list-style-type: none">• Datainsamling• Analysering• Bedöma/ADL – Taxonomin• Observera• Mål• Utvärdera	<u>Arbetsmetod</u> <ul style="list-style-type: none">• Temaarbete•Handledning	<u>Patientrelation</u> <ul style="list-style-type: none">• Bemötande• Delaktighet• Gruppaktivitet• Anhöriga

Figur1: Beskrivning av arbetsterapeuternas insatser och upplevelser med tre olika underkategorier

4.1 Arbetsordning

4.1.1 Datainsamling och analysering

Alla fyra arbetsterapeuterna ansåg att datainsamlingen av patienten kunde ske vid flera tillfällen beroende på faktorer som exempelvis patienternas hälsotillstånd. Vid analysen inhämtade alla arbetsterapeuter information från datainsamlingen, om funktioner och yttre faktorer som kunde påverka personens fysiska, sociala och kulturella miljön. Två av deltagarna i studien använde sig av praxismodellen Canadian Modell of Occupational Performance (CMOP) vid datainsamlingen och analysen. De andra två deltagarna nämnde inget om någon praxismodell.

4.1.2 Bedöma/ADL – Taxonomin

Alla fyra arbetsterapeuterna utgick från ADL – taxonomin vid bedömning av vardagliga aktiviteter för patienter med stroke. I början av hemrehabiliteringen fokuserade arbetsterapeuterna oftast på P – ADL (Personlig/primär vård). För att arbetsterapeuterna tyckte att en bedömning i P – ADL kunde vara väsentligt i det akuta skedet. Observation av patienternas aktivitetsutförande i vardagliga aktiviteter skede oftast i deras hem och där påvisades vilka aktiviteter patienterna hade svårigheter med.

” ...man ska börja rehabiliteringen i rätt ordning. Patient ska känna sig lugn och få information om vad som ska hända.” (P1)

4.1.3 Observation

Alla fyra arbetsterapeuterna nämnde också för att kunna få en helhetsbild av patienterna var det viktigt att observera patienterna i de vardagliga aktiviteterna som de vanligtvis brukade utföra.

”...observation av patienternas aktivitetsutförande som de själva har valt är viktigt på grund av att de skall känna meningsfullhet och livskvalité.” (P4)

Arbetsterapeuterna utgick alltid från att tänka klientcentrerat och det som var väsentligt för patienten samt frågade ofta vad patienten tyckte, tänkte och kände just i den specifika aktiviteten. Om resultatet inte blev uppnått fick arbetsterapeuterna tillsammans med

patienterna diskutera och samtala om vad som behövdes för att förändra och göra så att det blev bättre.

4.1.4 Mål

Det var även betydelsefullt att teamet samarbetade mot gemensamma mål så att det inte uppstod otydligheter i rehabiliteringsprocessen. Alla arbetsterapeuterna ansåg även att målen skulle vara meningsfulla och aktivitetsinriktade. Patienter kunde i samråd med arbetsterapeuterna formulera olika realistiska aktivitets mål. Patientens uppsatta mål brukade oftast vara meningsfulla aktiviteter som de skulle vilja uppnå. Arbetsterapeuterna kunde motivera patienterna så att de påbörjade med de aktuella målen. Efter att patienterna hade uppnått de aktuella målen kunde patienten successivt gå vidare mot större aktivitets mål. Detta kunde göra så att rehabiliteringen blev effektivare samt att aktivitets mål blev uppnådda.

” ...man ska även utgå från det som är viktigt för patienten vad de har för intressen, mål och vad de tycker är angeläget att kunna klara av i sin vardag.” (P4)

4.1.5 Utvärdering

Alla fyra arbetsterapeuterna nämnde att det var viktigt att ständigt utvärdera eftersom på det sättet kunde arbetsterapeuterna erbjuda patienterna dem främsta förutsättningar för en lämplig rehabilitering. Arbetsterapeuterna kunde utvärdera genom att göra ett återbesök där de observerade patienterna igen eller samtalade med patienterna ifall aktivitetsutförandet hade blivit bättre eller om det behövdes fler interventioner. Utvärdering kunde även ske genom att arbetsterapeuterna ringde och frågade hur insatserna hade påverkat patientens vardagliga aktiviteter. Det kunde även ske genom att arbetsterapeuterna samtalade med vårdpersonal och med anhöriga ifall inte patienten själv kunde svara.

4.2 Arbetsmetod

4.2.1 Temaarbete

Därför tyckte arbetsterapeuterna att temaarbetet var en viktig förutsättning i rehabiliteringsprocessen för att patienterna skulle kunna få den mest optimala rehabiliteringsformen. I den ena verksamheten där två arbetsterapeuterna arbetade träffades teamet en gång i veckan och diskuterade olika patientfall. Teamet i den ena verksamhet bestod av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor och undersköterskor. I den andra verksamheten träffades teamet också en gång i veckan och diskuterade olika patientfall fast

här bestod teamet av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Alla arbetsterapeuter nämnde att samarbetet med olika yrkeskategorier var viktig så att patienten skulle få den effektivaste vården. Samarbetet med sjukgymnasten spelade stor roll för att då kunde sjukgymnasten betona vikten av träning och att aktivitetsutförande samt funktionsträning hörde samman.

4.2.2Handledning

Det var även viktigt att handleda vårdpersonalen samt lära de om exempelvis förflyttningsteknik och bemötandet av patient och anhöriga

I början av rehabiliteringsprocessen tyckte tre av arbetsterapeuterna att hans/hennes roll var som mest väsentlig för patienterna för att få igång rehabiliteringsprocessen.

Arbetsterapeuterna tyckte att kunskaperna i vårdteamet var betydelsefulla för effektiviteten av rehabiliteringen. Samtidigt ansåg de att det var viktigt att arbetsterapeuterna och resterande av vårdteamet samt patienten arbetade mot samma mål.

Arbetsterapeuterna tyckte att de ibland figurerade som coacher där de handledde, instruerade patienter, anhöriga och vårdpersonal. Alla arbetsterapeuterna nämnde hur viktigt det var att vara extra tydlig i sina instruktioner så att patienterna visste vad som skulle hända. Patienterna fick informationen om vilka åtgärder som skulle ske och hur rehabiliteringsprocessen skulle gå tillväga samt vem patienterna skulle vända sig till vid behov.

”...man måste hela tiden hålla patienten uppdaterad så att hon/han vet vad som ska hända samt så måste kommunikationen fungera... det skapar en trygghet och förtroende hos patienten.” (P2)

Tre av arbetsterapeuterna menade att det var betydelsefullt att inneha mycket kunskap så att det blev enklare att förklara vid behov för patienterna, anhöriga och vårdpersonal varför patienterna måste utföra vissa aktiviteter. Vid behov kunde arbetsterapeuterna koppla sin kunskap till patienternas aktivitetsutförande, så de såg ett samband mellan arbetsterapeutens handledning och i sin tur kunde patienten få förbättrad aktivitetsutförande samt ökad självständighet.

”...aktiviteter kan bidra med att patienterna snabbare kommer in i rehabiliteringsprocessen och rehabiliteringen blir effektivare.” (P3)

4.3 Patientrelation

4.3.1 Bemötande

Arbetsterapeuterna uttryckte att patientrelation var viktig att bygga upp för att patienterna skulle känna en trygghet och kunna lita på arbetsterapeuternas kunskaper. De nämnde också att bemötandet är A och O, samt att det var viktigt att vänta in patienten. Att visa respekt och empati för patienterna var betydelsefullt så att de kände sig delaktiga.

4.3.2 Delaktighet och gruppaktivitet

Arbetsterapeuterna menade även att delaktighet kan bidra till att patienterna inte känner sig bortglömda samt att de blir mer involverade i samhället. Exempel på sådana delaktigheter kan vara olika gruppaktiviteter där patienterna kan utbyta erfarenheter, upplevelser och känslor genom olika diskussioner och aktiviteter.

Gruppaktiviteterna kunde bidra till att patienterna kände en trygghet och tillförlit gentemot arbetsterapeuterna vilket kunde leda till att patienten kände sig mer motiverad att komma igång med rehabiliteringsprocessen.

"...gruppaktiviteter kan bidra till att patienterna får ökad självkänsla och insikt på vad de klarar av." (P2)

4.3.3 Anhöriga

Anhöriga kunde också få information om vilka åtgärder patienten skulle få, hur rehabiliteringsplanen såg ut och vem de skulle kontakta vid eventuella funderingar. Två av arbetsterapeuterna uppfattade ibland att anhöriga kunde lägga sig i rehabiliteringsprocessen vilket kunde leda till att patienten kände sig pressade och mindre motiverade. Därför tyckte arbetsterapeuterna att det var viktigt att anhöriga fick stöd och information så att de bättre kunde förstå vilken situation patienterna befann sig i.

"...viktigt att få med anhöriga i processen så att de känner sig lugna och vet att deras släktingar är i goda händer."(P1)

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Författarna använde en kvalitativ metod för att få fram intervjupersonernas individuella, spontana, fria tankar och upplevelser kring studiens syfte. Författarna tyckte att användningen av strategiskt urval utifrån VFU var en bra metod för att få tillgängliga intervjupersoner. Inklusionskriterier för att delta i studien var legitimerade arbetsterapeuter med minst ett års erfarenhet inom hemrehabilitering. Arbetsterapeuterna skulle även ha behandlat stroke patienter inom hemrehabiliteringen. Författarna ansåg att de nämnda inklusionskriterierna var tillräckliga för att besvara på studiens syfte. Vi tyckte det var en bra metod att använda vid bearbetning av den analyserade informationen från intervjuerna för att det gjorde att de väsentliga data kunde kopplas till studiens utgång.

Att transkribera och läsa intervjutexterna var och en för sig och sedan träffas och byta transkribering för att sedan utföra analyseringen igen tillsammans var till en fördel för att öka resultatens tillförlitlighet ännu mer. Fast hade båda författare medverkat vid intervjutillfället kunde kanske följdfrågorna bli fler och mer genomgripande samt att mer information hade kunnat inhämtas (Kvale, 1997).

Det låga antalet deltagare i studien kan ha påverkat studien negativt, för att med enbart fyra deltagare blev informationsinsamlingen inte så varierande. För att författarna kunde ha fått en större variation i svar om urvalet varit bredare. Dessutom hade de två verksamheterna som var belagda i Skåne likartad arbetsätt. Det gjorde att information som författarna fick av intervjuerna hade inte så stora skillnader. Författarna var nöjda med den semistrukturerade intervjumallen som användes vid intervju tillfället för att frågorna var baserade på syftet, fast det kunde ha varit fler frågor kring arbetsterapeuternas upplevelser. Efter avslutad intervju fick deltagarna ge sina synpunkter på hur de tyckte att frågorna var upplagda, exempelvis om de var för svåra att förstå eller för många.

Intervjupersonerna fick tillgång till alla frågor vid intervju tillfället. Intervjun var semistrukturerad och deltagarna kunde återvända till föregående fråga ifall de kände att de ville tillägga något. Intervjupersonerna fick efter avslutad intervju tillfälle att ge respons och konstruktiv kritik till författarna ifall det var något som de tyckte att författarna hade missat

eller om de hade påverkat intervjupersonerna svar. Fast i alla fyra intervjuer kände arbetsterapeuterna att vi inte påverkade deras tankar och uttalande kring frågorna. Vilket gav oss en trygghet på att vi inte hade påverkat intervjuerna negativt. Under en intervju ska intervjuaren på kort tid bygga en trygg och tillåtande stämning som gör att den intervjuade öppnar sig (Kvale, 1997). Författarna upplevde att intervjuerna flöt på bra och att intervjupersonerna öppnade upp sig och gav relevant information och besvarade frågorna. För att få med hela intervjun använde författarna sig av en diktafon. Det inspelade data var nödvändig för att inte missa något väsentligt som delgavs i intervjun. Samtidigt kunde författarna koncentrera sig mer på att ställa frågorna och följa intervjun så att den höll en röd tråd (DePoy & Gitlin, 1999; Kvale, 1997). Intervjun skedde på respektive verksamhet på arbetsterapeuternas arbetstid och detta gav dem friheten att boka in intervjun när det passade. Detta var bra för att de inte kände sig stressade och att de kunde fokusera på intervjun. Intervjun tog cirka en timme vilket var tillräckligt med tid tyckte författarna, eftersom frågorna blev besvarade.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet visade att samtliga arbetsterapeuter tyckte att deras insatser som de utförde var av stor betydelse i hemrehabiliteringen för patienter med stroke. Insatserna som alla arbetsterapeuterna utförde kunde exempelvis vara olika former av datainsamling, observationer, målformulering tillsammans med patient och utvärdering av hur rehabiliteringsprocessen har gått tillväga. Dessutom tyckte varje arbetsterapeut att handledning av patient, vårdpersonal och anhöriga var av stor betydelse.

Studierna Logan et al., (2004); Krisciūnas och Petruseviciene (2008) nämner att insatser av arbetsterapeuterna i tidigt skede kan öka rörligheten och hälsotillståndet hos patienter som är drabbade av stroke. Enligt studierna beskrivs det att strokepatienter som får arbetsterapi tidigt skede kan bli mer självständiga i de vardagliga aktiviteterna än personer som inte får rehabilitering lika snabbt. Studierna nämner även att insatserna från arbetsterapeuterna kan stärka patienterna så att de kommer igång med rehabiliteringen vilket gör att de fortfarande kan och vill utföra olika meningsfulla aktiviteter. Vilket i sin tur kan gör så att patienterna känner sig mer motiverade att ta emot insatserna från arbetsterapeuterna.

Författarna tycker att studierna Logan et al., (2004); Krisciūnas och Petruseviciene (2008) samt informationen som har framgått från intervjuerna bekräftar vilka insatser som ges till

patienter samt deras betydelse. Att olika insatser från arbetsterapeuterna är nödvändiga för att strokepatienter ska få en möjlighet till en mer självständigt vardag.

Resultatet visade att arbetsterapeuterna upplevde många positiva erfarenheter av att arbeta inom hemrehabiliteringen det var bland annat självständigheten, samarbetet, ansvaret, utmaningen och utvecklingen. Arbetsterapeuter ansåg att med stroke patienter ingår många arbetsterapeutiska moment vilket ger en givande kontinuerlig utveckling eftersom varje patientfall var individuell. De tyckte att det var en trevlig, givande och spännande grupp att arbeta med.

Författarna tycker att resultatet av upplevelserna visar att strokepatienter är en intressant grupp där arbetsterapeuterna har möjlighet att utvecklas, införskaffa ny kunskap eftersom varje individ är enskild och har olika krav och förutsättningar. Därför tycker författarna att det kommer bli givande att arbeta inom hemrehabilitering där vi får bland annat träffa strokepatienter. Vilket kommer att ge en givande kontinuerlig personligutveckling som arbetsterapeut. Författaren har sökt studier i olika databaser (Pubmed, Elin, Cochrane, Uppsatser, Google) kring arbetsterapeuternas upplevelser inom hemrehabilitering för patienter med stroke, fast författarna har inte fått några positiva gensvar.

Resultatet visade att arbetsmetoden blev tydligare genom att få det konkret från alla fyra intervjuarena, fast det var ingen ny information som tillkom. Informationen som vi fått fram i resultatet kunde kopplas till verkligheten så som arbetsterapeuter arbetade inom hemrehabiliteringen.

I resultatet framkom det tre underkategorier de nämnda underkategorierna valdes för att de genomsyrade studiens syfte. Resultatet visade att följa en rätt ordning var viktig vid mötet med patienter, så att de kunde få med alla insatser som skall ingå i rehabiliteringen. Arbetsterapeuterna arbetade klientcentrerat och det innebar att patienterna var i centrum. För att samla in anamnes av patienter användes datainsamling i form av intervjuer och olika observationer i det vardagliga livet. ADL – taxonomin användes vid observation av patienterna i de vardagliga aktiviteterna av samtliga arbetsterapeuter. För att kunna se vilka svårigheter patienten hade vid utförande av olika aktiviteter. Arbetsterapeuterna tyckte även att användningen av praxismodellen CMOP tillsammans med observation underlättade och gav relevant information angående patienternas svårigheter. Författarna anser att

användningen av ADL – taxonomin (Törnqvist, 1995) är en bra metod för att se svårigheter hos patienter.

Eftersom vi inte observerade arbetsterapeuternas insatser utan de själva fick berätta under intervjun om sina insatser de gjorde för strokepatienterna. Tyckte författarna att varje enskild intervju hade en subjektiv inlevelse, intervjuernas svar var spontana och direkta.

Av resultatet framgick det att handledning/instruering av patienterna var viktigt för att förklara för patienterna varför de skulle utföra olika aktiviteter och därefter kunna koppla dem till sina angivna mål. Alla fyra arbetsterapeuter tyckte att goda kunskaper av strokepatienter underlättade samarbetet mellan patienter, anhöriga och vårdpersonal, samt även vid behov kunna förklara ytterligare vad som föreligger gällande patients svårigheter. Detsamma nämnde May (1999), Gaunt och Lantz (1996) att ha kunskaper och kunna bemöta patienter, anhöriga och vårdpersonal var A och O för få en bra rehabiliteringsprocess. Dessutom så skulle det kunna leda till att patienten effektivare rehabiliteras och snabbare återhämtas. Att informera och förklara för patienterna tyckte vi var betydelsefullt och detta i sin tur kunde leda till ökad motivation och förståelse för rehabiliteringsprocessen.

I resultat från studien utgår det bl a ifrån patienternas egna intressen där de själv kunde välja aktiviteter. Aktiviteter som patienterna tyckte var meningsfulla för att de skulle kunna känna livsglädje och bättre livskvalitet, detta nämnde även intervjupersonerna och studien Holmqvist et al., (2000).

I resultatet framkom det att arbetsterapeuterna inom hemrehabiliteringen upplevde arbetet med strokepatienter som väldigt givande och utmanande, där både de och patienterna utvecklades genom utbyte av kunskaper och erfarenheter. Arbetsterapeuterna berättade även att det var lärorikt och berikande att möta nya individer med olika förutsättningar och mål. Detta gjorde att arbetsterapeuterna ständigt fick utveckla sin kompetens och arbeta tillsammans med patienten och resten av vårdteamet. Arbetsterapeuterna tyckte att det var viktigt att alla i vårdteamet var överens om vilka mål som var väsentliga för patienten. Enligt resultatet upplevde arbetsterapeuterna att gruppaktiviteter var gynnsamma för patienterna för att de fick träffa andra patienter i samma situation. Detta kunde göra att patienterna blev mer motiverade, vilket kunde leda till att rehabiliteringsprocessen gick framåt. Arbetsterapeuterna tyckte att det var negativt ifall patienter kände otrygghet och osäkerhet i sitt hem därför var det väsentligt att skapa en godtrogen patientrelation så att en

tillit utvecklas och att ingen information gick miste. Respekt, bemötande och empati var något som arbetsterapeuterna hade hela tiden i åtanke i möte med patienter.

I studierna Andersson et al., (2000), Holmqvist et al., (1998) framkommer det information om att patienterna som befann sig i sin hemmiljö kunde känna sig tryggare. Dessutom nämner de att ha sin familj i närheten, kunde tendera till att rehabiliteringsutgången blev bättre för att patienten trivdes och accepterade sin nuvarande situation. Logan et al., (2004) och Roderick et al., (2001) menar att strokepatienterna som fick rehabilitering i hemmet var nöjda med utgången och effektiviteten av rehabiliteringen. Vi tror att det kunde bero på att patienterna befann sig i sin hemmiljö bland nära och kära. Där patienterna kunde känna sig säkrare och tryggare, vi tror att det kunde ha gjort att svårigheterna som patienten råkade ut för blev enklare att hantera. Även att arbetsterapeuternas insatser kunde ha hjälpt patienterna att anpassa sig till de vardagliga aktiviteterna.

Författarna var medvetna om att insatserna framgick mer än upplevelserna i resultatet, det kunde bero på utformningen av frågeformulären och intervjupersonernas uttalande.

Det skulle ha varit intressant att få mer information kring arbetsterapeuternas upplevelser genom att ställa fler frågor. Detta kunde ha gjort så att upplevelserna skulle kunna tydliggöras mer i resultatet. Fast författarna tyckte trots det att studiens syfte blev besvarat och vi var nöjda med den kvalitativa ansatsen i studien samt den semistrukturerade intervjumallen som användes vid intervju tillfället.

5.3 Konklusion

Stroke är en folksjukdom och risken för att drabbas av stroke är större än vad det har varit tidigare, eftersom livsstilen har förändrats och människor lever längre (Aquilonius & Fagius, 2006; Strokeförbundet, 2008). Detta medför att det behövs ännu fler arbetsterapeuter eftersom de har en viktig roll i rehabiliteringsprocessen för patienter med stroke. Därtill så måste yrkesrollen förtydligas för andra yrkeskategorier varför arbetsterapeuter är viktiga inom rehabiliteringen. För att när vi var ute på VFU platserna upplevde vi att det var många som inte visste vilka insatser en arbetsterapeut utförde.

I resultatet framkom det att studien var relevant och kunde återkopplas till arbetslivet. Resultatet visar hur viktigt det är att handleda patienter delge information och klargöra för patienterna varför vissa aktiviteter måste utföras för att kunna uppnå huvudmålen. Även vårdpersonal och anhöriga skall vara med och påverkar rehabiliteringsprocessen så att

patienternas utgång blir tillfredställande. Klientcentrering ska vara i fokus vid möte med patienter samt att utgå från det som är meningsfullt för patienterna. Att arbetsordning är viktigt att följa så att inga steg missas i rehabiliteringsprocessen. Temaarbetet är viktigt så att alla inom vårdteamet är fokuserade mot en och samma mål och tar med patienterna i rehabiliteringsprocessen så att hon/han känns delaktig i sin rehabilitering.

Avsaknader av studier kring detta ämne gjorde att vi utförde denna studie. Författarna har inte kunnat hitta studier som beskriver arbetsterapeutens upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke. Utan det som författarna har hittat är studier kring patienternas och anhörigas upplevelse inom hemrehabiliteringen för personer med stroke samt arbetsterapeuternas insatser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke.

Studien har bidragit till att författarna har fått mer insikt och kunskap om både arbetsterapeuternas insatser och upplevelser av hemrehabiliteringen för patienter med stroke. Författarna har fått förståelse av hur arbetsterapeuterna inom hemrehabilitering går tillväga vid möte med strokepatienter. Vi har lärt oss hur viktigt det är att handleda patienter, vårdpersonal och anhöriga så att inga missuppfattningar och otydligheter uppstår samt att arbeta klientcentrering är viktig att ta med vid rehabilitering av patienter

Vi efterfrågar fler studier specifikt kring arbetsterapeuternas upplevelser av hemrehabiliteringen. Även studier som tydliggör arbetsterapeuternas yrkesroll inom rehabilitering.

6. Referenslista

Anderson, C., Rubenach, S., Mhurchu, C-N., Clark, M., Spencer, C., & Winsor, A. (2000). Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial I: Health Outcomes at 6 Months. *American Heart Association, Inc. Stroke. 31(5): 1024-31*

Aquilonius, S-M., & Fagius, J. (2006). *Neurologi*. Stockholm: Liber AB

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur AB

Bergroth, A., Ekholm, J., & Westerhäll, L-V. (2006). *Rehabiliteringsvetenskap : rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB

Borg, J., Gerdle, B., & Grimby, G. (2006). *Rehabiliteringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur AB

Dahlin, F-Å. (2007). *Psychological health and life situation in spouses of stroke patients*. Karolinska institutet. Stockholm: Reproprint AB.

DePoy, E., & Gitlin, L-N. (1999). *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB

Fortmeier, S., & Thanning, G. (1998). *Sett med patientens ögon*. Lund: Studentlitteratur AB

Folstein, M-F., Folstein, S-E., & McHugh, P-R. (1975). "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research 12:189-98*.

FSA. (1998). *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*. Etisk kod för arbetsterapeuter. Nacka: FSA publikationer

Gaunt, D., & Lantz, G. (1996) *Hemmet i vården-vården i hemmet*. Stockholm: Liber AB

Holloway, I., & Wheeler, S. (1998). *Qualitative research for nurses*. Oxford: Blackwell Science.

Holmqvist, W-L., von Koch., L., Kostulas, V., Holm, M., Widsell, G., Tegler, H., Johansson, K., Almazán, J., & de Pedro-Cuesta J. (2000). A randomised controlled trial of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockholm: outcome at six months. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32, 80-86.

Krisciūnas, A., & Petruseviciene D. (2008). Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. *Medicina (Kaunas)* 44(3): 216-24

Kuller LH. Epidemiology and prevention of stroke, now and in the future. *Epidemiol Rev* 2000;22:14-7.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (S-E. Torhell övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1996).

Logan, P-A., Gladman, J -R-F., Avery, A., Walker, M- F., Dyas, J., & Groom, L. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ* 2004; 329:1372.

May, B-J. (1999) *Home health and rehabilitation : concepts of care*. (2nd edition). Philadelphia : F.A. Davis, cop

Norrving, B & Terént, A. (2001). *Strokeboken*. NHR, STROKE – Riksförbundet

Roderick, P., Low, J., Day, R., Peasgood, T., Mullee, M-A., Turnbull, J-C., Villar, T., & Raftery, J. (2001). Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day – hospital care. *British Geriatrics Society*. 303-310.

Socialstyrelsen. (2000). *Nationella för strokesjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen

Taylor, C.M. (2000). *Evidence-based practice for occupational therapists*. Oxford: Blackwell Science.

Townsend, E (ed). (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. (2nd edition) Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Törnqvist, K. (1995). *Att fastställa och mäta förmåga till dagliga livets aktiviteter (ADL). En kritisk granskning av ADL-instrument och arbetsterapipraxis. [doktorsavhandling]* Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.

Källförteckning

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/4A105376-B7D9-4820-B655-CE2188AC4901/7768/200710711.pdf> sid 9

<http://www.strokeforbundet.org/index.asp20080112>

Frågeformulär

Bilaga 1

- Vilken roll anser du som arbetsterapeut dig ha inom hemrehabiliteringen?
- Vilka insatser utför du för patienter med stroke?
- Hur belåten är du med dina insatser?
- Hur tror du att dina stroke patienter upplever dina insatser?
- Första mötet:
 - vad händer:
 - data insamling
 - patientrelation
 - klientcentrerat
 - aktivitetsbalans
 - mål
 - åtgärder
 - utvärdera etc.
- Hur ser din behandlingsplan ut för strokepatienter?
- Vilka fördelar ser du med hemrehabiliteringen?
- Vilka nackdelar ser du med hemrehabiliteringen?
- Finns det något du skulle vilja förändra?