



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

**Arbetsterapeuters upplevelser av rehabiliteringsmetoden “Tidig
understödd utskrivning med fortsatt rehabilitering i hemmet” vid
stroke**

- En kvalitativ intervjustudie

Författare: Dalia Luneckaite och Malin Lindell

Handledare: Suzanne Johanson

Leg. arbetsterapeut, Dr. med. vet.

Institutionen för hälsovetenskaper

Psykisk hälsa, aktivitet och delaktighet,

Lunds Universitet

Kandidatuppsats

Våren 2019

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap,
Box 157, S-221 00 Lund

Tack!

Författarna vill rikta ett stort tack till Suzanne Johanson, för allt stöd och handledning under studiens gång, samt till forskare och yrkesverksamma inom området som guidat oss i rätt riktning. Författarna vill även betona sin tacksamhet till deltagarna för att de tog sig tid att ställa upp för intervju och för deras genuina engagemang under studien.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Kandidatuppsats

Våren 2019

Arbetsterapeuters upplevelser av rehabiliteringsmetoden “Tidig understödd utskrivning med fortsatt rehabilitering i hemmet” vid stroke

- En kvalitativ intervjustudie

Dalia Luneckaite och Malin Lindell

Abstrakt

Bakgrund: 2018 publicerades nya riktlinjer för vård vid stroke i Sverige. Riktlinjerna har ökat prioriteringen av rehabiliteringsmetoden *Tidig understödd utskrivning*, även kallat *Early Supported Discharge (ESD)*. ESD innebär att samma multidisciplinära team, där arbetsterapeuter utgör en väsentlig roll, både koordinerar utskrivning och utför hemrehabilitering. Tidigare studier har undersökt effekt och upplevelse av ESD. Det saknas dock studier om hur yrkesgruppen arbetsterapeuter upplever ESD. **Syfte:** Undersöka upplevelser av rehabiliteringsmetoden ESD vid stroke hos arbetsterapeuter i Sverige som arbetar, eller har arbetat, med denna metod. **Metod:** Studien har kvalitativ design. Tio semistrukturerade intervjuer genomfördes, vilka sedan analyserades med innehållsanalys. **Resultat:** Arbetsterapeuterna upplever att ESD främjar det arbetsterapeutiska synsättet, klientens upplevelse, terapeutiska alliansen samt upplevs som mer klientcentrerad och positiv, jämfört med traditionell rehabilitering. **Slutsats:** Resultatet bidrar till ökad förståelse för arbetsterapeuters upplevelse av ESD, med fokus på hemmiljöns och terapeutiska alliansens betydelse. Fler studier om ESD behövs för att öka förståelsen för metoden.

Nyckelord: Arbetsterapi, stroke, rehabilitering, Early supported discharge, hemmiljö, klientcentrering, terapeutisk allians

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUND UNIVERSITY

Faculty of Medicine

Occupational Therapy Programme

Bachelor thesis

Spring 2019

Occupational therapists' experiences with the rehabilitation method "Early Supported Discharge" for stroke patients

- A qualitative interview study

Dalia Luneckaite and Malin Lindell

Abstract

Background: The rehabilitation method *Early Supported Discharge* (ESD) has gained in priority according to the new Swedish stroke-care guidelines that were published year 2018. ESD implies that the same multidisciplinary team, where occupational therapists constitutes an important role, both coordinates discharge and performs the home rehabilitation. Even though there are earlier studies examining the effect and experience of ESD, there is still a lack of studies examining just how occupational therapists experience ESD. **Aim:** Examine the experiences of the rehabilitation method ESD, with regards to stroke patients, for occupational therapists in Sweden who practice, or have, practised this method. **Method:** The study has a qualitative design. Ten semi-structured interviews were conducted, which then were analyzed with a content analysis. **Result:** ESD were experienced by occupational therapists to facilitate the approach of occupational therapy, the experience of the client, the therapeutic alliance and were perceived as more client-centered and positive, compared to the traditional rehabilitation methods. **Conclusion:** The result contributes to a greater understanding of how occupational therapists experience ESD, with respect to the therapeutic alliance and the home environment. There is a great need for further studies on ESD to establish a greater understanding for this method.

Keywords: Occupational therapy, stroke, rehabilitation, Early supported discharge, home environment, client-centered, therapeutic alliance

Adress: Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science,
Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1. Inledning | 6 |
| 2. Bakgrund | 7 |
| 2.1 Hälsa och aktivitet | 7 |
| 2.2 Arbetsterapi | 7 |
| 2.3 Stroke | 8 |
| 2.4 Rehabilitering vid stroke | 9 |
| 2.4.1 Strokerehabilitering | 9 |
| 2.4.2 Nationella riktlinjer vid strokerehabilitering | 10 |
| 2.4.3 Early Supported Discharge (ESD) | 11 |
| 2.4.4 Arbetsterapi vid stroke | 13 |
| 2.4.5 Terapeutisk allians | 13 |
| 2.5 Problemområde | 14 |
| 3. Syfte | 15 |
| 3.1 Frågeställningar | 15 |
| 4. Metod | 15 |
| 4.1 Design | 15 |
| 4.2 Urval | 15 |
| 4.3 Deltagare | 16 |
| 4.4 Datainsamling | 16 |
| 4.5 Databearbetning och dataanalys | 17 |
| 4.6 Etiska överväganden | 18 |
| 5. Resultat | 19 |
| 5.1 Arbetsterapeutiskt synsätt | 20 |
| 5.1.1 Person, miljö, aktivitet | 20 |
| 5.1.2 Arbetsterapeutiska processmodeller | 23 |
| 5.1.3 Klientcentrering | 24 |
| 5.2 Klientens upplevelse | 24 |
| 5.3 Terapeutiska alliansen | 25 |
| 5.3.1 Kontinuitet | 25 |
| 5.3.2 Förtroende | 25 |
| 5.3.3 Arbetsterapeutens förhållningssätt och egenskaper | 26 |
| 5.4 ESD i relation till traditionell rehabilitering | 26 |
| 5.4.1 Kommun- och avdelningsarbete i relation till ESD | 26 |
| 6. Diskussion | 28 |
| 6.1 Metoddiskussion | 28 |
| 6.2 Resultatdiskussion | 31 |
| 7. Slutsats | 36 |
| 8. Referenslista | 37 |
| 9. Bilagor | 45 |
| 9.1 Bilaga 1 | 45 |

1. Inledning

Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige (Riksstroke, 2019a). År 2017 registrerades, med en 89 % nationell täckningsgrad, över 21 000 personer som drabbats av stroke (Riksstroke, 2019b). Ungefär en tredjedel av de drabbade avlider som följd (Mildestvedt, Meland, Hunskaar & Straand, 2015) och i Sverige är stroke den sjukdom som medför flest antal vård dagar på sjukhus (Norrving & Lindgren, 2012). Stroke är den vanligaste anledningen till funktionsnedsättningar hos vuxna och endast en tredjedel blir återställda efter stroke. Efter en stroke är den drabbade ofta i behov av rehabiliterande insatser (Mildestvedt, et al., 2015), dock uppger många att deras rehabiliteringsbehov inte blivit tillgodosett (Riksstroke, 2018). Under år 2018 publicerade Socialstyrelsen (2018) nya nationella riktlinjer för vård vid stroke. De beskriver den traditionella rehabiliteringsmetoden där rehabiliteringen inleds på en slutenvårdsavdelning för att därefter övertas av dagrehabilitering inom öppenvården, kommunal hemrehabilitering eller primärvården. Denna rehabiliteringsmetod kommer fortsättningsvis i studien benämnas som *traditionell rehabilitering*. Vidare beskriver Socialstyrelsen även en alternativ rehabiliteringsmetod där samma multidisciplinära team från slutenvården koordinerar utskrivning och utför hemrehabilitering. Den alternativa metoden, som Socialstyrelsen (2018) benämner som *tidig understödd utskrivning med fortsatt rehabilitering i hemmet*, benämns internationellt som *Early Supported Discharge (ESD)* (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2015). Rehabiliteringsmetoden kommer fortsättningsvis i studien benämnas som *ESD*.

Arbetsterapeuter utgör en viktig profession i det multidisciplinära ESD-teamet (SBU, 2015; Socialstyrelsen, 2018; Wendel, 2012). Till följd av Socialstyrelsens rekommendationer kan ESD förväntas öka på svenska sjukhus, vilket leder till behov av fler arbetsterapeuter inom aktuella verksamheter (Socialstyrelsen, 2018). Det saknas idag studier som belyser arbetsterapeuternas upplevelse av ESD, både utifrån det arbetsterapeutiska synsättet, klienternas upplevelse, den terapeutiska alliansen samt traditionell rehabilitering. Med hänsyn till att arbetsterapeuter utgör en central roll inom ESD, samt ett förväntat behov av fler arbetsterapeuter, syftar författarna till att belysa och undersöka denna kunskapslucka.

2. Bakgrund

2.1 Hälsa och aktivitet

I den *allmänna förklaringen om mänskliga rättigheter* (Förenta Nationerna [FN], 1948) lyfts det fram att alla människor har rätt till hälsa och välbefinnande. Enligt World Health Organization (WHO) (1946) är hälsa ett tillstånd av socialt, mentalt och fysiskt välmående. Socialstyrelsen (2003a) skriver att WHO har tagit fram en klassifikation för hälsokomponenter, *International classification of functioning, disability and health* (ICF), för att mäta hälsa och hälsoproblem på individ- och samhällsnivå. Klassifikationen kan användas som ett gemensamt språk för hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att beskriva klientens hälsa. ICF beskriver relationen mellan kroppsfunktioner och kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet samt omgivnings- och personfaktorer (Socialstyrelsen, 2003a).

FN (1948) betonar vidare att alla människor är berättigade till valfritt val av sysselsättning, fritid och vila. Delaktighet i aktivitet har stor betydelse för individens hälsa, välmående och mening (Christiansen & Townsend, 2010; Kielhofner, 2012a; Townsend & Polatajko, 2013). Individens liv består av aktiviteter. Aktivitet definieras som deltagande, brukandet av plats och tid, utbud av syfte, mening och erfarenhet (Christiansen & Townsend, 2010) samt görandet, det vill säga handlingar som en person utför (Law, Polatajko, Baptise & Townsend, 2002). Balans i livets olika aktiviteter leder till tillfredsställelse och främjar hälsa, mening och ett hållbart mönster av aktiviteter (Matuska & Barret, 2014). Människan har alltid deltagit i aktiviteter. Dessa aktiviteter varierar dock mellan individer, grupper, nationer, kulturer samt över tid (Polatajko, 2010). Flera författare diskuterar kring aktivitetsindelning och väljer att kategorisera aktivitet i de olika kategorierna: personlig vård, produktivitet samt fritid (Law, et al., 2002; Kielhofner, 2012b).

2.2 Arbetsterapi

Målet och syftet med arbetsterapi är att möjliggöra för klientens delaktighet i aktiviteter samt främja klientens hälsa och välbefinnande. Detta möjliggörs genom ett klientcentrerat arbetssätt, med fokus på det som är nödvändigt, viktigt och meningsfullt för klienten (World Federation of Occupational Therapy [WFOT], 2012). Flera författare belyser den dynamiska relationen mellan person, miljö och aktivitet och att dessa komponenters samverkan resulterar i aktivitetsutförandet, enligt det arbetsterapeutiska synsättet (Kielhofner, 2012c; Law et al.,

1996; WFOT, 2012). Kielhofner (2012d) beskriver miljön som *fysiska, kulturella, sociala, politiska-och ekonomiska faktorer* och att miljöns förutsättningar, både resurser och begränsningar, påverkar individen och individens möjlighet till aktivitet. Person utgörs av tre komponenter, enligt Kielhofner (2012c). Dessa är viljekraft (uppsättning av känslor och tankar om oss själv i sin omvärld), vanebildning (beteendemönster utifrån vanor och roller) och utförandekapacitet (fysiska och mentala förmågor som ligger till grund för utförandet). Aktivitet beskrivs som det ständiga samspelet mellan viljekraft, vanebildning, utförandekapacitet och miljön. Genom att möjliggöra för klienten att förändra och påverka en eller flera av dessa aspekter så kan klientens delaktighet och aktivitetsutförande främjas. Resultatet av det arbetsterapeutiska arbetet mäts i termer av delaktighet, tillfredsställelse och/eller förbättringar i aktivitetsutförandet (WFOT, 2012). Inom det arbetsterapeutiska synsättet anses människan vara en aktiv varelse som alltid har potential till utveckling. Aktivitetsbaserade interventioner är väsentligt inom arbetsterapi och delaktighet i aktivitet främjar individens välmående och hälsa (Eklund, 2010; Christiansen & Townsend, 2010). Arbetsterapeuter ska främja de aktiviteter som bidrar till hälsa och välmående (Townsend & Polatajko, 2013) och verkar i syfte för att klienten ska leva ett så gott liv som möjligt (Sveriges arbetsterapeuter, 2018).

Ett klientcentrerat arbetssätt, med fokus på meningsfulla aktiviteter, samt det arbetsterapeutiska synsättet kan främjas genom att utgå från en arbetsterapiprocess (Fisher & Nyman, 2007). Inom arbetsterapi finns det processmodeller som beskriver denna process. Två exempel på processmodeller är *The Occupational Therapy Intervention Process Model* (OTIPM) (Fisher & Nyman, 2007) och *The Canadian Practice Process Framework* (CPPF) (Townsend & Polatajko, 2013). Dessa modeller ger struktur och stödjer arbetsterapeutens och klientens samarbete vid bedömning, målformulering, val av intervention och utvärdering. Båda modellerna betonar vikten av relationen, den terapeutiska alliansen, mellan arbetsterapeut och klient. Vidare betonar modellerna vikten av meningsfulla aktiviteter samt miljö- och personfaktorer som påverkar aktivitetsutförandet (Fisher & Nyman, 2007; Townsend & Polatajko, 2013).

2.3 Stroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt, intracerebral blödning och subaraknoidalblödning. Hjärninfarkt utgör 85 % av alla strokefall och är därmed den vanligaste typen av stroke (Norrving & Lindgren, 2012). Stroke uppkommer till följd av

störningar i hjärnans blodcirkulation och beror oftast på blodpropp eller blodkärlsbristning (Jönsson, 2012). För att tillstånden ska definieras som stroke krävs det att symtomen, såsom domningar, förlamningar, talsvårigheter, förvirring, synstörningar, yrsel och/eller balanssvårigheter (Jönsson, 2012), pågår under minst ett dygn eller att den drabbade avlider som följd. Detta till skillnad från tillståndet *transitorisk ischemisk attack* (TIA) som innebär att symtomen varar i mindre än ett dygn. TIA skiljer sig därmed från stroke och innefattas inte i denna diagnos (Mildestvedt, et al., 2015).

Många personer lever med restsymtom till följd av stroke. Av de som insjuknar i stroke får ungefär 40 % bestående funktionsnedsättningar (Brogårdh, Flansbjer & Lexell, 2012). Detta kan vara i form av nedsatt förmåga och begränsningar avseende aktiviteter, rörlighet, sväljning, kommunikation och/eller kognition. Även psykiska besvär, såsom depression och oro, kan uppkomma (Jönsson, 2012). Dessa symtom kan medföra svårigheter att utföra aktiviteter i det dagliga livet, vilket i sin tur kan leda till nedsatt självständighet, delaktighet och livstillfredsställelse. Behov av fortsatta insatser även efter utskrivning, såsom rehabilitering, kan därmed föreligga. Med rätt stöd kan negativa konsekvenser till följd av stroke minskas eller undvikas (Brogårdh, et al., 2012).

2.4 Rehabilitering vid stroke

2.4.1 Strokerehabilitering

Målet med strokerehabilitering är att reducera, eliminera eller kompensera för funktionsnedsättningar samt möjliggöra och främja delaktighet i meningsfulla aktiviteter (Björkdahl, 2012). Strokerehabilitering bör erbjudas så tidigt som möjligt och så länge som behovet finns i syfte att bibehålla eller återfå bästa möjliga aktivitets- och funktionsförmåga (Brogårdh, et al., 2012; Jönsson, 2012). Tidig rehabilitering, vilket innebär rehabiliterande insatser som startar tidigt efter insjuknandet, minskar risken för sekundära komplikationer och återinsjuknande samt främjar återhämtning (Socialstyrelsen, 2018). Till grund för rehabiliteringen ligger utredning kring klientens resurser, aktivitets- och funktionsförmåga (Norrving et al., 2015) och rehabiliteringens omfattning och strukturering bör anpassas därefter (Brogårdh, et al., 2012). Klientens mål och önskemål är centrala i rehabiliteringsprocessen (Norrving et al., 2015) och rehabiliteringen bör utföras av flera professioner för att främja klientens mål och tillgodose behov (Socialstyrelsen, 2018).

Rehabiliteringen startar oftast på strokeenheten inom slutenvården och kan sedan fortsätta inom antingen kommunal, öppen- eller slutenvården. En *samordnad individuell plan* (SIP), som kan användas för att samordna individuellt anpassade stödinsatser, upprättas mellan landsting och kommun. Insatserna kan sedan ges från olika instanser, såsom socialtjänst, den kommunala hälso- och sjukvården samt landstingsvården. Klientens funktionsnedsättningar samt aktivitets- och delaktighetsbegränsningar ska bedömas och sammanställas i en rehabiliteringsplan (Socialstyrelsen, 2018). Det livslånga uppföljningsansvaret hamnar alltid hos primärvården (Region Skåne, 2018). Den största delen av den akuta strokerehabiliteringen ges på sjukhus, men på senare år har ESD tagits fram som en alternativ rehabiliteringsmetod i den tidiga fasen (Socialstyrelsen, 2018).

Region Skåne (2018) har tagit fram ett vårdprogram för uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention vid stroke. De skriver att en sammanhållen vårdkedja ger bättre resultat, avseende bland annat livskvalitet och aktivitetsförmåga, och denna samordning blir ännu viktigare ju mer komplexa behov klienten har. Rehabiliteringsprocessen ska starta redan i slutenvården och därefter planeras vidare i vårdkedjan så sömlöst som möjligt. Vårdkedjan vid stroke är komplex, omfattande och involverar flera vårdinsatser och specialister under lång tid med en efterföljande livslång uppföljning. Kontinuitet mellan de olika nivåerna i vårdkedjan är viktig (Region Skåne, 2018).

2.4.2 Nationella riktlinjer vid strokerehabilitering

I Socialstyrelsens (2018) *nationella riktlinjer för vård vid stroke* tas det upp rekommendationer, som rangordnas enligt prioriteringsgrad, för rehabilitering i tidig och sen fas. Socialstyrelsen gav ut de första riktlinjerna för vård vid stroke år 2000. Sedan dess har riktlinjerna publicerats i tre olika revideringar under år 2005, 2009 samt 2018. Däremellan har även olika tillägg och uppdateringar publicerats (Socialstyrelsen, 2019, personlig kommunikation, 23 mars 2019). Tidig understödd utskrivning med fortsatt rehabilitering i hemmet nämns år 2009 som en rekommendation (Socialstyrelsen, 2009). Då skrev Socialstyrelsen att *“Hälso- och sjukvården kan skriva ut strokepatienter med milda till måttliga symtom från sjukhuset tidigare under förutsättning att patienten får rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med kunskap om strokesjukvård (prioritet 3)”* (Socialstyrelsen, 2009 s. 28). I de aktuella riktlinjerna skriver Socialstyrelsen att *“hälso- och sjukvården bör erbjuda tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, där ett multidisciplinärt stroke-team både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i*

hemmiljön, till personer med lindrig till måttlig stroke (prioritet 2)” (Socialstyrelsen, 2018 s. 37). Denna metod benämns även som ESD (SBU, 2015). Socialstyrelsen (2018) skriver också, dock med en lägre prioriteringsgrad, att *“hälso- och sjukvården kan i undantagsfall erbjuda tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, där ett multidisciplinärt stroke team koordinerar utskrivningen men där fortsatt rehabilitering i hemmiljön utförs av kommunen eller primärvården, till personer med lindrig till måttlig stroke (prioritet 9)”* (Socialstyrelsen, 2018 s. 37). Denna metod benämns som traditionell rehabilitering (SBU, 2015). Trots att den traditionella rehabiliteringen har lägre rangordning i Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid stroke 2018 är denna rehabiliteringsmetod fortfarande den mest uttalade och mest använda och få sjukhus erbjuder ESD (SBU 2015; Socialstyrelsen, 2018; Wendel, 2012). Riksstroke, det svenska kvalitetsregistret för stroke och TIA, arbetar för närvarande med att kartlägga i vilken utsträckning de olika rehabiliteringsmetoderna vid stroke används på sjukhus idag (Riksstroke, 2018). Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram en översikt av riktlinjerna, då de ser att ny forskning har tillkommit, som är planerad att publiceras i slutet av år 2019 (Socialstyrelsen, 2019, personlig kommunikation, 23 mars 2019).

2.4.3 Early Supported Discharge (ESD)

ESD är en rehabiliteringsmetod som kan användas för klienter med lindriga till måttliga funktionsnedsättningar till följd av stroke. Det innebär att utskrivningen sker tidigare från strokeavdelningen och med fortsatt rehabilitering i hemmet av samma multidisciplinära team från slutenvården. Detta till skillnad från den traditionella rehabiliteringen som medför senare utskrivning från slutenvård och där sedan primärvård och/eller kommun utför rehabilitering (SBU, 2015).

Fisher et al. (2011) har försökt, genom att i sin studie tillfråga flera individer som arbetar med ESD, formulera generella överenskommelser som ska gälla på såväl nationell som internationell nivå för ESD. De menar att vid ESD ska det finnas ett strokeinriktat och multidisciplinärt team och rehabiliteringen ska ske, så länge som behov finns, i klientens hemmiljö. Den akuta strokesjukvården och ESD-teamet behöver ha ett bra samarbete för att tillsammans identifiera lämpliga klienter för ESD, vanligtvis de med lindrig till måttlig stroke. Det måste finnas flexibilitet kring hur patienter rekryteras för ESD. Detta då många faktorer, såsom annan samhällsservice samt var patienten bor, måste tas i beaktning. Fisher et al. föreslår vidare att ESD-teamet bör använda standardiserade bedömningsinstrument för att

kartlägga eventuella förändringar i vårdtid och återinläggning samt för att övervaka strokesymtom, självständighet, aktiviteter i dagliga livet och livstillfredsställelse. I ESD-teamet ingår flera professioner, såsom arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, kurator och logoped (SBU, 2015). Arbetsterapeuter bidrar med bland annat funktions- och aktivitetsbedömningar, kartläggning kring tidigare och nuvarande aktivitetsförmåga och betydelsefulla aktiviteter, målformulering samt interventioner (Wendel, 2012).

Studier, som har sammanställt aktuell och relevant forskning inom området, visar att ESD minskar vårdtiden på sjukhus med sex dagar (Langhorne, Baylan & Early Supported Discharge Trialists, 2017) respektive nio dagar (SBU, 2015), jämfört med traditionell rehabilitering. Vidare bidrog ESD också, jämfört med traditionell rehabilitering, till ökad självständighet avseende aktiviteter i dagliga livet, ökat upplevt stöd från vårdgivare, ökad förmåga att bo kvar i ordinärt boende längre samt minskad risk att avlida till följd av stroke (Langhorne, et al., 2017; SBU, 2015). Det framkommer att det inte finns någon skillnad, mellan ESD och traditionell rehabilitering, avseende hälsa och välmående hos klient eller vårdgivare (Langhorne, et al., 2017). En annan studie visar dock att klienter som har rehabiliterats enligt ESD skattar högre upplevd hälsa och tillfredsställelse än de som genomgått traditionell rehabilitering (Ytterberg, Thorsen, Liljedahl, Widén Holmqvist & Von Koch, 2010). ESD innebär en lägre kostnad, jämfört med traditionell rehabilitering, till följd av färre vård dagar och minskade hemtjänstinsatser (Von Koch, Pedro-Cuesta, Kostulas, Almazan & Widén Holmqvist, 2001).

Det är idag oklart i vilken utsträckning ESD tillämpas. Riksstroke har i sin årsrapport för 2017 belyst att det behövs göras justeringar i detta register. Detta för att kunna tydliggöra skillnader mellan de olika typerna av rehabilitering som rekommenderas enligt Socialstyrelsen. Dessa justeringar kommer att göras inför 2018 års rapport som publiceras under år 2019 (Riksstroke, 2018). Socialstyrelsen (2018) skriver att 25 % av de strokepatienter som skrivs ut till hemmet bedöms vara aktuella för ESD. Idag är det dock endast 15 %, cirka 2 100 personer, som får denna insats. Langhorne med kollegor betonar att även då ESD-modellen behöver förtydligas och klargöras, samt att det behövs mer information om effekt, kostnad och resultat för olika klientgrupper (avseende till exempel kulturella, socioekonomiska samt geografiska faktorer), så talar bevisen för att ESD bör användas vid strokerehabilitering (Langhorne, et al., 2017).

2.4.4 Arbetsterapi vid stroke

Region Skåne (2018) skriver att arbetsterapeuter ska finnas att tillgå för de som drabbats av stroke. Arbetsterapeuter kan, genom till exempel aktivitets- och funktionsträning, miljöanpassningar samt hjälpmedelsförskrivning, stötta klienter med kvarvarande funktionsnedsättningar till följd av stroke. Arbetsterapeuter kan stötta klienten att utveckla, bibehålla och/eller återfå funktioner. Detta bör tränas i vardagens meningsfulla aktiviteter som klienten associerar med välmående. Ekstam, Guidetti, Johansson och Tham (2012) skriver att genom aktivitetsträning kan nya erfarenheter genereras och dagliga aktiviteter kan upptäckas, utvecklas och hanteras på nytt.

Stroke leder ofta till funktionsnedsättningar och aktivitetsförlust. Många aktiviteter, som tidigare utförts på rutin, kan inte längre tas för givna. Klientcentrerat arbetssätt med fokus på meningsfulla och relevanta aktiviteter för klienten är en framgångsrik intervention vid stroke. När rehabiliteringen sker i en stödjande miljö och fokuserar på klientens mål känner sig klienten mer delaktig och aktivitetsförmågan förbättras (Ekstam et al., 2012). Personer som drabbats av stroke uppnår en högre aktivitetsförmåga om de fått arbetsterapeutiska insatser i hemmet, jämfört med de som inte fått arbetsterapeutiska insatser. Dessa insatser främjar självständighet i aktivitet, vilket i förlängningen också ger ökad livskvalitet (Walker et al., 2004).

2.4.5 Terapeutisk allians

Den terapeutiska alliansen är den mest centrala och viktigaste faktorn för rehabiliteringsresultatet. Den terapeutiska alliansen kan beskrivas som en relation, där faktorer såsom empati, stöd, samarbete, förtroende, engagemang och hopp, utvecklas mellan klient och terapeut. I en välfungerande allians har klient och terapeut en relation med stark kvalitet, de är eniga om rehabiliteringsmål och tillvägagångssätt samt upplever sig gemensamt ansvariga och delaktiga i processen. Den terapeutiska alliansen är en förutsättning för en lyckad rehabilitering, detta då det främjar att klienten accepterar, fortsätter och tror på processen (Johansson, 2010). Den terapeutiska alliansen startar vid första mötet för att sedan utvecklas, fördjupas och upplevas allt starkare, från första till sista mötet, under den tid parterna arbetar tillsammans (Cooper, 2012; Fisher & Nyman, 2007).

Inom arbetsterapi finns det flera studier som visar på den terapeutiska alliansens, mellan arbetsterapeut och klient, betydelse för rehabiliteringsresultatet och klientens upplevelse

(Gunnarsson & Eklund, 2009; Kielhofner & Forsyth, 2012; Palmadottir, 2006).

Arbetsterapeutens upplevelse av den terapeutiska alliansen kan påverka hur klienten uppfattar interventionen, dess betydelse och effektivitet. När arbetsterapeut och klient värderar den terapeutiska alliansen positivt så främjas klientens tillfredsställelse och behov (Gunnarsson & Eklund, 2009). Kvaliteten på alliansen kan förbättra resultatet av arbetsterapin (Palmadottir, 2006). Arbetsterapeuter ser deras relation med klienten som den mest avgörande faktorn för rehabiliteringsresultatet (Taylor, Lee & Kielhofner, 2011).

2.5 Problemområde

Tidigare forskning om ESD har undersökt både patienters- och anhörigas upplevelse (Lou et al., 2016) samt ESD-teamets upplevelse (Wottrich, von Koch & Tham, 2007). Wottrich och medförfattare intervjuade ett team bestående av arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopedier och kuratorer i syfte att undersöka betydelsen av rehabilitering i hemmiljö efter stroke, ur det multidisciplinära teamets perspektiv. Intervjuerna visade på att teamet upplevde att ESD underlättade deras arbete med att hjälpa klienter att bli mer självständiga i de dagliga aktiviteterna i sin hemmiljö samt att ESD stödjer kontinuitet i rehabiliteringsprocessen. Studien särskiljer dock inte de olika professionernas upplevelse (Wottrich, et al., 2007). SBU (2015) skriver att även då professionerna, som ingår i de multidisciplinära ESD-teamen, skiljer sig åt mellan de undersökta studierna utgörs ändå den största bemanningen av arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Om ESD ökar på svenska sjukhus, i enighet med Socialstyrelsens rekommendationer kommer det, enligt Socialstyrelsen (2018), leda till att fler arbetsterapeuter behöver anställas och utbildas inom strokevård. Författarna anser därför att det är viktigt att fånga upp arbetsterapeuter som arbetar med ESD och undersöka deras upplevelse av denna metod, detta då deras upplevelse i nuläget inte verkar vara beskriven. Författarna anser att det är viktigt att undersöka hur arbetsterapeuter upplever att det arbetsterapeutiska synsättet är tillämpligt vid ESD. Detta då det arbetsterapeutiska synsättet och arbetsterapeutiska processen främjar ett klientcentrerat- och aktivitetsbaserat arbete samt den terapeutiska alliansen. Vidare anser författarna, med hänsyn till terapeutiska alliansens betydelse för klientens upplevelse och för rehabiliteringsresultatet, att arbetsterapeuternas upplevelse av relationen till klienten vid ESD är av betydelse.

3. Syfte

Syftet är att undersöka upplevelser av rehabiliteringsmetoden ESD vid stroke hos arbetsterapeuter i Sverige som arbetar, eller har arbetat, med denna metod.

3.1 Frågeställningar

Vilka upplevelser har arbetsterapeuterna av ESD, i förhållande till

- a) arbetsterapeutiskt synsätt?
- b) klientens upplevelse?
- c) terapeutisk allians?
- d) traditionell rehabilitering?

4. Metod

4.1 Design

Studien har genomförts som en *kvalitativ intervju-* och *tvärsnittsstudie*. Kvalitativ forskning fokuserar på deltagarnas eget perspektiv och det sker i naturlig miljö där data samlas in som bilder eller ord (Kristensson, 2014). Författarna anser att kvalitativ forskning, i enighet med Kristenssons (2014) beskrivning, överensstämmer med studiens syfte där fokus är att studera deltagarnas upplevelse. Tvärsnittsstudie innebär, enligt Kristensson (2014), att datainsamling görs vid ett tillfälle och skildrar verkligheten som den är just då i syfte att kartlägga och finna samband. Detta till skillnad från longitudinell design där datainsamlingen sker vid flera tillfällen över tid. Då författarna vill få förståelse för deltagarnas upplevelse vid det aktuella tillfället, och inget longitudinellt perspektiv ska undersökas, så anses tvärsnittsstudie vara den mest lämpliga designen.

4.2 Urval

Urvalet gjordes genom ett *bekvämlighets-* och *avsiktligt urval*. Författarna valde att rekrytera via olika urvalstyper för att komma i kontakt med tillräckligt många relevanta deltagare. I det avsiktliga urvalet tillämpades det *typiska urvalet*, enligt Kristenssons (2014) definition. Enligt Kristensson innebär ett avsiktligt urval att författarna tillfrågar personer som är till nytta för studien. Typiskt urval innebär att rekryteringen medvetet strävar mot att rekrytera personer som ses som typiska för fenomenet. Detta har författarna gjort genom att kontakta arbetsterapeuter och chefer som arbetar på relevanta arbetsplatser. Totalt rekryterades 7 deltagare genom denna urvalstyp. Vidare användes även ett *bekvämlighetsurval*, enligt

Kristenssons (2014) definition. Enligt Kristensson innebär bekvämlighetsurval att deltagare rekryteras ur ett sammanhang och vid en viss tidpunkt. Deltagarna kan sedan välja att delta i studien genom att anmäla intresse. Detta har författarna gjort genom att vid ett tillfälle, i en sluten Facebookgrupp för yrkesverksamma arbetsterapeuter, efterfråga personer som är intresserade av att delta i studien. Totalt rekryterades 4 deltagare genom denna urvalstyp.

Inklusionskriterier för studien var att deltagaren arbetar, eller har arbetat, som arbetsterapeut med ESD i Sverige. Författarna anser att deltagarna behöver känna sig bekväma med att beskriva sina upplevelser och författarna tydliggjorde därför vid rekryteringen att endast de deltagare som upplevde sig bekväma och säkra med arbets sättet var aktuella för studien. Urvalet resulterade i totalt 11 deltagare och bortfallet blev 1 deltagare som avbröt medverkan i studien på grund av sjukdom. Detta resulterade i totalt 10 intervjuade deltagare. Författarna strävade efter att rekrytera deltagare med nationell spridning. Författarna anser, med hänsyn till antalet begränsade deltagare som finns samt tidsaspekten, att antalet deltagare är tillräckligt för att besvara studiens syfte.

4.3 Deltagare

Totalt ingick 10 deltagare i studien. Deltagarna var alla verksamma arbetsterapeuter i Sverige. Samtliga deltagare var kvinnor i varierande ålder. Deltagarnas erfarenhet som arbetsterapeut varierade mellan 7 år till 35 år, med en median på 13,5 år. Deltagarnas erfarenhet av att arbeta med ESD varierade mellan 20 år till 6 månader, med en median på 2 år. Sex deltagare hade även erfarenhet av den traditionella rehabiliteringen.

4.4 Datainsamling

Data har samlats in genom *kvalitativ forskningsintervju*. Fem intervjuer genomfördes via ett fysiskt möte och fem via telefon. Intervjun genomfördes som en *semistrukturerad intervju*. En sådan intervju innebär, enligt Kristensson (2014), att alla deltagare får samma öppna frågor men ges möjlighet att berätta fritt kring dessa samt med utrymme för följdfrågor. Författarna anser att den semistrukturerade intervjun är lämplig för att få förståelse för deltagarnas upplevelse men ändå med en viss struktur som lämpar sig med hänsyn till författarnas begränsade erfarenhet av att genomföra intervjuer. Den semistrukturerade intervjun är lämplig för den oerfarne intervjuaren (Kristensson, 2014).

Inför intervjuerna förbereddes en intervjuguide (bilaga 1). En intervjuguide ska, enligt Kristensson (2014), innehålla de frågor som berörs under intervjun. Den bör också innehålla syftet, intervjuplats, tid och datum samt intervjuarens namn. Författarna utformade en intervjuguide, i enighet med Kristenssons rekommendation, och intervjufrågorna utformades för att kunna besvara studiens syfte och frågeställning. Intervjuguiden byggdes upp, och formades, utifrån ett arbetsterapeutiskt synsätt. Författarna genomförde varsin provintervju för att träna och bedöma innehållet i intervjuguiden samt öva på rollen som intervjuare, i enighet med Kristensson (2014). Efter provintervjuerna genomfördes mindre justeringar av intervjuguiden i ett förbättrande syfte.

Deltagarna fick själva välja datum, plats och tid för intervjun, utifrån några givna veckor. Båda författarna deltog i samtliga av intervjuerna, vilka varade mellan 35 till 45 minuter. En av författarna höll dock i intervjun och den andra var med som observatör för att främja att intervjufrågorna ställdes så likvärdigt som möjligt till alla deltagare. Datainsamlingen skedde genom ljudinspelning samt anteckningar som fördes under intervjuerna. Deltagarna har gett sitt tillstånd att intervjun ljudinspelas samt antecknas och de fick information om hur de i efterhand kan kontakta författarna om eventuella frågor kring den insamlade datan uppkommer.

4.5 Databearbetning och dataanalys

En *kvalitativ innehållsanalys* har gjorts. En innehållsanalys innebär att författaren söker efter likheter, skillnader och bärande mening i texten (Kristensson, 2014). Samtliga av de inspelade intervjuerna *transkriberades*, vilket innebär att intervjuerna skrivs ut ordagrant och aidentifierat (Kristensson, 2014). Författarna transkriberade vardera hälften av intervjuerna och delgav sedan varandra dessa. Vid transkribering av intervjuer är det värdefullt att notera tystnader, suckar, skratt, etcetera då dessa kan påverka den underliggande meningen (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna försökte därför vara noga med att notera detta i transkriberingarna. När alla intervjuer hade transkriberats så påbörjades dataanalysen. Dataanalysen genomfördes i enighet med Graneheim och Lundmans (2004) analysprocess och dokumenterades därefter. Exempel på analyser visas i tabell 1. Båda författarna analyserade samtliga intervjuer var för sig och jämförde sedan sina analyser med varandra för att bekräfta att de var på rätt spår och analyserade likvärdigt. Under analysen urskiljdes *meningsbärande enheter* i transkriberingarna. Meningsbärande enheter är de meningar och fraser som har centralt innehåll och förknippas med studiens syfte (Graneheim & Lundman,

2004). Därefter *kondenserades* texten, vilket enligt Graneheim och Lundman, innebär att meningsbärande enheter förkortas och leder till att *koder* bildas. Här användes en *manifest innehållsanalys*. Det innebär att identifiera skillnader och likheter som är synliga och uppenbara i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Koderna lästes sedan igenom och de som var lika sammanfattades i *subkategorier* och vidare i *kategorier*. Kategori innebär en beteckning på kodernas innebörd (Graneheim & Lundman, 2004). I sista steget lästes samtliga intervjuer, kategorier och subkategorier igenom. Författarna delgav varandra samtliga analyser.

Tabell 1. Exempel på dataanalys

| Meningsbärande enhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Sub-kategori | Kategori |
|---|--|--|--|--|
| ”Och det är allt från P-ADL träning till I-ADL träning. Ja, det är allt som patienten behöver.” | Det är allt från ... till ...träning... Allt som patienten behöver | Patientens behov styr arbetet | Klientcentrering | Arbets-terapeutiskt förhållningssätt |
| ”Här på lasarettet är det all inclusive. De får nästan tablettarna stoppade i munnen. Och drick på nattduksbordet. Sen när de kommer hem är det nya krav som ställs på en” | Patienter får ”all inclusive” på lasarettet, nya krav uppkommer i hemmiljö | Inom slutenvården är patienterna inte lika aktiva/självständiga Nya krav ställs på personen i hemmiljön | Kommun- och avdelningsarbete i relation till ESD | ESD i förhållande till traditionell rehabilitering |
| ”Det tror jag är ett av våra viktigaste uppdrag att, att, att jobba med att skapa ett gott förtroende. Det är ändå min erfarenhet, alltså, får du det från grunden då kan du, då kan du påverka patienten ganska mycket.” | Viktigt att skapa ett gott förtroende... Kan då påverka patienten mycket. | Förtroende mellan patient och arbetsterapeut | Förtroende | Terapeutiska alliansen |

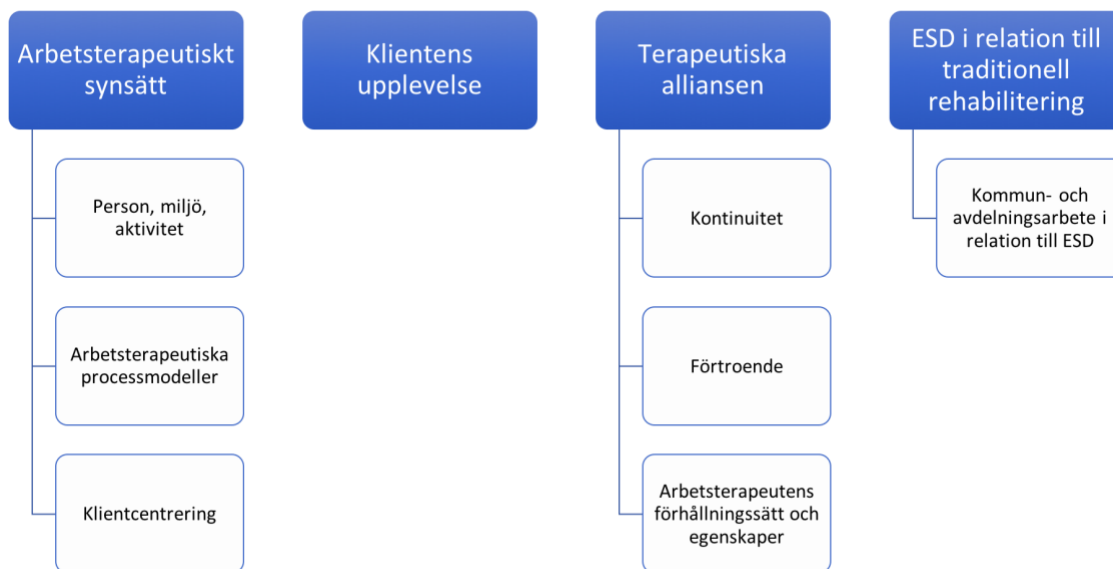
4.6 Etiska överväganden

Författarna har arbetat enligt de fyra forskningsetiska principerna: *autonomiprincipen*, *nyttoprincipen*, *inte skada-principen* och *rättvisepprincipen*. Detta i enighet med Kristenssons (2014) beskrivning. Enligt *autonomiprincipen* tar författarna ansvar för att alla deltagare blir informerade skriftligt och muntligt om att deras deltagande är frivilligt och närsomhelst kan avbrytas utan krav på att uppge anledning eller medföra konsekvenser. Deltagarna fick

information om vad studien innebär genom skriftligt informationsblad innehållande studiens bakgrund, syfte, information om intervjuens upplägg, datahantering, redovisning av information, frivillig medverkan, information om konfidentialitet samt kontaktuppgifter till författarna. Deltagaren fick sedan, efter att ha erhållit informationsbladet och innan intervjuerna genomfördes, lämna sitt skriftliga informerade samtycke för deltagandet. Även deltagarnas chefer fick lämna ett samtycke för deltagarnas medverkan. Enligt *nyttoprincipen* så bedömer författarna att nyttan med studien överväger riskerna. Författarna bedömer att det inte föreligger några övergripande risker med att intervjua deltagarna om deras upplevelse. Det kan dock leda till att fenomenet uppmärksammas och att professionen lyfts fram. Enligt *inte skada-principen* så lät författarna deltagarna bestämma ett datum, plats och tid för intervjun, inom givna veckor. Författarna följde aktuell lagstiftning gällande datahantering och sekretess samt beaktade aspekter kring konfidentialitet. Enligt Kristensson (2014) innebär konfidentialitet att uppgifter som samlats in inte kommer spridas till obehöriga samt att det insamlade materialet avidentifieras och förvaras inlåst. Författarna ansvarar för att allt material hålls lösenordsskyddat och avidentifierat samt att materialet inte kommer att spridas till obehöriga. Efter att studien är klar och publicerad kommer allt insamlat material förstöras. Enligt *rättvisepprincipen* har författarna gjorts sitt yttersta för att ge alla deltagare likvärdig information och behandla alla deltagare på samma villkor.

5. Resultat

Den kvalitativa innehållsanalysens resultat har analyserats in i följande kategorier, med utgångspunkt ur syfte och frågeställning: *arbetsterapeutiskt synsätt, klientens upplevelser, terapeutiska alliansen* och *ESD i relation till traditionell rehabilitering*. Figur 1 redovisar resultatet uppdelat i subkategorier och kategorier.



Figur 1. Översikt av resultatindelning.

5.1 Arbeterapeutiskt synsätt

5.1.1 Person, miljö, aktivitet

Genomgående så är deltagarna överens om att relationen mellan person, miljö och aktivitet främjas i ESD och att det i ESD är möjligt att utgå från denna relation i arbetet tillsammans med klienten. Detta upplevs som väldigt positivt. Deltagare 2 beskriver det som att *“jag får verkligen utöva arbetsterapi”*. Vidare beskriver deltagare 2 att arbetet i ESD främjar kärnan i arbetsterapi och deltagaren upplever att det verkligen går att fördjupa sig i klienten, klientens miljö och klientens aktiviteter.

“Nu har jag ju gått tillbaka till...alltså the core of OT på nåt sätt, aktivitet, miljö och alltså hela den biten. Där får jag verkligen grota in mig i detta. Och det är ju jättekul”.

Även då samtliga deltagare diskuterade relationen mellan person, aktivitet och miljö, så betonade samtliga deltagare framförallt vikten av klientens hemmiljö som en central aspekt vid ESD. Generellt menar deltagarna att det är i klientens hemmiljö som klientens vardag ska fungera. Klienten blir ofta medveten om hemmiljöns krav först när de väl befinner sig i hemmiljön igen efter insjuknandet. Flera deltagare uttrycker att när klienten kommer hem blir det så tydligt vad problemet är och vad klienten behöver träna på. När klienterna befinner sig på avdelningen tror de ofta att det löser sig av sig själv när de kommer hem.

“Även om man träffat patienterna på avdelningen så tror de ju alltid att “kommer jag hem så klarar jag det”. Hemma kan, hemma får du ju hela, jag menar det är denna trappan hemma som du ska klara av. Alltså. Man behöver inte överföra, det blir direkt uppenbart om man inte klarar”. (Deltagare 6)

Flera deltagare uttrycker att hemmiljön är tydliggörande, avseende klientens aktivitetsförmåga, även för dem som arbetsterapeuter. På avdelning kan det vara svårt att se vilka svårigheter i aktivitetsutförandet klienten har samt vilka aktiviteter som är viktiga för klienten att kunna utföra. Deltagarna upplever även svårigheter i kartläggningen av klientens hemmiljö. Detta då det kan vara svårt för klienten att beskriva hur hemmiljön ser ut samt att det är svårt för deltagarna att bedöma aktivitetsförmåga i en fiktiv miljö.

“Ofta svårt för människor att förklara hur det ser ut hemma, eller vad man just behöver i just den miljön och såhär. Och när vi sen kommer hem och man verkligen ser, miljön där de utför de här aktiviteterna i vanliga fall. Och då, då ser man att det är ju det här jag behöver träna på. Alltså de, det är lättare för dem att förstå. Och jag tycker det är lättare som arbetsterapeut också. Att verkligen lägga insatserna där de själva behöver. Där de själva tycker är meningsfullt.” (Deltagare 5)

Samtliga deltagare beskriver hemmiljön som en främjande faktor för klientens välmående. Flertalet av deltagarna upplever att ESD ger möjlighet att arbeta med aktiviteter även i klientens närmiljö. Klientens hem- och närmiljö erbjuder möjlighet för klienten att utföra sina vardagliga aktiviteter, vilka inte kan genomföras inlaggandes på sjukhus.

“Och så fort hon kom hem, så kunde vi se en ganska snabb förbättring. För att i hennes hemmiljö så fanns det så mycket som hon kunde sysselsätta sig med. Som hon inte kan, asså inlaggande på sjukhuset. /.../ Både hennes välmående blev ju mycket bättre och vi såg en förbättring, en snabb förbättring vad gäller det motoriska”. (Deltagare 4)

Hemmiljöns förutsättningar beskrivs av deltagare 3 som betydelsefulla för hur lyckad rehabiliteringen blir. Deltagaren beskriver att rehabilitering i hemmiljön nödvändigtvis inte medför ett gott rehabiliteringsresultat. Detta då resurser, såsom området, framkomlighet samt socialt stöd, kan utgöra såväl främjande som hämmande faktorer.

“Så miljöns betydelse är ju jätteviktigt. Så stora skillnader. Jag menar... Bor folk, bor man på ett bra ställe. Man har en egen trädgård till exempel. Och ett fint bra kök. Framkomlighet. Stöd från anhöriga och sådär. Då finns ju alla förutsättningar för en god rehabilitering”.

Vidare beskriver deltagarna att anhöriga är en väsentlig del i klientens vardag och miljö. Deltagarnas upplevelse är att ESD blir ett viktigt stöd och trygghet även för klientens anhöriga, detta då det upplevs som en svår tid även för dem avseende klientens hemgång efter

insjuknandet. Flertalet av deltagarna uttrycker även att ESD främjar anhörigas involvering i rehabiliteringsprocessen, till följd av att rehabiliteringen utförs i hemmet och anhöriga får då en mer naturlig roll i processen. Generellt upplever deltagarna de anhörigas involvering i ESD som positivt. En deltagare menar dock att anhöriga kan stjälpa rehabiliteringen om de inte förstår "rehabiliteringstänket".

"Det här med anhöriga. Det får man väldigt mycket, väldigt mycket hemma också. Både positivt och negativt. Men de blir involverade i rehabiliteringen. Man kan instruera dem så att de i sin tur instruerar patienten på rätt sätt /.../ Och jag menar ska det vara en följsamhet, ska man liksom ha rätt tänk genom hela, så då måste man nästan. Alltså nästan jobba lika mycket men anhöriga som med patienten. Ja, och att de blir ju patientens coach. /.../ Ja...alltså jag har ju haft patienter som har där hela familjen, tre barn kanske, syster...alltså...och det har fungerat gallet bra. Man säger en sak en gång sen sitter det där, sen gör de det. Alltså, ja, det är sån lyx" /.../ Ja, men att de inte förstår det här, rehabiliteringstänket, att de stjälper patienten istället, kanske hjälper till hela tiden". (Deltagare 6)

Många deltagare beskriver att både de och klienten får andra roller när de befinner sig i klientens hemmiljö. Flertalet av deltagarna jämför sin roll på avdelning med sin roll i ESD. Deltagarna beskriver att i hemmiljö får klienten mer kontroll över sin situation. Vidare beskriver deltagarna att på avdelning hamnar de ofta i ett överläge jämfört med klienten. Rollerna som klienten och deltagaren får i klientens hemmiljö beskrivs som mer naturliga och positiva för rehabiliteringen och relationen. Att deltagaren blir gäst i klientens hem och klienten bestämmer och har mer kontroll över situationen.

"Ens hem talar ju om ganska mycket av vem man är som person. Och så blir det ju att när jag kommer hem till dem så blir jag gäst i deras hem. Det är de som är, de är liksom "master" över sina hem. Och jag kommer hem som en gäst, jag hamnar genast på en nivå under. Vilket jag tycker känns bra. För på lasarettet då, med sina vita kläder, då kommer man in och är nästan den som "bossar" och patienterna lättare liksom under, i en nivå under sådär. Jag tycker det blir annorlunda när man är hemma hos patienten. Och jag tycker att när jag då får se i den personens miljö och hem, det kan säga ganska mycket om vilken människa jag har framför mig". (Deltagare 9)

Flera deltagare beskriver att klientens hemmiljö främjar klientens motivation. Att klienten blir mer stimulerad och motiverad till rehabilitering i sin hemmiljö där de naturliga aktiviteterna finns inom räckhåll och lockar klienten till aktivitet.

"Många gånger kan det vara så, att man inte är så motiverad, så man vet liksom inte vad man ska ha träningen till. Sen är det ju väldigt väldigt olika, man ser ju patienter ute på avdelning också som är jättemotiverade och vill snabbt komma upp på benen. Men, men då tycker jag att man märker att motivationen går ju upp när man kommer hem, i de flesta fall /.../ Det man märker är ju att, det har ju jättestor betydelse för patienten att de får vistas hemma. Om man tänker, det finns ju också alla

vardagsaktiviteter inom räckhåll, som man gjort förut. Man märker sån skillnad, som jag har jobbat på vårdavdelning förut, så att där är man ju som hänvisad till sin säng, när man är med patient. Det finns ju liksom inte så mycket annat att...ja, göra. Så att, det är ju en enorm skillnad. När man ser en vattenkanna som står på diskbänken, då lockas man till att gå och vattna blommorna...Och det faller sig så naturligt". (Deltagare 10)

5.1.2 Arbetsterapeutiska processmodeller

Samtliga deltagare beskriver att det arbetsterapeutiska arbetssättet främjas i ESD. Att arbeta systematiskt, enligt de olika steg som beskrivs i arbetsterapeutiska processmodeller, främjas. Även då samtliga deltagare beskrev det arbetsterapeutiska arbetssättet med dess olika steg, så betonades framförallt en främjade målsättning som en central aspekt i ESD. Målsättningen beskrevs främjas framförallt till följd av att rehabiliteringen sker i klientens hemmiljö. I hemmiljön främjas klientens aktivitetsrepertoar, vilket underlättar för klient och arbetsterapeut att sätta rimliga och relevanta mål. Detta främjar klientens engagemang och delaktighet, vilket i sin tur leder till ett mer framgångsrikt rehabiliteringsresultat. Detta upplever deltagarna som positivt.

"Det blir tydligare för patienten att kunna själv sätta mål när de är i sin egen hemmiljö och när de kanske tänker tillbaka på de intressen som de haft innan. Mycket lättare att få dem, mer engagerade själva i målformuleringen och rehabiliteringen. Så att, egentligen bara positivt. /... / Det som framförallt skiljer sig i processen, det är ju det här med målformuleringen, då att patienten har en annan möjlighet att vara delaktig. Det är min upplevelse att de har lättare att vara delaktiga i målformuleringen när man är hemma". (Deltagare 4)

Vidare så jämför en deltagare målsättning i ESD med målsättning på sjukhusavdelningen.

Deltagaren beskriver att det arbetsterapeutiska arbetssättet främjas i ESD och att det är lättare att sätta relevanta mål i hemmiljön, jämfört med på avdelningen. När klienten är på avdelningen befinner de sig ofta i ett akutillstånd, vilket försvårar målsättningen.

"Det utgår väldigt mycket från vad patienten vill ha för mål. Jag som har jobbat på avdelning i många år, jag upplever ju att det är mycket lättare för patienten att sätta relevanta mål när man är hemma än när man är kvar på avdelningen. /.../ Jag tycker nästan att det är lättare att ha den här snurren, den hära arbetsmodellen där än jag tyckte att det var på avdelningen. Därför att patienten, alltså när de är akutinsjuknade, dels så är de liksom i chock och sen så har de så svårt att sätta nån mål som blir relevanta när de sitter där i sjukhuskläder. Så att, ja, det är mycket lättare för dem att sätta mål när de kommer hem". (Deltagare 9)

5.1.3 Klientcentrering

Samtliga deltagare anser att ESD främjar ett klientcentrerat arbete. Detta då ESD främjar deltagarnas möjlighet att utgå från det som är viktigt för klienten. Samtliga deltagare uttrycker att alla klienter är unika, har olika behov och att rehabiliteringen ska ske på klientens villkor. Deltagarna uttrycker att det, som arbetsterapeut, är viktigt att inte ta för givet att vissa typer av aktiviteter bör prioriteras över andra, utan att detta ska utgå från klientens prioriterade behov. Detta styr hur deltagarna bemöter och förhåller sig till klienterna.

“Ingen patient som är den andra lik. Alla lever, alla lever, sina unika liv och har olika svårigheter efter stroke och vill tillbaka på olika vis. /.../ Det är väldigt olika hur man arbetar med patienterna. Ingen av dem är den andra lik. /.../ Så vi är ju verkligen personcentrerad vård, och vi utgår från deras aktivitetsrepertoar och svårigheterna som de har ställts inför nu”. (Deltagare 1)

En deltagare lyfter fram att om klienten saknar insikt om sin situation kan klientcentrering försvåras. Detta då det kan överträda patientsäkerheten.

“Då är det ju svårt att, att helt gå på vad klienten eller patienten vill och tycker. För då måste vi ju se till säkerheten också. Så att när det gäller att de inte har någon insikt, då är det ju, är det ju svårt ibland att jobba klientcentrerat. För då måste vi gå in och styra lite så att det inte blir några risker ”.
(Deltagare 4)

5.2 Klientens upplevelse

Samtliga deltagare beskriver att klienterna är övervägande nöjda med ESD. Majoriteten av deltagarna genomför enkäter inom sin verksamhet där klienter får skatta sin upplevelse av ESD. Deltagarna för även kontinuerliga samtal med klienterna under rehabiliteringsperioden kring deras upplevelse. Resultatet tyder på nöjdhet och tacksamhet hos klienterna. Deltagarna beskriver att klienterna upplever högre kontroll, vilket de tycker är skönt, till följd av att det är samma team som kommer hem till dem. Att rehabiliteringen utförs i klientens hemmiljö tycks vara den största orsaken till klientens positiva upplevelse av ESD. Deltagarna uttrycker att klienterna visar tacksamhet både genom fysisk kontakt samt verbalt uttryck. Vissa klienter uttrycker att de känner ledsamhet inför att ESD är över.

“På stora hela så är de ju väldigt nöjda och glada och man kan liksom, när vi har det här avslutande samtalet så har man ju både fått fika och kakor och godis och kramar och glada. Amen sådär. Att de är väldigt glada och känner liksom att. Amen, det var någon patient som sa liksom till oss att, att vi hade gett henne hopp”. (Deltagare 7)

En deltagare beskriver att om klienten har en positiv upplevelse av hemrehabiliteringen så påverkar det rehabiliteringsresultatet i positiv riktning.

“Jag tänker att om de har ett positivt... Att de tänker positivt om hemrehab och tycker att det är bra... Jo absolut påverkar det hemrehabiliteringen. Det gör det ju. I rätt riktning”. (Deltagare 10)

5.3 Terapeutiska alliansen

5.3.1 Kontinuitet

Flera deltagare betonar vikten av en välfungerande terapeutisk allians vid ESD. Deltagarna beskriver att starka relationer uppstår i ESD, både till klient och anhöriga. Flera uttrycker att en stark relation kan uppstå på grund av den, ofta långa tid, de spenderar tillsammans vid ESD. Deltagarna beskriver att klienterna upplever kontinuitet till följd av att de får träffa samma team ofta och länge. Deltagaren och klienten har möjlighet att lära känna varandra.

“Det blir ju en trygghet för patienten, att de liksom vet amen det är du som ska vara hemma, komma hem till mig. Man träffar ju patienterna en längre stund än till exempel på en avdelning generellt sätt. Det gör ju såklart att man lär känna varandra och mer liksom ju längre man jobbar med dem ju starkare terapeutisk allians kan man väl säga. En fördel är ju såklart att träffa dem på avdelningen också då ju för att liksom då inge en trygghet så att de vet vem som kommer hem till dem. /... / Så ofta, om man träffar en patient på avdelning så kanske man inte träffar dem lika länge heller. Så det gör ju såklart, jag lär ju känna mina patienter i ESD bättre än jag vad jag gör med patienter på avdelningen”. (Deltagare 7)

5.3.2 Förtroende

Deltagarna uttrycker även att den terapeutiska alliansen, relationen, har betydelse för hur klienter förlitar sig på deras kompetens. En deltagare beskriver att om klienten inte har förtroende för, och inte tycker om arbetsterapeuten, så kommer följsamheten bli sämre. Samtliga deltagare uttrycker att förtroendet är avgörande för hur klienten tar emot rehabiliteringen och hur rehabiliteringsresultatet blir.

“Om man vill ha en bra rehabiliteringsperiod, att de ska ha en compliance... För det handlar ju mycket om att lita på sin egen förmåga, kunna lita på mig som terapeut, det som vi säger, så är förtroende, asså det här hur ska man säga, personkemi. Det är viktigt för att få rehabiliteringen att gå framåt. Om patienten tror på det jag säger, eller inte har förtroendet för dig, så tror jag inte man kommer någonsans. Jag tror det är väldigt svårt /.../ Och då såklart kan de känna förtroende för oss, det är ju viktigt, att känna att de litar på oss och tänker hur vi är i vårt bemötande, om vi är professionella i vårt bemötande. Vi behöver inte kunna allt, men man ska kunna ge svar”. (Deltagare 8)

5.3.3. Arbetsterapeutens förhållningssätt och egenskaper

Deltagarna beskriver att arbetsterapeutens förhållningssätt och egenskaper har betydelse för hur den terapeutiska alliansen blir. Deltagarna beskriver att arbetsterapeuten bör vara flexibel/anpassningsbar, trixig, försiktig, lyhörd och ödmjuk. Dessa egenskaper beskrivs som förutsättningar för en välfungerande relation vid ESD.

“Därav att jag tycker det är viktigt att man tar det på deras premisser från början, är lyhörd och ödmjuk, för att annars är de ganska tydliga...Man är inne i deras territorium. /.../ “Där tycker jag, alltså jag är ju som sagt väldigt försiktig, när det kommer till den här biten, eller såhär, eller försiktig, mer ödmjuk i kontakt med patienterna”. (Deltagare 2)

Vissa deltagare betonar vikten av att behålla relationen på en professionell nivå. Att det är viktigt att arbetsterapeuten kan hantera balansgången mellan att vara professionell men ändå vänskaplig i relationen med klienten. Det kan annars bli svårt för både deltagaren och klienten att släppa taget.

“Ja, asså man får ofta väldigt, väldigt bra kontakt med patienterna och man lär ju känna varandra väldigt, väldigt bra. Det som kan nästan bli, eller problem, ibland kan det ju vara så för vissa när man då ska avsluta behandlingsperioden och börja närma sig att nu, nu kommer vi inte längre, och nu, du behöver inte hemrehab mer. Då kan det bli nästan att de har svårt att släppa oss. Så att det är ju fara i det här att man nästan blir för indragen på något vis, så då får man ju verkligen ha fingertoppskänsla. Ja. För att det kan ju nästan bli att de tycker att man är lite grann deras vänner som kommer och hälsa på. Så att, det är en balansgång det där”. (Deltagare 10)

En deltagare uttrycker att, i sin roll som arbetsterapeut, blir deltagaren ibland mer korrekt och “fyrkantig” i sitt bemötande. Detta beroende på hur kvaliteten på relationen är samt hur väl personkemin fungerar. Detta kan i sin tur påverka rehabiliteringens längd och utformning.

“Ibland kan det vara så att...lite besvärligare patienter...kanske man blir...vad ska jag säga...mer korrekt med. Alltså, ni vet, ibland kan det, ibland kanske rehabperioden blir lite längre om man är liksom...alltså...gillar varandra.../.../ Alltså man är inte mer än människa. Och ibland blir det väldigt såhär fyrkantigt, om man inte har nån kemi. Jaa...Amen självklart måste det påverka. Alltså personkemi är ju superviktigt”. (Deltagare 6)

5.4 ESD i relation till traditionell rehabilitering

5.4.1 Kommun- och avdelningsarbete i relation till ESD

Majoriteten av deltagarna jämför ESD med den traditionella hemrehabiliteringen. Flera deltagare lyfter fram att ESD utgör en främjande brygga, övergång, mellan sjukhuset och hemmet. Detta till skillnad från kommunala hemtagningsteam. Denna brygga utgör en stor trygghet för klienten. Avseende specialkompetens och erfarenhet om den aktuella

målgruppen upplevs ESD som en mer fördelaktig rehabiliteringsmetod än kommunal hemrehabilitering. Kommunen behöver en bredare kompetens jämfört med ESD där de har en tydligare specialistkompetens.

“När jag jobba i kommunen så ska man ju kunna lite om allt. Det är väldigt brett. Man fördjupar ju sig inte så mycket som man gör i, med ESD. Och man har ju inte specialistkompetens inom neurologi. Det har jag ju mer nu. Den träningen jag kan göra nu är ju bättre än den jag gav när jag jobbade i kommunen”. (Deltagare 7)

Flera deltagare menar att kommunala insatser framförallt innefattar hjälpmedelsförskrivning. Deltagarna beskriver att detta är en insats som klienterna är tacksamma för men som inte är tillräcklig för att tillgodose klienternas behov. En deltagare uttrycker att kommunen inte har resurser att arbeta med rehabilitering i samma utsträckning som arbetsterapeuter i ESD. Deltagare 9 uttrycker att inom kommunen handlar det mer om att “släcka bränder”. Flera deltagare uttrycker en upplevelse av att kommunala arbetsterapeuter ofta inte har någon möjlighet att ha aktivitetsfokus och utgå ifrån vad som är meningsfullt för klienten. Detta till följd av kommunala begränsningar.

“Många gånger kan de göra, att första besök levererar de hjälpmedel, gör kanske den här första bedömningen...men man hinner ju inte med så mycket träning. Därför att de har så många olika patienter som åker hem. Så jag tror att, säger vi att jag gör, kommer två gånger i veckan, ett antal veckor, det gör ju inte kommunen. Alltså, om man tänker om man haft vanlig rehab, då alltså kommunen kommer hem och man får några besök och så, så är det ju väldigt basala, grundläggande. Och det kanske inte där livskvaliteten är. Alltså, jag tänker, vad är det som är meningsfullt”. (Deltagare 8)

En deltagare diskuterar att de fått positiv feedback från kommunen avseende ESD-metoden. Att kommunen uppskattar att de har möjlighet att ta hand om de patienter som har behovet.

”Och vi har fått jättepositiv feedback från kommunen, att vi har den här, att vi kommer ut, att vi söker upp dem, och att vi vill jobba mot samma mål. /.../ Det är ju liksom att de känner väl ofta ett dåligt samvete när de kommer hem med en stroke och att de liksom inte har tid och möjlighet att ge dem den rehabilitering som de behöver. Då har de känt dåligt samvete. De vet att det finns en stroke där borta på X men vi har inte möjlighet att va där. Nu kan de känna att amen de vet. De är inne i strokehemrehab. De får träning just nu när de behöver det till en början.” (Deltagare 9)

Flera deltagare uttrycker att avdelningsarbetet har ett annat fokus jämfört med ESD. Avdelningsmiljön och tidsaspekten beskrivs av deltagarna som begränsande faktorer avseende rehabiliteringen. De beskriver att på avdelningen händer det många saker samtidigt och en deltagare beskriver att det är svårt att fokusera fullt ut på klienten. Tidspressen, som

deltagarna beskriver, innebär att deltagarna oftast bara hinner till bedömning, ibland även träning. Deltagarna beskriver även att klienten blir mer passiv och mindre självständig på avdelningen.

“Där vi är i en fiktiv miljö med steriliserad...Alltså så, det är jättestor skillnad. Här är vi i patientens hemmiljö. Jag kan se dem...personens personlighet på ett helt annat vis, det kommer ju fram. Det är ens egna kläder, alltså det är ju faktiskt så. Liksom deras saker, deras föremål, som de är vana vid /.../ Därför att det som ligger härifrån, från sluten vården, är ju tidspress. På ett helt annat vis, om man ska säga så. Jag kommer kanske till bedömning, jag gör ju, kanske träning, och jag hinner ju bara... väldigt väldigt kort liksom....Väldigt kort tidsram /.../ Slutens vården är ju...i alla fall här, väldigt tajt, vi har väldigt kort om tid, det blir mycket bedömning. Vi har ju bara...ja det är ju den miljön där vi är. Vi kan ju inte göra så jättemycket. Vi har begränsade... Miljön är ju vad den är. Sen framförallt tidsaspekten, som gör att patienten åker ut härifrån, när de tycker att vi är medicinskt färdiga så hem”.
(Deltagare 8)

Flera deltagare uttrycker att målsättningen på avdelningen har ett annat fokus. På avdelningen är målen ofta inte uttalade och fokuserar framförallt kring basala behov medan målsättningen inom ESD fokuserar mer kring det klienten uttrycker behov och önskemål om.

“När man grundar sig, mål, på ett helt annat vis än vad det är i slutens vården. När vi pratar akut, som vi får patienten, de kan ju inte riktigt ordsätta, när de kommer dag ett. “Vad vill du kunna göra?” Nej, men då ligger man halvsidesförklarad, men jag tänker bara fråga dig vad vill du kunna göra, vad ska du kunna sätta upp för mål... Där hjälper vi rätt ofta patienten med grundläggande behoven, sitta på sängkant, träna kanske att kunna tvätta sig, det fysiska i det...Alltså det blir mycket, där är det mycket, vi i slutens vården som kommer och ger, för patienten har själv så svårt att ordsätta, kanske. Men när man väl har landat lite hemma, där kan man börja liksom specificera, det här har jag kunnat, det vill jag kunna igen”. (Deltagare 8)

6. Diskussion

6.1 Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte, som syftar till att undersöka arbetsterapeuternas upplevelser, valdes en kvalitativ metod. Kvalitativ metod är lämplig när upplevelser ska undersökas inom ett fenomen (Kristensson, 2014) och författarna anser därmed att valet av metod var väl tillämpligt för studiens syfte. Vidare diskuterar Kristensson (2014) att en kvalitativ metod oftast har antingen en induktiv eller deduktiv ansats. Författarna valde dock att inte använda någon av ansatserna med anledningen att ingen av dem bedömdes tillämplig. Den induktiva ansatsen bedömdes ge ett alltför brett och skiljt resultat då upplevelser är ett brett fenomen. Den deduktiva ansatsen valdes bort eftersom författarna inte valde att utgå från förutbestämda

teorier eller modeller. Vidare valde författarna att avgränsa syftet med en frågeställning, då upplevelser är ett brett perspektiv och insamlad data hade därmed riskerat att bli osammanhängande, som vidare utgjorde grunden för intervjuguiden. Författarna är medvetna om att avgränsningen av syftet, samt intervjufrågorna, kan ha påverkat vilket resultat som erhöles. Författarna diskuterade även kring möjligheten att genomföra studien med enkäter istället för intervjuer och då med en kvantitativ metod. Författarna valde dock att inte göra enkätstudie på grund av tidsbegränsning samt risken att det eventuellt finns för få lämpliga deltagare för ett trovärdigt resultat. Enkätstudier försvarar även möjligheten att samla in fyllig och djup data (Kristensson, 2014). Författarna bedömer att en kvantitativ enkätundersökning inte hade varit den bäst lämpade metoden för att besvara studiens syfte.

En studie ska alltid ta hänsyn till *trovärdigheten*. Med trovärdighet menas hur väl data och analysprocess har adresserat syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdighet i kvalitativa studier består av fyra dimensioner (Kristensson, 2014). Dessa är *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *verifierbarhet* och *giltighet*. Avseende *tillförlitlighet*, vilket Kristensson (2014) beskriver som sanningshalten i det presenterade resultatet samt tolkningarnas grund, har författarna använt *triangulering*. Det innebär att två eller flera personer analyserar och tolkar materialet tillsammans, för att minska risken för den färgade tolkningen och därmed stärka tillförlitligheten (Kristensson, 2014). Författarna använde sig av avsiktligt- samt bekvämlighetsurval vid rekryteringen av deltagarna. Det avsiktliga urvalet ansågs lämpligt då det finns ett begränsat antal arbetsterapeuter som arbetar med ESD och författarna kunde på förhand veta var de förväntas finnas och därmed ta kontakt direkt med lämpliga deltagare. Bekvämlighetsurvalet ansågs lämpligt för att nå deltagare med större nationell spridning och de deltagare som tidigare arbetat med ESD men som inte gör det i nuläget. Vidare har författarna strävat efter ett *varierat urval*. Ett varierat urval ökar tillförlitligheten och innebär att variation görs i urvalet i syfte att få en spridning i upplevelser och uppfattningar som rör det fenomen som undersöks. Här har författarna strävat efter att rekrytera med nationell spridning, rekrytera deltagare som har varierande erfarenheter av att ha arbetat med ESD samt deltagare som både arbetar med ESD nu och har arbetat med ESD tidigare. Författarna anser att en nationell spridning kan främja variation avseende upplevelser och uppfattningar. Geografisk spridning ger en fylligare data (Kristensson, 2014). Vidare anser författarna att ett varierat urval avseende erfarenhet och nuvarande involvering i ESD kan främja en bredd av perspektiv och upplevelser av ESD. Könsfördelning i urvalet var önskvärt men författarna lyckades enbart rekrytera kvinnliga deltagare. Författarna kan inte ta ställning till huruvida

detta kan ha påverkat resultatet. Genom att välja deltagare med varierande erfarenhet så främjas möjligheten att belysa syftet från flera olika aspekter samt att variation avseende ålder och kön kan ge rikare resultat (Graneheim & Lundman, 2004). För att ytterligare stärka tillförlitligheten, skriver Kristensson (2014), att ett *omfångsrikt datamaterial* samt *synliggörande av analysprocessen* ska eftersträvas. Författarna har, genom att använda citat från samtliga deltagare, strävat efter ett bredare och mer omfångsrikt datamaterial. Vidare har författarna strävat efter att synliggöra analysprocessen genom att dokumentera analysprocessen noga samt åskådliggöra analys exempel (tabell 1).

Överförbarhet, vilket Kristensson (2014) beskriver som resultatets giltighet i andra sammanhang, kan främjas genom noggrann beskrivning av deltagarna. Författarna har försökt att beskriva deltagarna så ingående som möjligt utan att överskrida konfidentialiteten och anonymiteten. Författarna är medvetna om att den kvalitativa metoden, med ett begränsat antal deltagare, i förlängningen kan försvåra för resultatets överförbarhet, i enighet med Kristensson (2014). Författarna tror dock att resultatet kan vara överförbart till viss del, såsom inom ämnesområdet och för den aktuella yrkesprofessionen, men låter den fullständiga rimlighetsbedömningen göras av läsaren, i enighet med Kristensson (2014).

Verifierbarhet beskriver Kristensson (2014) som hur resultatet från det insamlade materialet presenteras samt hur väl tolkningar kan verifieras. Detta kan främjas genom utomstående granskning av transkriberingarna, triangulering i analysen samt citat. Här har författarna strävat efter verifierbarhet genom att analysera med triangulering samt belysa ett flertal citat som representerar den insamlade datan och stödjer det resultat författarna presenterar. En kvalitativ innehållsanalys har använts för att analysera den insamlade datan. Författarna hade, under databearbetning och dataanalys, svårigheter att särskilja resultatet i tydliga kategorier. Detta då författarna upplevde att mycket av resultatet passar in i många olika kategorier. Graneheim och Lundman (2004) skriver att innehållet, vid kvalitativ innehållsanalys, i teorin enbart ska passa in i en kategori. Vidare beskriver de dock att i praktiken är detta svårt och att det inte alltid är möjligt att skapa helt separata kategorier när det är en upplevelse som undersöks. Författarna har strävat efter att tydliggöra kategorierna men är medvetna om att det förekommer en viss överlappning i resultatet. Vidare diskuterar Graneheim och Lundman (2004) att en text alltid innehåller flera olika meningar och författarens tolkning påverkas av hans personliga historia, kvaliteter, träning och erfarenhet. Tolkningen av en kvalitativ innehållsanalys är som en balansakt. Där det å ena sidan är omöjligt för författaren att inte

lägga till sitt eget perspektiv men å andra sidan ett måste att texten ska tala för sig själv och inte övertolkas eller förändras till meningar som inte finns. Här har författarna försökt att vara så textnära och objektiva i sin databearbetning och dataanalys som möjligt. Beaktning måste dock tas till att en viss tolkning, från författarnas perspektiv, antagligen förekommer i texten.

Giltighet beskriver Kristensson (2014) som hur stabilt det insamlade materialet, och därmed resultatet, är över tid. Detta främjas genom att tydligt beskriva när i tiden materialet har samlats in, upprättande av intervjuguide, då den främjar intervjuarens fokus kring samma aspekter och tema, samt underlättar för den oerfarne intervjuaren. För att främja giltigheten har författarna använt samma intervjuguide, utarbetad enligt studiens syfte, vid samtliga intervjuer samt ansvarat för vardera hälften av intervjuerna. Båda författarna deltog dock vid samtliga intervjuer för att ytterligare främja intervjuguidens giltighet. För att kunna träna intervjuer utförde båda författarna varsin provintervju på en oberoende part. Författarna genomförde samtliga intervjuer under en tidsperiod på en månad. Författarna anser att fenomenet som undersöks är relativt stabilt över tid och att det insamlade materialets giltighet därav är tillförlitlig. Även då det är viktigt att alla deltagare får samma frågeområde, så är intervjuande en utvecklande process för intervjuaren. Detta kan påverka följdfrågor eller smalna av fokuset (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna anser att de, under datainsamlingens gång, blivit mer bekväma i rollen som intervjuare och har kunnat ställa mer adekvata och relevanta följdfrågor till deltagarna allteftersom. Detta kan ha påverkat resultatet av datainsamlingen då deltagarna fick olika möjligheter att utveckla sina upplevelser och olika fokusfrågor. Författarna upplever att vid intervjuerna, som genomfördes genom fysiskt möte, så främjade det personliga mötet och kroppsspråket möjligheten att ställa mer relevanta följdfrågor. Därmed tror författarna att intervjuernas kvalitet kan skilja sig åt beroende på om intervju genomfördes via telefon eller fysiskt möte. Författarna upplever även att intervjuernas kvalitet kan skilja sig åt beroende på personkemin mellan intervjuare och deltagare.

6.2 Resultatdiskussion

Det huvudsakliga resultatet visar på att arbetsterapeuterna, i föreliggande studie, anser att klientcentrering, målsättning och terapeutisk allians främjas i ESD för att det utförs i klientens hemmiljö samt innefattar tillräckliga resurser. WFOT (2012) skriver att målet och syftet med arbetsterapi, möjliggöra klientens aktivitetsdelaktighet samt främja välbefinnande och hälsa, uppnås genom ett klientcentrerat arbetssätt med fokus på klientens önskemål,

behov och villkor. Den arbetsterapeutiska processen främjar klientcentrering och utgår från det arbetsterapeutiska synsättet (Fisher & Nyman, 2007), där den dynamiska relationen mellan person, miljö och aktivitet är central (Kielhofner, 2012c; Law et al., 1996; WFOT, 2012). I den arbetsterapeutiska processen är samarbetet mellan klient och arbetsterapeut viktigt för resultatet. Den terapeutiska alliansen utgör en viktig aspekt i detta samarbete (Fisher & Nyman, 2007). Författarna menar, med utgångspunkt ur det arbetsterapeuterna lyfte som de viktigaste aspekterna vid ESD, att *klientcentrering*, *hemmiljö* samt *terapeutisk allians* utgör de viktigaste ämne för diskussion i denna studie.

Samtliga arbetsterapeuter lyfter fram hemmiljön som den mest centrala, unika och främjande aspekten i ESD. De menar att hemmiljöns förutsättningar, såväl främjande som hämmande aspekter, påverkar klientens rehabilitering. Hemmiljöns betydelse för klienten går att relatera till ICF. Där utgörs omgivningsfaktorn av klientens hem- och närmiljö och involverar både fysiska, sociala och attitydmässiga aspekter. De olika delarna i ICF påverkar varandra, vilket innebär att omgivningsfaktorn påverkar personfaktorn, kroppsfunktion/kroppsstruktur, aktivitet samt delaktighet (Socialstyrelsen, 2003a). Genom att utgå från ICF anser författarna att det tydliggörs varför hemmiljön kan ha en så stor betydelse för klienten (personfaktor), klientens tillfrisknade och hälsa (kroppsfunktion/kroppsstruktur), klientens aktiviteter samt klientens upplevda delaktighet. Vidare är klientens hemmiljö starkt korrelerad med klientcentrerade aktivitetsbaserade interventioner (Liu, Chang & Chang, 2018; Nielsen et al., 2017) och klientcentrerad målsättning (von Koch, Widén Holmqvist, Wottrich, Tham & de Pedro-Cuesta, 2000). Deltagarna lägger tonvikt vid just hemmiljön som en utgångspunkt till klientcentrerade aktivitetsbaserade interventioner, baserade på en klientcentrerad målsättning. Kielhofner (2012d) diskuterar vikten av hemmiljön. Han skriver att individer väljer, formar och inrättar sin fysiska miljö, såsom rum och föremål, i enighet med sina intressen, aktiviteter samt personlighet. Författarna anser att detta är en anledning till varför hemmiljön upplevs så betydelsefull och främjande för rehabiliteringen. Att hemmiljön är organiserad kring rum och föremål som är skapade, placerade och valda utifrån klienten själv. Författarna tolkar här att hemmiljön, genom att vara organiserad utifrån klientens intressen, aktiviteter samt personlighet, därav erbjuder en mer klientcentrerad kontext än den kliniska kontexten. Institutionella miljöer är ofta organiserade för att gynna organisatorisk effektivitet och hämmar oftast individens aktiviteter. Detta genom att individen avskärmas från sin vanliga sociala kontext och istället ingår i sociala sammanhang med kraftigt begränsade möjligheter till aktivitet och roller (Kielhofner, 2012d). Deltagarna diskuterar kring roller som en viktig

aspekt i hemmiljön, där rollerna upplevs som mer positiva. Klienterna får mer kontroll och inflytande över sin situation och deltagarna upplever att klienterna hamnar i ett överläge, vilket upplevs positivt. Deltagarna menar att denna maktförskjutning främjas av ett klientcentrerat arbete. SBU (2015) menar att detta rollbyte är fördelaktigt för klienten. Det finns en skillnad i beteende, en annan rollfördelning, hos både arbetsterapeuterna och klienterna när de arbetar i klientens hem, jämfört med på avdelningen (Von Koch, Wottrich & Widén Holmqvist, 1998). De diskuterar vidare att i sin hemmiljö tar klienterna fler initiativ och uttrycker fler mål, jämfört med på avdelningen, och miljön är en nyckelkomponent att ta hänsyn till i rehabiliteringen av strokepatienter (Von Koch, et al., 1998). När patienterna vårdas på avdelning längtar de ofta efter sin hemmiljö där de har tillgång till sina egna föremål och får vara med sina anhöriga (Nordin, Sunnerhagen & Axelsson, 2015). Även deltagarna diskuterar att klienterna oftast upplever större motivation inför att få vara i sin hemmiljö jämfört med avdelningsmiljön.

Individens miljö erbjuder olika aktivitetsmöjligheter och klienten utarbetar därefter ett *vedertaget handlingssätt* med ett inre sammanhang, betydelse och syfte, vilket därefter formar beteendet (Kielhofner, 2012d). Detta kan kopplas till deltagarnas upplevelse av att hemmiljön främjar klientens *naturliga aktiviteter*. Författarna menar att klientens naturliga aktiviteter utgörs just av klientens vedertagna handlingssätt, som sker i klientens hemmiljö, och är förankrade i ett betydelsefullt, inre sammanhang. På avdelningen, där det inre sammanhanget saknas, hämmas det naturliga aktivitetsutförandet och försvårar klientens förståelse för syftet. Aktivitetens syfte blir tydligare i klientens hemmiljö som följd av att det utgör ett betydelsefullt sammanhang. Rehabilitering, som sker i stödjande miljö och utifrån klientens mål, främjar delaktighet och aktivitetsförmåga (Ekstam, et al., 2012).

Klientens hemmiljö underlättar för arbetsterapeuten att bedöma klientens aktivitetsutförande (Liu, et al., 2018). Deltagarna diskuterar att klientens hemmiljö främjar klientens och arbetsterapeutens förståelse för klientens aktivitetsutförande. Nordin et al. (2015) diskuterar att när klienter kommer hem igen efter insjuknande så tror de ofta att de kommer kunna återuppta sina tidigare aktiviteter direkt, oavsett hur deras aktivitetsutförande varit på avdelningen. De olika miljöförutsättningar, som finns i hemmet och på avdelningen, försvårar för klienten att inse eventuella svårigheter vid hemgång. Arbetsterapeuterna, i denna studie, diskuterar även svårigheter för klienterna att överföra aktivitetsutförandet från avdelnings- till hemmiljö. Författarna tror att detta kan vara en aspekt av att avdelningsmiljön saknar

koppling till de vedertagna handlingssätt som sker i ett visst inre och betydelsefullt sammanhang, vilket leder till svårigheter att förstå betydelsen av det förändrade aktivitetsutförandet. Klientens engagemang och aktivitetsutförande främjas i en miljö som erbjuder utmaning under rimliga krav (Kielhofner, 2012d). Föreliggande studie tyder på att hemmiljön, som är organiserad utifrån klienten, oftare erbjuder en mer adekvat utmaning än vad avdelningsmiljön gör.

Deltagarna upplevde att klienterna generellt sätt har en positiv upplevelse av ESD och att detta framförallt är för att rehabiliteringen sker i klientens hemmiljö. Flera författare diskuterar kring klienters och anhörigas upplevelse av rehabilitering i hemmiljö och resultatet visar att hemmiljön främjar deras upplevelser (Lou et al., 2016; Nordin, et al., 2015). Även anhörigas involvering i rehabilitering främjar klientens positiva upplevelse (Chaiyawati & Kulkantrakorn, 2012; Wendel, 2012). Deltagarna diskuterar att anhörigas involvering i rehabiliteringsprocessen både kan främja och hämma rehabiliteringsresultatet. Sociala sammanhang, som klienten ingår i, påverkar varandra (Kielhofner, 2012d) och författarna menar därför att i ESD bör anhöriga beaktas som en viktig aspekt i den sociala miljön.

Vidare diskuterar arbetsterapeuterna att de upplever att den terapeutiska alliansen främjas vid ESD, då det ger möjlighet att utveckla en välfungerande relation som klienten upplever som trygg och kontinuerlig. Med hänsyn till den terapeutiska alliansens betydelse för rehabiliteringsresultat och klientens upplevelse (Gunnarsson & Eklund, 2009; Kielhofner & Forsyth, 2012; Palmadottir, 2006), är det en viktig aspekt att belysa. ESD stödjer kontinuiteten i rehabiliteringsprocessen (Wottrich, et al., 2007). Den terapeutiska alliansen utvecklas och blir starkare under rehabiliteringsperioden (Cooper, 2012; Fisher & Nyman, 2007) och vid ESD finns det möjlighet att arbeta varierat gällande varaktighet och frekvens av hembesök, beroende på klientens behov (von Koch, et al., 2000). I föreliggande studie beskriver deltagarna att de, genom varaktiga och frekventa hembesök hos klienten, ges förutsättningar att utveckla en välfungerande terapeutisk allians med klienten och att denna allians har en stark inverkan på resultatet av ESD. Att arbetsterapeuter ser den terapeutiska alliansen som den mest betydelsefulla faktorn för rehabiliteringsresultatet har även tidigare studier diskuterat (Johansson, 2010; Taylor, et al., 2011). Författarna tolkar, i enighet med deltagarnas upplevelse, att deltagarna påverkar alliansen och alliansen påverkar dem. En arbetsterapeut lyfter fram att den terapeutiska alliansen påverkar hur rehabiliteringen utformas och att rehabiliteringen kan bli mer onaturlig om arbetsterapeuten och klienten inte

har en bra relation. Författarna menar därav att den terapeutiska alliansen är av stor vikt att belysa. SBU (2015) jämför ESD och den traditionella rehabiliteringen och menar att ESD genomförs mer i partnerskap, en mer jämlik relation, med klienten och dennes anhöriga. En stark terapeutisk allians innefattar ömsesidigt förtroende mellan parterna och kvaliteten på denna relation påverkar hälsoutfallet. Klientens förtroende för vårdpersonalen har betydelse för behandlingsresultatet då förtroende kan bidra till bättre kontinuitet och främja klientens engagemang (Street Jr, et al., 2009). Likaså framkom det i föreliggande studie att klienternas förtroende för arbetsterapeuterna och deras kompetens påverkar resultatet av ESD.

Arbetsterapeuterna i studien berättar att då ESD utförs i klientens hem så finns det bättre förutsättningar att lära känna klienten. I enighet med Kielhofners (2012d) beskrivning av hemmiljön, uttrycker deltagarna i denna studie, att klientens hemmiljö innehåller föremål som avslöjar klientens intressen och aktiviteter. På det sättet kan arbetsterapeuten lättare lära känna klienten och utveckla en terapeutisk allians, därför är det fördelaktigt att arbeta i klientens hemmiljö. När rehabilitering utförs i klientens hemmiljö blir relationen mer som ett samarbete mellan klient och terapeut (Cott, 2004) och i hemmiljö ses terapeuten mer som en vän än expert (von Koch, et al., 1998). Flera deltagare uttrycker att det är viktigt att ha en balansgång mellan att vara vänskaplig och professionell. Vidare har arbetsterapeutens förhållningssätt och egenskaper inverkan på den terapeutiska alliansen. Arbetsterapeutens förmåga att använda sig själv i rehabiliteringsprocessen, vilket beskrivs som en av de viktigaste faktorerna inom arbetsterapi (Taylor, Lee, Kielhofner & Ketkar, 2009), främjar den terapeutiska alliansen och rehabiliteringsresultatet (Morrison & Smith, 2013).

Arbetsterapeuter bör utgå från att varje klienten är unik och har olika behov och mål. Palmadottir (2006) skriver att samarbetsrelationen, mellan klient och arbetsterapeut, är grundläggande inom klientcentrerad arbetsterapi. Detta främjas genom den medvetna maktskiftning som sker när klienten blir medveten om sin problematik och aktivt deltar i rehabiliteringsprocessen. Arbetsterapeutens egenskaper, såsom empati, värme, respekt och aktivt lyssnade, främjar en positiv atmosfär, en stark terapeutisk allians (Morrison & Smith, 2013) samt förbättrar resultatet av arbetsterapin (Palmadottir, 2006). Även arbetsterapeuterna i denna studie uttrycker att vid ESD är förhållningssätt och egenskaper avgörande för huruvida klienten välkomnar arbetsterapeuten i sitt hem.

Arbetsterapeuterna i föreliggande studie diskuterar att kommunens kompensatoriska insatser, såsom hjälpmedelsförskrivning samt bostadsanpassning, är värdefulla men inte tillräckliga

för en klientcentrerad strokerehabilitering. Kommunanställda arbetsterapeuter beskriver sina insatser som framförallt kompensatoriska och flertalet önskar att deras insatser vore mer individuellt utformade, utifrån aktivitets- och funktionsträning (Socialstyrelsen, 2003b). Deltagarna upplever att tidsbrist inom kommun hämmar ett klientcentrerat- och aktivitetsfokuserat arbete. Detta till skillnad från ESD där det finns goda resurser, i form av tid, kunskap samt miljö. Det har tidigare rapporterats att tids- och resursbrist inom kommun försvårar klientcentrerat arbete vid hemrehabilitering (Socialstyrelsen, 2007). Deltagarnas upplevelse i denna studie visar på att arbetsterapeuter inom kommunen inte sällan får dåligt samvete till följd av tidsbrist för strokerehabilitering och är därför tacksamma över att ESD finns, där klienten får en specialiserad strokerehabilitering i sin hemmiljö.

ESD beskrivs av deltagarna som en främjande brygga i vårdkedjan. Region Skåne (2018) betonar vikten av en sammanhållen vårdkedja vid stroke. Många patienter rapporterar att behovet av rehabiliterande insatser efter stroke (Mildestvedt, et al., 2015), dock uppger många att detta behov inte tillgodosetts (Riksstroke, 2018). Med rätt stöd kan klientens förutsättningar förbättras (Brogårdh, et al., 2012). Resultatet i föreliggande studie tyder på att ESD främjar vårdkedjan vid stroke där klienternas rehabiliteringsbehov tillgodoses.

7. Slutsats

Syftet med studien var att undersöka upplevelser av rehabiliteringsmetoden ESD vid stroke hos arbetsterapeuter i Sverige som arbetar, eller har arbetat, med denna metod. Resultatet visade att ESD upplevs främja det arbetsterapeutiska synsättet, klientens upplevelse och terapeutiska alliansen samt upplevs som mer klientcentrerad och positiv, jämfört med traditionell rehabilitering. Studiens resultat kan bidra till ökad förståelse för miljöns betydelse i rehabilitering, vikten av en fungerande terapeutisk allians samt klientcentrerat arbete, ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv. Detta är en viktig aspekt med hänsyn till Socialstyrelsens rekommendationer med ökad betoning och höjd prioritering av ESD, vilket medför ett ökat behov av arbetsterapeuter inom området. Fler studier behövs som uppmärksammar de olika professionernas upplevelser av att arbeta med ESD. Vidare kan det vara fördelaktigt att undersöka ESD ur kommunanställda arbetsterapeuters perspektiv samt ur ett klientperspektiv. Förslagsvis bör ESD undersökas för andra diagnos- och målgrupper för att kartlägga evidensen även här i syfte att få förståelse för om denna typ av hemrehabilitering kan främja fler klienter.

8. Referenslista

- Björkdahl, A. (2012). Aktivitetsförmåga. I A. C. Jönsson (Red.), *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s. 103-121). Lund: Studentlitteratur.
- Brogårdh, C., Flansbjer, U. B., & Lexell, J. (2012). Rehabilitering och friskvård. I A. C. Jönsson (Red.), *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s. 265-278). Lund: Studentlitteratur.
- Chaiyawat, P., & Kulkantrakorn, K. (2012). Randomized controlled trial of home rehabilitation for patients with ischemic stroke: impact upon disability and elderly depression. *Psychogeriatrics*, 3(12), 193-199. doi:10.1111/j.1479-8301.2012.00412.x
- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2010). An introduction to occupation. I C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation. The Art of Science and Living* (2. uppl., s. 1-34). New Jersey: Pearson Education.
- Cooper, M. (2012). Clients' and therapists' perceptions of intrasessional connection: An analogue study of change over time, predictor variables, and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274-288. doi: 10.1080/10503307.2011.647931
- Cott, C. (2004). Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26(24), 1411-1422. doi: 10.1080/09638280400000237
- Eklund, M. (2010). Aktivitet, hälsa och välbefinnande. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 19-39). Lund: Studentlitteratur.
- Ekstam, L., Guidetti, S., Johansson, U., & Tham, K. (2012). Aktivitetens betydelse i vardagen för personer med stroke. *Arbetsterapeuten - Forskning i praxis*, 4. Hämtad 2019-02-14 från <https://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Forskning-i-praxis/2012/TA-42012/>

- Fisher, A. G., & Nyman, A. (2007). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi* (FoU-Rapport 1/2007). Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.
- Fisher, R. J., Gaynor, C., Kerr, M., Langhorne, P., Anderson, C., Bautz-Holter, E., & ... Walker, M. F. (2011). A consensus on stroke: early supported discharge. *Stroke*, 42(5), 1392-1397. doi:10.1161/STROKEAHA.110.606285
- Förenta Nationerna. (1948). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad från <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>
- 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. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gunnarsson, A. B., & Eklund, M. (2009). The Tree Theme Method as an intervention in psychosocial occupational therapy: client acceptability and outcomes. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(3), 167-176. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00738.x
- Johansson, H. (2010). Behandlingsrelationens betydelse. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 119 - 129). Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, A. C. (2012). Stroke - en folksjukdom. I A. C. Jönsson (Red.), *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s. 25-36). Lund: Studentlitteratur.
- Kielhofner, G. (2012a). Dimensioner av görande. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: Teori och tillämpning* (s. 101-108). (C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur.

- Kielhofner, G. (2012b). Introduktion till Model of Human Occupation (MOHO). I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: Teori och tillämpning* (s. 7-12). (C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Kielhofner, G. (2012c). Grundläggande begrepp för människans aktivitet. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: Teori och tillämpning* (s. 15-25). (C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Kielhofner, G. (2012d). Miljön och människans aktivitet. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: Teori och tillämpning* (s. 85-99). (C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2012). Terapeutiskt resonemang: Att planera, genomföra och utvärdera behandlingsresultat. I G. Kielhofner (Red.), *Model of Human Occupation: Teori och tillämpning*. (C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers., s. 139-149). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Langhorne, P., Baylan, S., & Early Supported Discharge Trialists. (2017). Early supported discharge services for people with acute stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD000443. doi:10.1002/14651858.CD000443.pub4.
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person environment occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
<http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ530261&site=eds-live&scope=site>
- Law, M., Polatajko, H., Baptise, S. & Townsend, E. (2002). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Red.), *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. (Rev. uppl., s. 29-56). Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Liu, C. J., Chang, W. P., & Chang, M. C. (2018). Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *The American Journal Of Occupational Therapy*, 72(4), 1-18. doi: 10.5014/ajot.2018.031252
- Lou, S., Carstensen, K., Möldrup, M., Shahla, S., Zakharia, E., & Palmhöj Nielsen, C. (2016). Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(2), 302–311. doi: 10.1111/scs.12347
- Matuska, K., & Barrett, K. (2014). Patterns of Occupation. I B. Schell (Red.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12. uppl., s. 163-172). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mildestvedt, T., Meland, E., Hunskår, S., & Straand, J. (2015). Hjärta och kretslopp. I S. Hunskår, B. Hovelius & C. Andersson (Red.), *Allmänmedicin* (M. B. Berndtsson, övers., 2. uppl., s. 337-384). Lund: Studentlitteratur.
- Morrison, T. L., & Smith, J. D. (2013). Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), 326-333. doi: 10.1111/1440-1630.12053
- Nielsen, T. L., Petersen, K. S., Nielsen, C. V., Strøm, J., Ehlers, M. M., & Bjerrum, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 235-248. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/11038128.2016.1245357>
- Nordin, Å., Sunnerhagen, K. S., & Axelsson, Å. B. (2015). Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurology*, 15(16), 235-243. doi: 10.1186/s12883-015-0492-0

- Norrving, B., Aldskogius, H., Brogårdh, C., Jakobsson Larsson, B., Larsson, J., Stibrant Sunnerhagen, K., Tham, K., & Österberg, P. (2015). *Klinisk neurovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Norrving, B. & Lindgren, A. (2012). Cerebrovaskulära sjukdomar. I J. Fagius & D. Nyholm (Red.), *Neurologi* (5. rev. uppl., s. 197-228). Stockholm: Liber.
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
<http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106110162&site=eds-live&scope=site>
- Polatajko, H. J. (2010). The study of occupation. I C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation. The art and science of living* (2. uppl., s. 57- 79). London: Pearson Education Ltd.
- Region Skåne. (2018). *Regionalt vårdprogram för uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention efter stroke och TIA*. Hämtad från
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varprogram---fillistning/varprogram-rehabilitering-stroke-tia-region-skane-181115.pdf>
- Riksstroke. (2018). *Årsrapport 2017*. Hämtad från http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2018/10/Riksstroke_Årsrapport-2017-WEBB.pdf
- Riksstroke. (2019a). Information om stroke. Hämtad 19-01-30 från
<http://www.riksstroke.org/sve/patient-och-narstaende/stroke/>
- Riksstroke. (2019b). Allmän information. Hämtad 19-01-29 från
<http://www.riksstroke.org/sve/omriksstroke/allman-information/>
- Socialstyrelsen. (2003a). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Hämtad från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-4-1.pdf>

- Socialstyrelsen. (2003b). *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10790/2003-131-10_200313110.pdf
- Socialstyrelsen. (2007). *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9199/2007-123-26_200712326.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stöd för styrning och ledning*. Falun: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20886/2018-3-11.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke. En systematisk litteraturöversikt (SBU-rapport 234)*. Hämtad från https://www.sbu.se/contentassets/3eb446a8565e4c24b26d132703af702f/rehabilitering_stroke_2015.pdf
- Street, J. R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015
- Sveriges arbetsterapeuter. (2018). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Sveriges arbetsterapeuter.
- Taylor, R. R., Lee, S. W., & Kielhofner, G. (2011). Practitioners' use of interpersonal modes within the therapeutic relationship: results from a nationwide study. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 31(1), 6-14. doi: 10.3928/15394492-20100521-02

- Taylor, R. R., Lee, S. W., Kielhofner, G., & Ketkar, M. (2009). Therapeutic use of self: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 198-207.
<http://search.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105507696&site=eds-live&scope=site>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2. uppl.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Von Koch, L., de Pedro-Cuesta, J., Kostulas, V., Almazàn, J., & Widén Holmqvist, L. (2001). Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovascular Diseases*, 12(2), 131–138. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1159/000047692>
- Von Koch, L., Widén Holmqvist, L., Wottrich, A. W., Tham, K., & de Pedro-Cuesta, J. (2000). Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clinical Rehabilitation*, 14(6), 574–583. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1191/0269215500cr364oa>
- Von Koch, L., Wottrich, A. W., & Widén Holmqvist, L. (1998). Rehabilitation in the home versus the hospital: the importance of context. *Disability & Rehabilitation*, 20(10), 367–372. doi: 10.3109/09638289809166095
- Walker, M., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., & ... Gilbertson, L. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*, 35(9), 2226-2232.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1161/01.STR.0000137766.17092.fb>
- Wendel, K. (2012). Hemrehabilitering. I A. C. Jönsson (Red.), *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv* (s. 223-240). Lund: Studentlitteratur.
- World Federation of Occupational Therapists. About Occupational Therapy. (2012). Hämtad 2019-01-30 från

<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. Hämtad 2019-02-21 från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Wottrich, A. W., von Koch, L., & Tham, K. (2007). The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Physical Therapy, 87*(6), 778-792. doi: 10.2522/ptj.20060152

Ytterberg, C., Thorsen, A. M., Liljedahl, M., Widén Holmqvist, L., & von Koch, L. (2010). Changes in perceived health between one and five years after stroke: a randomized controlled trial of early supported discharge with continued rehabilitation at home versus conventional rehabilitation. *Journal of the Neurological Sciences, 294*(1-2), 86-88. doi:10.1016/j.jns.2010.03.027

9. Bilagor

9.1 Bilaga 1

Intervjuguide

| Syftet | Plats, datum och tid | Intervjun genomförs av |
|--|----------------------|------------------------|
| Syftet är att undersöka upplevelser av rehabiliteringsmetoden ESD vid stroke hos arbetsterapeuter i Sverige som arbetar, eller har arbetat, med denna metod. | | |

Deltagare

| Namn | Arbetsplats | Kontaktuppgifter | Erfarenhet |
|------|-------------|------------------|------------|
| | | | |

INTERVJUGUIDE

Inledning - övergripande om yrkesroll, nuvarande tjänst samt erfarenhet av ESD. Senare kommer vi diskutera mer kring dina upplevelser.

- 1. Hur länge har du jobbat som arbetsterapeut?**
- 2. Hur länge har du arbetat med strokepatienter? Hur länge med ESD?**
 - a. traditionell rehabilitering?
- 3. Kan du berätta mer om din tjänst inom ESD - hur såg en vanlig dag ut?**
 - a. omfattning? hur många patienter? arbetsuppgifter?
- 4. Kan du beskriva din dåvarande roll i ESD-teamet som just arbetsterapeut? (Hur var det att vara AT i teamet)**
 - a. Kan du utveckla? Ge exempel? Hur upplever du det? Hur upplever du teamet? Hur upplever du just din roll?
- 5. Vi arbetsterapeuter jobbar ju utifrån person, aktivitet och miljö. Samspelet mellan dessa har betydelse för det arbetsterapeutiska synsättet. Hur upplever du att det fungerade att arbeta med ESD utifrån detta synsättet?**
 - a. Om bra - hur? På vilket sätt? I vilka situationer? Hur upplever du det?

- b. *Om dåligt - hur? På vilket sätt? I vilka situationer? Hur upplever du det?*
- 6. Utifrån den arbetsterapeutiska processen (avseende t ex bedömning, mål, intervention, utvärdering) kan du se att arbetssättet enligt ESD har några...**
- a. **Fördelar?**
- i. *Hur? På vilket sätt? I vilka situationer? Hur upplever du det?*
- b. **Nackdelar?**
- i. *Hur? På vilket sätt? I vilka situationer? Hur upplever du det?*
- 7. Vi arbetsterapeuter arbetar ju klientcentrerat, där klienten är i fokus och arbetet utgår ifrån klienten. Hur upplever du att det fungerade att arbeta klientcentrerat vid ESD?**
- a. **Fördelar?**
- i. *På vilket sätt? Kan du utveckla? Ge exempel?*
- b. **Nackdelar?**
- i. *På vilket sätt? Kan du utveckla? Ge exempel?*
- 8. Utifrån den terapeutiska alliansen, dvs. relationen mellan dig och patienten - hur upplever du att denna allians påverkas av arbetssättet enligt ESD?**
- a. *Om främjas - i så fall hur? På vilket sätt? Ge exempel? Hur upplever du det?*
- b. *Om hämmas - i så fall hur? På vilket sätt? I vilka situationer? Hur upplever du det? När har det inte fungerat?*
- 9. Vad är din uppfattning om patienternas upplevelse av ESD? Hur tror du patienten upplever ESD?**
- i. *Kan du utveckla? På vilket sätt? Ge exempel?*
- b. Kan du beskriva en situation då du upplevde att patienten var nöjd med ESD?
- i. *Kan du utveckla? På vilket sätt? Ge exempel?*
- c. Kan du beskriva en situation då du upplevde att patienten var missnöjd med ESD?
- i. *Kan du utveckla? På vilket sätt? Ge exempel?*
- 10. (Om de tidigare sagt att de har erfarenhet av den traditionella rehabiliteringen också): Då du har arbetat enligt två olika arbetssätt vid strokerehabilitering - kan du beskriva din upplevelse av dessa två i relation till varandra?**
- a. *Varför? Kan du utveckla? På vilket sätt? Ge exempel?*