



Hemrehabilitering för äldre stroke patienter

En kvalitativ studie, beställningsarbete för Esbo sjukhus och Hemrehabilitering.

Jasmine Dolivo, Jasmin Sandelin & Jenny Ingman

Examensarbete / Fysioterapi

2019

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	
Författare:	Jasmine Dolivo, Jenny Ingman och Jasmin Sandelin
Arbetets namn:	Hemrehabilitering för äldre strokepatienter
Handledare (Arcada):	Anne Kokko
Uppdragsgivare:	Esbo sjukhus och Esbo Hemvård
<p>Sammandrag: Examensarbetet är en kvalitativ forskning som har fokus på Hemrehabilitering för äldre strokepatienter. Arbetet är ett beställningsarbete för Esbo stads sjukhus och Esbo hemrehabilitering. Önskemål från uppdragsgivaren var att använda temaintervju som metod. Syftet med arbetet var att ge fysioterapeuterna på Esbo sjukhus och hemrehabilitering en gemensam synvinkel på hemrehabiliteringen för strokepatienter samt utvecklingsförslag. Arbetets forskningsfråga är: Vilken roll har fysioterapin i hemrehabilitering av äldre strokepatienter? Forskningsfrågan besvaras genom litteratursökning och temaintervjun. Litteratursökningen gjordes med hjälp av databaserna Google scholar, Pubmed och Cocharne. Forskningslov anhölls och beviljades av Esbo stad inom social och hälsovården. För god vetenskaplig praxis har vi följt Arcadas riktlinjer som Forskningsetiska delegationen upprättade 2012. Temaintervjun analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt boken <i>Förståelse, beskrivning och förklaring</i> skriven av Jacobsen (2007). Med kvalitativ analysmetod skapades teman som sedan underkategoriserades av intervjun genom Long-table approach som Kruger och Casey föreslår i boken <i>Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research</i> (2015). Examensarbetets resultat visar att fysioterapeutens roll inom hemvården är mycket omfattande. Fysioterapeuterna har ett stort ansvar när patienten förflyttas hem, de stöder patienterna och de närstående, de stöder patienter hemma med de dagliga aktiviteterna och uppmuntrar patienten till självständighet. Fysioterapin har stor påverkan på strokepatienters livskvalitet och funktionsförmågan. Fysioterapeuterna strävar efter att stöda patientens aktiva självständighet i vardagen. I sammanställningen av forskningarna och intervjun finns det en betydlig skillnad mellan tidsperioderna och regelbunden terapi. Fysioterapeuterna på Esbo hemrehabilitering har brist på tid och resurser.</p>	
Nyckelord:	Hemrehabilitering, stroke, fysioterapi, Esbo sjukhus, roll, äldre.
Sidantal:	39
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	
	3.6.2019

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Bachelor Degree in Physiotherapy
Identification number:	
Author:	Jasmine Dolivo, Jenny Ingman, Jasmin Sandelin
Title:	Homerehabilitation for elderly stroke-patients
Supervisor (Arcada):	Anne Kokko
Commissioned by:	Espoo Hospital and Espoo Rehabilitation Home Unit
<p>Abstract:</p> <p>This bachelor thesis is a qualitative study which focuses on home rehabilitation for older stroke patients. This research was both requested by and funded by the Espoo Hospital and Espoo Rehabilitation at Home Unit. The chosen research method is Theme Interviews because this method was requested by the city of Espoo. The objective of this paper is to give physiotherapists working at the Espoo Hospital and physiotherapists working the Rehabilitation at Home Unit a common overview of the rehabilitation of stroke patients. It also aims to detail the ways in which services can be improved. The research question is: What is the role of physiotherapy in the rehabilitation of older stroke patients? The response contains both a literature review and the findings of the Theme Interviews. The literature review is based on databases such as Google Scholar, Pubmed and Cocharne. This research was requested and approved by the city of Espoo and the Social and Health Services. This paper conforms with the scientific guidelines of Arcada University of Applied Sciences which were outlined by the Finnish National Board on Research Integrity TENK in 2012. The findings of the Theme Interviews were analyzed using qualitative content analyzis using the methods set out in <i>Förståelse, beskrivning och förklaring</i> by Jacobsen (2007). The material was categorized using the Long-Table approach that Kruger and Casey suggests in their book, <i>Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research</i> (2015). The results of the study show that the role of the physiotherapist is key. Physiotherapists have significant impact when patients return to their homes. They support both the patients and the people closest to them. In addition, physiotherapist support their patients at home with their daily activities and encourage them to increase their independence. Physiotherapy has a major impact on the stroke patient's quality of life and their ability to function independently. Physiotherapists work towards the goal of their patient returning to active, independent daily life. Both the literature and the interviews show that there are significant differences between short term therapy, which happens over a specific period of time and longer term therapy. Physiotherapists in Espoo Rehabilitation at Home Unit who carry out these therapies lack both the necessary resources and time.</p>	
Keywords:	Rehabilitation at home, stroke, physiotherapy, Espoo Hospital, role, elderly
Number of pages:	39
Language:	English
Date of acceptance:	3.6.2019

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Jasmine Dolivo, Jenny Ingman, Jasmin Sandelin
Työn nimi:	Kotikuntoutus iäkkäälle AVH-potilaalle
Työn ohjaaja (Arcada):	Anne Kokko
Toimeksiantaja:	Espoon sairaala ja Espoon Kotikuntoutus
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka käsittelee iäkkäiden AVH-potilaiden Kotikuntoutusta. Työ on tilaustyö Espoon kaupungin sairaalalle ja Espoon kotikuntoutukselle. Tilaajan toiveena oli käyttää teemahaastattelua menetelmänä. Tarkoituksena oli antaa Espoon sairaalan ja Kotikuntoutuksen fysioterapeuteille yhteinen näkemys iäkkäiden AVH-potilaiden kotikuntoutuksesta ja tuoda esille kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyön tutkimuskysymys on: Mikä on fysioterapian rooli iäkkään AVH-potilaan kotikuntoutuksessa? Kirjallisuustutkimuksen sekä teemahaastattelun kautta saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Kirjallisuustutkimus tehtiin tietokantojen Google scholar, Pubmed ja Cocharne avulla. Tutkimuslupa haettiin, että hyväksyttiin Espoon kaupungin Sosiaali- ja terveystoimelta. Opinnäytetyössä olemme noudattaneet Arcadan suuntaviivoja koskien Tutkimuseettisen neuvottelukunnan vuonna 2012 perustetun hyvän tieteellisen käytännön menettelyohjeita. Teemahaastattelu analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin mukaan, kirjan <i>Föståelse, beskrivning och förklaring</i> pohjalta (Jacobsen, 2007). Laadullisen analyysimenetelmän avulla luotiin teemoja, jotka haastattelun jälkeen alaluokiteltiin Longtable approach mukaan, jota Kruger ja Casey ehdottavat kirjassa <i>Focus groups: a practical guide for applied research</i> (2015). Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että fysioterapeutin rooli kotihoidossa on erittäin laaja. Fysioterapeuteilla on iso vastuu potilaan kotiutumisessa, he tukavat potilaita ja heidän läheisiään, sekä tukevat potilaan kotona pärjäämistä päivittäisten aktiviteettien avulla ja kannustavat potilasta itsenäisyyteen. Fysioterapialla on suuri vaikutus AVH-potilaiden elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Fysioterapeutit pyrkivät tukemaan potilaan aktiivista itsenäistä pärjäämistä arjessa. Yhteenvedossa, jossa verrattiin haastattelun ja tutkimuksien tuloksia, nousi esille selkeitä eroavaisuuksia koskien terapioiden kestoa ja säännöllisyyttä. Fysioterapeuteilla on Espoon kotikuntoutuksessa puute sekä ajasta että resursseista.</p>	
Avainsanat:	Kotikuntoutus, AVH, fysioterapia, Espoon sairaala, rooli, iäkkäät
Sivumäärä:	39
Kieli:	Suomi
Hyväksymispäivämäärä:	3.6.2019

INNEHÅLL / CONTENTS

1 Inledning	6
2 Bakgrund	6
2.1 Stroke	7
2.2 Akuta skedet	9
2.3 Subakuta skedet	9
2.4 Rehabilitering	11
2.5 Kroniska skedet i rehabiliteringen	13
2.7 Fysioterapi hemma	18
2.8 Sammanfattning	20
3 Esbo Hemrehabilitering	21
4 Arbetsprocessen	21
4.1 Syfte och frågeställningar	22
4.2 Metod	22
4.3 Forskningsområde	23
4.5 Uppdelning av arbetet	24
4.6 Etiska övervägande och tillstånd	24
5 Analys	25
5.1 Kvalitativ innehållsanalys	25
5.2 Resultaten av intervjun i relation till tidigare forskning	29
6 Slutdiskussion och kritisk granskning	30
7 Källor:	32
9 Bilagor:	37

1 Inledning

Hjärncirkulationsstörningarna är fjärde största dödsorsaken i världen. Procentuellt är andelen hjärncirkulationsstörningar 12 %, och av dem är hälften ischemiska. I välfärdsstaterna har dödligheten minskat på 2000-talet både hos under 75-åringar och äldre. (Käypähoito.fi)

Detta arbete är ett beställningsarbete för Esbo sjukhus och Hemrehabilitering. Vårt arbete behandlar hemrehabilitering för äldre strokepatienter i det subakuta skedet. Arbetet är en kvalitativ studie, metoden är en temaintervju som bestämdes tillsammans med beställaren, efter att de föreslog detta. Resultaten av temaintervjun hjälper fysioterapeuterna utveckla hemrehabiliteringen för äldre stroke-patienter i Esbo stad. Både fysioterapeuterna i hemrehabiliteringen och fysioterapeuterna på Esbo sjukhus har nytta av resultaten eftersom de jobbar med samma patienter.

Våra fördelar i arbetet är att vi är intresserade och har inom arbetslivet som fysioterapeuter fått erfarenhet av neurologisk rehabilitering och bekantat oss med målgruppen inför examensarbetet. Vi har också bekantat oss med hemrehabiliteringen i Esbo stad.

2 Bakgrund

Datainsamlingen till bakgrunden börjades i januari 2018 vi använde oss av god medicinsk praxis-rekommendation, och materialet för den evidensbaserade bakgrunden och artiklarna från Käypä hoito, Aivoliitto, Duodemic och Terveysportti.

Våra urvalskriterier för datasökning av forskningar är att hitta forskningar som är relevanta för vårt forskningsområde, är skrivna på svenska, engelska eller finska och är kostnadsfria i full text och är publicerade inom 2000-talet.

Litteratursökningen för bakgrunden är gjord via Google scholar, Pubmed och Cocharne library med avancerade sökmetoden och andra internetsidor. Efter att ha läst igenom många artiklar valde vi 16 relevanta artiklar. Sökorden vi använt i Pupmed och Cocharne library databasen var; *homerehabilitation and stroke and physiotherapy, home-based and rehabilitation and stroke and physiotherapy*. Sökorden i Google scholar var; *home rehabilitation for elderly subacute stroke patients, elderly stroke physiotherapy role at home*

På Google scholar blev det 17 700 träffar av vilka vi läste 90 abstrakta artiklar som var kostnadsfria i full text, och av dessa artiklar valde vi 11.

Pubmed och Cocharne Library hittades det 94 artiklar som var skrivna 2000-2019 och kostnadsfria i full text och av dem läste vi 40 stycken och valde 5 artiklar.

Ordlista:

Äldre(elderly)

Hemrehabilitering (home-care/reablement, kotikuntoutus)

Stroke (avh),

subakuta skedet(subakuutti, subacute)

physiotherapy (fysioterapi, Fysioterapia)

roll (role).

2.1 Stroke

Stroke är ett samlingsnamn på symptom bild som uppstår när hjärnans nervvävnad skadas på grund av hämmad syretillförsel. Stroke kan bero av två orsaker hjärninfarkt eller hjärnblödning. Hjärnblödning uppstår när ett blodkärl brister inne i hjärnan eller

på hjärnans yta och hjärninfarkt uppstår av en blodpropp i hjärnans blodkärl och orsakar syrebrist.

Enligt hjärt-och kärlsjukdomsregistret på Institutet för hälsa och välfärd är hjärninfarkt andelen 79 % av alla neurologiska sjukdomar år 2013. Medelåldern för första insjuknandet av stroke år 2010 var 72,7 år, och 51,2% av dem var män. 21% av dem var under 65-åringar. Av de nya stroke-patienterna fick 10,7 % en ny hjärnstörning inom det första året.

50-70 % av personerna som fått hjärninfarkt är självständiga efter 3 mån. Största delen klarar sig hemma men 5 % behöver intensiv vård. (Käypä hoito, AVH ja TIA. 1.11.2016)

År 2010 var medelåldern 72,7 av strokepatienter som insjuknade första gången. Av dessa var 51,3 % män. 21% av strokepatienterna var i arbetsför ålder. Av Stroke är 75 % hjärninfarkter och 15 % hjärnblödningar. Risken att insjukna i stroke stiger med åldern och vid 75 års ålder är risken hundra gånger större än hos 25 - 34 ålder. Var tredje insjuknad är under 65 år gammal. Av patienterna är 60 % i liv efter ett år av stroke och hälften av dem kommer tillbaka till arbetslivet efter stroke. (Käypä hoito, AVH ja TIA, 2016.)

Både hjärninfarkt och hjärnblödning skadar nervvävnaden i hjärnan och de celler som har förstörts kan inte förnyas, men de kan koppla sig ihop med nya förbindelser och återhämta sig på det sättet. För att nå så bra resultat som möjligt bör rehabiliteringen påbörjas så snabbt som möjligt. (Aivoliitto.fi, *Mikä on aivoverenkiertohäiriö (AVH)?*)

Stroke kan uppstå av många olika orsaker som till exempel; ärftlighet, högt blodtryck, rökning, höga blodfetter, hög alkoholkonsumtion, hög ålder, diabetes, förmaksflimmer samt förträngning av halspulsådern. Stroke kan påverka vilken funktion som helst, efter stroke finns det möjlighet för funktionsnedsättning som exempel, hela ena sidan av kroppen är förlamad, minnesstörningar, svårigheter att dricka och äta, balanssvårigheter, depression och koncentrationssvårigheter. Stroke är den vanligaste sjukdomen som hos vuxna orsakar funktionsnedsättning. Stroke borde tas allvarligt och försöka förbättra sina livsvanor och förebygga i tid, eftersom många patienter dör inom första året. (Aivoliitto.fi, *Mikä on aivoverenkiertohäiriö (AVH)?*)

Största delen av hjärnans ischemiska cirkulationsstörningar uppstår akut, och symptomen uppstår under de första minuterna eller timmarna.

En intracerebral blödning i hjärnan kallas för ICH, och betyder att hjärnblödningen har skett i själva hjärnvävnaden. SAB är en subaraknoidal blödning i hjärnan och betyder att blödningen i hjärnan skett under spindelvävshinnan.

En varningssignal som kallas för TIA anfall, beror på att en liten blodpropp en kort stund täpper till blodcirkulationen i ett litet kärl i hjärnan. Om detta uppstår och går över är det högt sannolikt att detta kommer att hända på nytt eller leda till stroke. TIA går över inom ett dygn men kan ha samma symptom som stroke. Oftast leder TIA till en riktig stroke. (Aivoliitto.fi, *Mikä on aivoverenkiertohäiriö (AVH)?*)

2.2 Akuta skedet

Första skedet efter stroke kallas det akuta skedet, som innebär de första dagarna efter stroke då patienten behöver övervakning av tillståndet.

De flesta patienter som drabbas av stroke har i det akuta skedet svårigheter med svalget pga. Förlamning av någondera sida av svalget. Ena sidan av ansiktet kan också vara förlamad och då kan talet vara svårt att förstå och personen kan ha svårt med att artikulera. Vissa patienter drabbas av afasi. Afasi betyder svårigheter med talet, det är svårt att hitta rätta ord. Samtidigt kan personen ha svårigheter med att skriva, räkna och förstå det de läst. Oftast personer som har afasi, så ligger skadan på den vänstra hjärnhalvan. (Aivoliitto.fi, *Aivoverenkiertohäiriön akuuttihoito alkaa numerosta 112*)

2.3 Subakuta skedet

Det subakuta skedet börjar då patientens tillstånd är stabil. Efter akuta skedet fortsätter rehabilitering endera på sjukvårdsdistriktets egna rehabiliteringsavdelning, på privat rehabiliteringscenter eller på hälsocentralens bäddavdelning (Aivoliitto.fi, *kuntoutuksen tarve ja pituus vaihtelevat*). Subakuta skedets rehabilitering sägs räcka i genomsnitt från 3-6 månader. Aktiv rehabilitering som påbörjats en vecka efter insjuknandet är betydligt effektivare än rehabilitering som påbörjats 3 veckor efter insjuknandet. Också kognitiv rehabilitering borde börjas så fort som möjligt. (Käypä hoito, 2016)

I det subakuta skedet är förlamning av någondera sida vanligaste symptom och förekommer hos 75% av stroke-patienter. Andra symptom som också kan förekomma under subakuta skedet är till exempel spasticitet, minnesförluster, störningar i operativ kontroll samt nedsatt förmåga att dra slutsatser. Kognitiva störningar uppkommer hos ca 70% av patienterna. Afasi förekommer hos en tredje del av patienterna under subakuta skedet, som tillägg till afasi kan också försämrade skriv- och lässvårigheter förekomma samt svårigheter att räkna. Andra kognitiva problem som en del har är apraxi det vill säga svårigheter att utföra viljemässiga rörelser, ataxi balans- och gångsvårigheter, agnosi svårigheter att känna igen och dysmetri svårigheter att kontrollera rörelse och noggrannhet. (Kaste et al. 2006 & Korpelainen et al. 2008.)

Patienterna är i medeltal från 17-54 dygn på rehabiliteringsavdelningen, efter det fortsätter rehabiliteringen beroende på patientens skick, endera hemma med poliklinikgångar hos fysioterapeuten eller fortsatt rehabilitering annanstans. Patienter får rehabilitering dagligen. Under det subakuta skedet görs mycket testbatterier som man följer med under rehabiliteringsprocessen. Under det subakuta skedet får patienten bland annat fysioterapi, ergoterapi, talterapi mm, beroende på behovet. (Aivoliitto.fi, *kuntoutuksen tarve ja pituus vaihtelevat*)

Duncan. P et al. 2003 har undersökt ifall ett strukturerat, progressivt, fysiologiskt baserat träningsprogram i subakut stroke ger bättre rehabiliteringsresultat jämfört med spontan återhämtning och vanlig vård. Undersökningen var ett strukturerat, progressivt, fysiologiskt baserat hemma-program av trettiosex 90-minuters sessioner över 12 veckor med fokus på flexibilitet, styrka, balans, uthållighet och övre extremitetens funktioner. Detta program gav bevis på förbättring i uthållighet, balans och rörlighet jämfört med resultaten som kan hänföras till spontan återhämtning och vanlig vård.

Det finns olika träningsmetoder för förbättring av övre extremitetens aktivitet. Enligt undersökningar träning av CIMT (constraint induced movement therapy) i subakuta skedet som utförs 60-72h under 2 veckors tid försnabbar och utvecklar förflyttande, hanterande och bärande av föremål. Träning av båda händerna framskrider övre extremitetens rörelseförmåga. Spegelterapi är också en metod som används för både övre och nedre extremitetens utveckling. Andra terapimetoder som kan användas för

förbättring av övre extremitetens rörelseförmåga är t.ex. FES (Functional electrical stimulation), videospel och känselsinnesträning kan förbättra känseln i övre extremiteten samt handens motoriska aktivitet mm. (Käypä hoito, Aivoinfarki ja TIA, 2016)

Tong Raymond K. et al. (2006) har gjort en undersökning om effekten av elektromekanisk gångmaskin (EGT) jämfört med konventionell gångträning (CGT), med och utan funktionell elektrisk stimulering (FES) i subakut stroke. Sammanlagt deltog 50 personer som fått strokeutbrott 6 veckor innan, av dessa avklarade 46 personer 4 veckors träningsperioden. Personerna utförde följande test: Fem meters gånghastighetstest, Elderly Mobility Scale (EMS), Bergs Balans test, Functional Ambulatory Category (FAC), Motricity Index leg subscale, FIM instrument score och Barthel Index. I undersökningen framkom att personerna som tränade med EGT med eller utan FES hade bättre resultat i gånghastighet, rörlighet och funktionsförmåga jämfört med personerna som genomgått konventionell gångträning.

2.4 Rehabilitering

Målet med rehabiliteringen är att minska graden av skada hos stroke-patienterna samt uppehålla och förbättra funktionsförmågan. Största delen av stroke-patienter har visats dra stor nytta av rehabilitering, oberoende av kön, ålder eller sjukdomens svårighetsgrad. De som har fått mest allvarlig stroke-anfall ses ha största nyttan av rehabiliteringen (Jorgensen et al. 2000). I framtiden när befolkningen åldras kommer också stroke-anfallen att öka och så med också behovet för rehabilitering.

Rehabiliteringen vid stroke är mångprofessionellt, gruppen består av en läkare, sjukskötare, fysioterapeut, talterapeut, ergoterapeut, neuropsykolog och socialvårdare samt rehabiliteringsskötare. Behovet av fysioterapi, ergoterapi och talterapi etc. bestäms patientspecifikt och påbörjas som del av mångprofessionell rehabilitering. (Koso Laura et al. 2016.)

Den första tiden efter stroke kartlägger fysioterapeuten vilka svårigheter och funktionsnedsättningar drabbas av. Efter kartläggningen görs upp en plan med hjälp av fysioterapeuten, viktigaste i planeringen är att tillsammans med patienten gör realistiska

mål. Det finns olika former av rehabilitering, rehabiliteringen börjar alltid redan på sjukhuset. Kan patienten klara av sig i det dagliga livet, då finns det ren möjlighet till öppen vård där patienter kommer 4–5 gånger i veckan till avdelningen och tränar. Om patienten inte klarar av att bo hemma får patienten vara på rehabiliteringskliniken och träna dagligen. (Koso Laura et al. 2016.)

Lägesbehandling påbörjas genast och uppmärksamheten skall speciellt läggas på de redan skadade ledernas läges- och rörelsebehandling. Annan aktiv rehabilitering påbörjas då patientens tillstånd är tillräckligt stabil. Fysioterapi hjälper till med rehabilitering av rörelse och fysisk funktionsförmåga. Med fysioterapi i stroke försöker man oftast träna upp den nedsatta funktionen både passivt och aktivt. Träningsformer som bassängräning och styrketräning samt de dagliga aktiviteter som exempel borsta tänderna, äta, att gå, klä på sig, gå på toaletten osv. Med rehabiliteringen siktas det oftast till att patienten skall få ett så bra livskvalitet som möjligt. Fysioterapeuten hjälper med att göra hemmet till en plats där patienten klarar av att bo med hjälpmedel som exempel; rullstol, rollator, wc förhöjning, handtag osv. Ergoterapi stöder och främjar möjligheten att klara sig självständigt i vardagen och med talterapi övas kommunikationsfärdigheter samt sväljandet. Med hjälpmedel som till exempel minneshjälpmedel och röstförstärkare kan vardagen underlättas. Behovet av olika hjälpmedel i vardagen förändras under tiden och därför skall behovet av hjälpmedel regelbundet bedömas på nytt. (Käypä hoito, Tunnista aivoinfarkti-hoitoon ja heti, 2017)

Gångträning främjar gångförmågan och för främjandet av handens funktionsförmåga finns det flera olika träningsmetoder. (Käypä hoito, Tunnista aivoinfarkti-hoitoon ja heti, 2017). I gångträning för patienter som saknar självständig gångförmåga bör utnyttjas elektromekaniska träningsapparater som stöder mot självständig gång. Patienter med självständig gång gynnas av gångträning på t.ex. gångmatta, speciellt med tanke på utveckling av sträcka och hastighet. Som tillägg till maskinerna utnyttjas olika hjälpmedel som stöd för gångträning samt annan träning och övningar som stöder gångförmågan. (Käypä hoito, Aivoinfarki ja TIA, 2016). Oujamaa. L et al. 2008 har gjort en litteraturstudie där de granskat 66 studier gällande övre extremitetens rehabilitering efter stroke. Denna litteraturöversikt visar att utövandet av den hemiparetiska handen och handleden är avgörande för alla steg i ett rehabiliteringsprogram.

Riekkinen- Kettunen. M skriver om olika terapier och deras effektivitet av flera forskningar har hon dragit sammanfattning då de gäller fysioterapin att ökad intensitet av fysioterapi förbättrar rörelsens rehabilitering. Det finns ingen signifikant skillnad mellan metoderna i form av resultat; avgörande faktorer är att börjar tidigt och övar den önskade egenskapen eller färdigheten. Elektromekanisk träningsutrustning används för patienter som inte kan gå själva. Forskaren hitta evidensbaserat om att promenera självständigt kommer att gynnas av att träna på löpbandet, särskilt när det gäller gånghastighet och avstånd. Utöver utrustningen bör övningen också kombineras med annan fysioterapi, till exempel träna gången medhjälpmedel, samt träning med båda händerna. Likadana övningar samtidigt med båda händerna har bevisats gynna övreextremitetens funktionen. Evidensen har visats också att gångträningen gynnar gången också i en senare stadium.

3 månader efter stroke har 50-70% av insjuknade återhämtats till självständiga i dagliga sysslor. Under 50-åringars insjuknande har ökat både i USA och Europa. I Finland har stroke-anfall för under 45-åriga män ökat 1,5 gånger under 10 år från år 2000-2010. (Käypä hoito, 2017)

2.5 Kroniska skedet i rehabiliteringen

Effekten av en stroke fortsätter livet ut. Största delen av återhämtningen efter stroke händer under de första månaderna, men förbättringar och anpassning till situationen samt ändringar i beteende kan fortsätta i många år efter stroke. Det finns evidens om att riktade interventioner kan vara effektiva för patienter och att koordinerad kommunalt stroketeam hindrar patienter från att bli sämre efter att ha kommit hem. Till rehabiliteringens service hör att hjälpa individerna att upptäcka de sysslor som är viktiga för dem, hjälpa dem anpassa sig och modifiera och ändra deras egen identitet med tiden. Multiprofessionell rehabilitering är nödvändigt i detta skede eftersom det är viktigt att hitta balansen mellan hoppet av förbättring i framtiden och att acceptera nedsättningarna som kan leda till ändringar i identiteten.

Patienter med stroke känner stress och förvirring under det skede då de flyttas hem eller till servicehem från sjukhuset samt då fysioterapin slutar. Många patienter säger att de känner rädsla, ensamhet, utan stöd samt känner sig glömda under denna tid.

Fysioterapin fortsätter inte nödvändigtvis genast utan kan ta sin tid förrän fortsatt terapi påbörjas. På sjukhuset får patienter möjligtvis dagligen fysioterapi men vid ett senare skede minskar terapin då patienterna bokar själv terapin en eller två gånger /vecka. Patienter känner sig sällan förberedda för att bo hemma även fast de tycker det är en viktig del av rehabiliteringen. Stöd och kommunikation inom familjen och närstående rekommenderas för lyckad rehabilitering i hemmiljö, för att minska ångest och rädsla hos patienter och förebygga aktivitet. Kommunikation mellan patienten och fysioterapeuten är viktigt vid förflyttning från sjukhus hem.

Det finns evidens om att patienter och deras familjemedlemmar vill få en realistisk bild på hur de kommer att återhämta sig. Utmaningen för fysioterapeuterna i detta skede är att ge uppmuntrande men realistiska förväntningar gällande terapin utan att förvärpa aktiva rehabiliteringsprocessen. Fysioterapeutens roll är också att se till att individerna vet hur de kan fortsätta träna på egen hand. (Stokes s. 17-18)

2.6 Hemrehabilitering efter stroke

Med hemrehabilitering menas rehabilitering som sker hemma med stöd av ett mångprofessionellt team som består av närvårdare, sjukskötare, fysioterapeuter och ergoterapeuter. Det maximala stödet under ett dygn är 3 ggr tex. morgon, dag och kväll beroende på behovet. Hemrehabiliteringsteamet planerar rehabiliteringens gång och lägger upp realistiska mål tillsammans med klienten. Samt bedömer rehabiliteringens framgång och uppehåller klientens funktionsförmåga. Målgruppen för hemrehabiliteringen är oftast åldringar och rehabiliteringsprocessen räcker i medeltal 4-6 veckor. Rehabilitering riktas för de som behöver hjälp hemma, som blivit utskrivna från sjukhus och de som har ökad behov av hemvård. Samtidigt minskar behovet av vård på servicehem och vård som behövs dygnet runt. Hemrehabiliteringsinterventionen består av utvärdering av nuläget, lägga upp mål, plan för hemrehabilitering, förverkligande av hemrehabiliteringen, slutvärdering och organisering av fortsättningen och fortsatt plan. Kartläggning av möjliga ändringar i hemmet samt behov av hjälpmedel arrangeras för individen. Fysioterapin innehåller balans och muskelstyrketräning samt instruktion om användning av möjliga hjälpmedel. (Suomen fysioterapeutit. Ikääntyvien kotikuntoutus, 2017).

Målet med hemrehabiliteringen är att uppehålla och förbättra individens funktionsförmåga och förbättra livskvaliteten och känslan av säkerhet för att kunna bo hemma så länge som möjligt. Samtidigt minskar behovet av vård på servicehem och vård som behövs dygnet runt. I en undersökning gjord av Fearon .P (2012) randomiserades 14 undersökningar, hemrehabilitering jämfördes med konventionell rehabiliteringen av stroke-patienter. Tidigarelagd utskrivning konstaterades förbättra funktionsförmågan och minska behovet av intensivvård samt förkorta tiden på sjukhus efter stroke.

I en intervjustudie har Nordin. Å et.al (2015) undersökt om patienternas förväntningar av tidigarelagd utskrivning från sjukhus och hemrehabilitering efter stroke. I studien jämfördes tidig utskrivning som innehöll hemrehabiliterings intervention med konventionell rehabilitering efter stroke. Medelåldern hos patienterna var 69 år som hade milda till medelmåttliga strokesymptom. Patienterna var intervjuade 0 - 5 dagar före utskrivning och materialet av intervjun var analyserad med kvalitativ innehållsanalys. Det visade sig att patienterna hade blandade förväntningar gällande tidigarelagd utskrivning. De kände sig osäkra och rädda men ändå längtade att komma hem. Patienterna hade högt förtroende för teamet gällande stödet efter utskrivning.

I en artikel skriven av Brändal. A (2016) har det visat sig att strokepatienter är nöjdare vid tidigarelagd utskrivning och hemrehabilitering. De patienter som blev utskrivna från sjukhus tidigare var mer självständiga i vardagen samt kände sig mindre deprimerade än de som blev i sjukhus. Brändal jämförde tidigarelagd utskrivning från Norrlands Universitetssjukhus mellan en stor kontrollgrupp från hela Sverige. Det visade sig att patienterna på Norrlands Universitetssjukhus var klart nöjdare än kontrollgruppen.

Chaiyawat et al. (2009) Har undersökt en randomiserad kontrollerad undersökning om effekten på hemrehabilitering för patienter med ischemiska stroke. I undersökningen var det 60 patienter som fick 3 månader antingen hem rehabilitering program (kontrollgruppen) och den andra gruppen fick vanligt sjukhusprogram (interventions gruppen). Medeltals åldern i undersökningen var 65 år. Det visade sig att

hemrehabiliteringen var effektivare i att förbättra funktionsförmågan, minskning av nedsättning, förbättra livskvalitet och minskning av depression än ett vanligt sjukhusprogram.

Fjærtoft. H et al. (2011) har undersökt effekten av tidig utskrivning av sjukhuset (ESD-early supported discharge) kombinerat med Stroke unit care i Norge 5 år efter stroke. Stroke unit care kombinerad med ESD verkar minska dödsfall och institutionell vård och förbättra patienternas chans att leva hemma 5 år efter stroke jämfört med traditionell strokevård. Det finns en trend mot förbättrat funktionsresultat i ESD-gruppen.

Kalra. L et al. (2005) har jämfört resultaten mellan strokepatienter som hanteras på strokeenheten, på allmänna avdelningar och hemma. Syftet har också varit att beskriva organisatoriska aspekter för strokevård och utvärdera kostnadseffektiviteten hos varje strategi och dess acceptans för patienter, vårdgivare och yrkesverksamma. Den primära resultatet var död eller institutionalisering vid 1 år. Sekundära resultat var beroende, funktionsförmåga, humör, livskvalitet, resursanvändning, sjukhusvistelse, vårdgivare och professionell tillfredsställelse. Patienterna på stroke-enheten visade större förbättring på grundläggande aktiviteter i det dagliga livet jämfört med andra strategier. Uppnåendet av högre nivåer av funktion påverkades inte av vårdstrategi. Ytterligare forskning krävs.

Hellström et al. granskade äldre stroke patienters självständighet i relation till funktionsnedsättningar av daglig aktivitet. Studien innehöll 37 st strokepatienter från åldern 66- 89 år. Mätinstrument som användes var Bergs balans test, FIM (Functional Impairment Scale) och Falls Efficacy Scale (svensk version). Patienterna var valda till geriatriska rehabiliteringsavdelningen som varade i lite över ett år. Mätningarna gjordes i början av rehabiliteringsprogrammet, i slutet samt 10 månader efter stroke. Uppföljning gjordes senare endera hemma eller på avdelning. I alla mätningar förekom förbättringar från början till slutet av programmet. De patienter som var mindre självständiga vid utskrivningen hade inte lika tydlig förbättring än de som var mer självständiga.

I en undersökning av Mayo (2016) sammanfattas vad som kommit fram i tidigare välgjorda kliniska undersökningar som utvärderar effekten av olika synvinklar om strokerehabilitering i hemmet samt identifiering av metoderna, så att det bästa möjliga resultat kan uppnås för stroke-patienterna och med så låga kostnader som möjligt. Hemrehabilitering för stroke kan betraktas under 3 rubriker: (1) rehabilitering hemma för att ersätta akut vård - ESD-modellen (Early Supported discharge); (2) rehabilitering hemma för att ersätta institutionell rehabilitering och (3) hemövning för att förhindra försämring och främja hälsa genom fysisk aktivitet. I forskningen kommer fram att ESD är effektiv. En annan viktig aspekt är att strokerehabilitering är så effektiv att det kan erbjudas i vilken inställning som helst utan avancerad utrustning eller teknik. Det som också dök upp var att endast 1 av 3 personer med stroke kommer att kunna följa eller dra nytta av ett hemrehabiliteringsprogram utan övervakande. Sätten att gå vidare är att genomföra det man vet och utveckla optimala strategier. Det behövs också genomföring av hem- eller samhällsbaserade rehabiliteringsprogram till dem som kan och kommer att engagera sig och dra nytta av dem. Det kräver identifiering av denna grupp och resurser tidigt, så att de kan optimera sina resultat. Det krävs utveckling av lösningar för de utmanande patienterna, vilket kan innebära institutionell rehabilitering, istället för hembaserad rehabilitering eller närmare uppföljning av hemvård.

Roderick et.al (2001) jämförde effektiviteten och kostnaden mellan hemrehabilitering och sjukhusvård för äldre stroke patienter. Deltagarna var över 55 år och hade behov av fortsatt stroke rehabilitering efter utskrivning av sjukhus. Inga betydliga skillnader var upptäckta mellan dessa två tjänster. Totala kostnaderna av dessa tjänster var också liknande. Roderick lyfter upp att det kunde vara bra med en kombination av hemrehabilitering och sjukhusvård för äldre stroke patienter.

Sammanfattningsvis enligt forskningarna har det kommit fram att patienterna är mer nöjda med tidig utskrivning av sjukhuset och att hemrehabilitering förbättrar patienternas funktionsförmåga och livskvalitet samt självständighet i vardagliga aktiviteter hemma. Patienterna kände sig ändå osäkra och rädda för fortsättningen hemma.

2.7 Fysioterapi hemma

Av forskningarna har det visat sig att rehabilitering hemma av en fysioterapeut har påverkan i strokepatienternas livskvalitet. I forskningarna har träningsveckorna varit från 6 – 22veckor. Fysioterapi hemma har gått enligt träningsprogram som patienten själv ska följa eller fysioterapeuten kommit hem. I undersökningarna kom det också fram att fysioterapeuten är i en stor roll vid förflyttningen hem från sjukhus, och hjälper patienter anpassa sig till nya situationen. Det som dök upp var att endast 1 av 3 personer med stroke kommer att kunna följa eller dra nytta av ett hemrehabiliteringsprogram utan övervakande.

Jin-Hong et.al har undersökt effekten av fysioterapi med lågintensitet i hemmiljö, hur det påverkar motoriska funktionen och ADL för personer som fått stroke ett eller flera år sedan. 20 st. patienter var rekryterade från ett kommunalt strokeregister i Nan-Tou County, Taiwan till en randomiserad prövning som jämför fysioterapi interventionen i början av prövningen och efter 10 veckor. Interventionen innehöll fysioterapi 1 gång/vecka under en 10 veckors period. Mätmetoderna som användes var Barthel Index och STREAM för att mäta motoriska funktionen och ADL. Första uppföljningen var efter 11 veckor, då visade grupp 1 betydligare förbättring i motoriska funktionen i nedre extremiteten än grupp 2. Efter 22 veckor hade Grupp 2 en aning högre förbättring i ADL, motorisk funktion av övre extremiteten och rörligheten än grupp 1. Resultaten visar att effektiviteten av lågintensitets fysioterapi i hemmiljö kan förbättra motoriska funktionen i nedre extremiteten på stroke-patienter, men mer forskning behövs för att bekräfta dessa undersökningsresultat.

Sirbu (2012) undersökte effektiviteten av fysioterapi i hemmiljö och dess förbättringar på motoriska funktioner, ADL och balansen. 14 stycken stroke -patienter (49-84 år) var rekryterade från Neurology Department of the Emergency County Hospital Timișoara. Efter utskrivning av sjukhus anvisades deltagarna i ett hembaserat fysioterapiprogram som räckte 12 veckor för att förbättra motoriska funktionen, balansen och ADL funktionerna. Alla bedömdes före och efter fysioterapiprogrammet med mätinstrumenten: Barthel Index, Bergs balanstest, Motricity Index, Functional Independence measure. Efter 12 veckor visade sig tt motricity indexet förbättrades betydligt i gruppen, vilket menar förbättring i motoriska egenskaperna. Barthel Indexen

visade förbättring i ADL funktionerna. De patienter som hade hemiplegi visade förbättring i balansen efter rehabiliterings programmet.

McClellan et al. (2004) har undersökt effekten av resurseffektiva fysioterapitjänster för att förbättra rörligheten och livskvaliteten efter stroke. 26 personer med kvarvarande gångsvårigheter efter stroke var uppdelade i en experimentell grupp och kontrollgrupp. Experimentella gruppen tränade i ett 6 veckors hem-mobiliseringsprogram och kontrollgruppen i 6 veckors hemprogram för övre extremiteten. Stående (functional reach), walking (MAS item 5) och livskvalitet mättes före, genast efter och 2 månader efter att interventionen upphörde av en bedömare som var blindad för gruppindelningen. Personerna i experimentella gruppen visade märkbar förbättring i stående jämfört med kontrollgruppen. Inga skillnader framkom i gång eller livskvalitet mellan grupperna. Rörlighetsprogrammet var effektivt för att förbättra viss rörlighet.

Takahashi et al. (2015) har utfört en enkätundersökning med syfte att utforma ett optimalt hemma-träningsprogram för post-stroke patienterna. 11 strokepatienter valdes genom teoretisk provtagning. Intervjun genomfördes privat och dess innehåll fokuserade på fysiska rörelser hemma, patientens kunskaper om fördelar med motion, självverkan etc. I undersökningen frågades också om patienternas ångest om strokeåterfall samt om deras kunskaper om hur man kunde förhindra återfallen. Som huvudresultat i undersökningen lyftes fram att hemmabaserad träning för strokepatienter skulle gälla förbättring av ADL, och åtminstone att behålla deras träningsnivå på nuvarande läge, samt främjande av lätta rörelser. Som exempel på träningsmetod som kunde användas hade patienterna tagit upp gång, träning av ADL och fritidsaktiviteter. Det som framkom som bekymmer var patienternas begränsningar att utföra dessa övningar, särskilt rädslan av att falla under utförande av övningarna hemma. Alla deltagare var medvetna om möjligheten av strokeåterfall och patienterna visste att diet och läkemedel kan hjälpa att förhindra återfallen, men de visste lite om fördelarna av motion vid påverkan av strokeåterfall. När det gäller fallförebyggande bör träningsintensiteten vara låg, och både hembaserad träning och öppenvårdshjälp bör ingå. Innehållet i hemmabaserade övningar ska vara enkelt att utföra och hållbart, så att det kan påverka positivt vid förebyggande av strokeåterfall.

Hale et.al (2005) skriver i sin artikel om fysioterapins innehåll i hemrehabiliteringen av stroke patienter i Nya Zeeland. Metoden för att samla in materialet var semi-strukturerade intervjuer av 20 fysioterapeuter. Fysioterapeuterna beskrev att patienterna var trötta, deprimerade, frustrerade och kände rädsla efter att ha kommit hem från sjukhus och att det viktigaste målet i hemrehabiliteringen var förberedelse för livet efter stroke. Fysioterapeuterna arbetade för att bygga upp patienternas självförtroende, eget ansvar och färdigheter för problemlösning samtidigt som de höll reda på patientsäkerhet.

Green et.al undersökte effektiviteten av kommunal fysioterapi genom att screena 359 patienter som var äldre än 50 år, och som fått stroke över 1 år sedan samt hade försämrad mobilitet. Bedömningar var gjorda i början och vid tredje, sjätte och nionde månaden för 170 patienter som endera hade vård eller inte. Det primära resultatet var mätningen av mobilitet Rivermead mobility Index. Sekundära resultaten var bedömda med gånghastighet, antal fall, daglig aktivitet (Barthel Index), social aktivitet (Frenchay activity index), bekymmer och depression i sjukhus och emotionell stress som var mätt med enkät som hade 28 allmänna frågor gällande hälsa. Det visade sig att de som fått fysioterapi hade betydlig men kliniskt liten förbättring i mobiliteten och gånghastigheten som inte uppehålls efter behandlingen.

2.8 Sammanfattning

I 16 undersökningar kom det fram att hemrehabilitering förbättrar stroke-patienters funktionsförmåga och livskvalitet samt minskar nedsättningar och depression (Chaiyawat et al. 2009). Patienterna är nöjdare med tidigarelagd utskrivning av sjukhus och har mindre behov av intensiv vård efter utskrivning än de som stannar på sjukhus en längre tid (Fearon .P 2012). De patienter som får fysioterapi hemma är mer självständiga i vardagen än de som får konventionell vård (Bråndal.A 2016). Fysioterapi är en stor del av rehabiliteringen hemma, och påverkar betydligt äldre stroke-patienters funktionsförmåga och livskvalitet hemma efter stroke.

För äldre stroke-patienter har det visats att det skulle vara bäst med att kombinera hemrehabilitering med sjukhusvård (Roderick et.al 2001). Äldre stroke-patienter har

lyft fram känslor som rädsla av att falla och begränsningar av att utföra hemövningarna. Det har kommit fram positiva resultat av att hemövningarna skall vara lågintensitet samt lätta och enkla att utföra, resultaten har visat förbättrad i fysisk funktionsförmåga samt psykisk välmående (Takahashi et al. 2015) Det kräver dock fler undersökningar för att få starkare bevis för hemrehabiliteringens effekter.

3 Esbo Hemrehabilitering

När patienten behöver hemvårdstjänster tas det kontakt från avdelningen med endera Hemrehabiliteringen (Hagalund, Mattby och Olars och Esboviken) eller till Hemförlovningsteamet (Alberga och Esbo centrum). Vid behov kommer det endera från Hemrehabiliteringen eller Hemförlovningsteamet till avdelningen och utreder servicebehovet innan patienten skickas hem.

Hemförlovning är en enhet inom Esbo sjukhus. Hemrehabilitering är en ny enhet inom hemvårdens tjänsteområde som började sin verksamhet 5.3.2018.

Tjänsterna som Hemrehabiliteringen erbjuder:

- Utskrivningsservice vilket innebär att patienten kan följas med hem från sjukhuset ifall det behövs samt 3-5 dagar besök hos patienten enligt behoven. Exempelvis kan patienten vara en gammal hemvårdspatient som skickas hem från sjukhuset och haft redan tidigare regelbunden hemvård, eller en självständig patient som behöver bara några dagars kontrollbesök.
- Rehabiliterande bedömningsperiod är en 4 veckors intensivperiod bestående av mångprofessionell rehabilitering och bedömning. Detta är åt alla hemvårdens nya patienter och åt hemvårdens gamla patienter med betydlig förändring i funktionsförmågan.

(Powerpoint Online. Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi, Vanhusten palvelut. 2019)

4 Arbetsprocessen

Kapitlet inleds med syfte och frågeställning, metoden och val av forskningsområde. Efter det går vi igenom hur vi delat arbetsuppgifterna inom gruppen. Till sist presenteras etiska överväganden.

Vi använder Arcadas skrivguide som stöd för vårt skrivande av examensarbetet (von Hertzen & Stolt 2014).

4.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med vårt arbete är åstadkomma en gemensam synvinkel för fysioterapeuterna på Esbo sjukhus och Esbo hemvårds Hemrehabilitering gällande hemrehabiliteringen och eventuella utvecklingsförslag. Vi har valt att fokusera på fysioterapeuternas synvinkel på hemrehabiliteringen som huvudsakliga temat i intervjun. Temat innehåller underfrågor gällande hemrehabilitering av äldre stroke-patienter. Som exempel fysioterapeutens ansvarsområde och uppgifter samt processen i patientens rehabilitering hemma. Intervjufrågorna går igenom i bilaga 3.

Vår forskningsfråga är:

- 1. Vilken roll har fysioterapin i hemrehabiliteringen av äldre stroke-patienter?**

Med rollen menar vi fysioterapeutens uppgifter och fysioterapins påverkan i hemrehabiliteringen på äldre stroke-patienters funktionsförmåga och livskvalitet hemma.

4.2 Metod

Material samlas in med hjälp av temaintervju. Vi vill få fram fysioterapeuternas synvinkel på Esbo Hemrehabilitering, samt deras roll som fysioterapeut inom multiprofessionella rehabiliteringsteamet då strokepatienten flyttas från sjukhuset hem. Med hjälp av temaintervjun får vi samlat in material om fysioterapeuternas egna erfarenheter inom hemrehabiliteringen från sjukhuset och från själva hemrehabiliteringens synvinkel.

Temaintervju är en kvalitativ undersökning som är en mellanform mellan enkätintervju och en öppen intervju (bilaga 3). Det typiska med temaintervjun är att ett tema som valts tidigare diskuteras. På förhand väljs ut vissa frågor som man vill att diskussionen går ut efter. Målet med intervjun är att diskussionen skall kunna löpa som ett fritt och naturligt samtal. Vid temaintervjun behöver inte frågornas ordning vara klara utan kring diskussionen frågar man vidare. (Hirsijärvi & Hurme 2000 s.47–48)

Vi anhåller om forskningslov och kommer överens med beställaren en tidpunkt för intervjun. Till intervjun framställer vi intervjufrågorna och presenterade dem en åt gången. Temaintervjun bandades in med hjälp av en diktafon. Efter temaintervjun analyserar vi materialet och sammanfattar resultaten. Materialet analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Av beställarens önska framställs resultaten som en poster på finska. Vi träffas med handledaren från Esbo sjukhus och med fysioterapeuten från Hemrehabiliteringen.

Sammanlagt fyra stycken fysioterapeuter deltar i intervjun. Av dessa jobbar två stycken i Esbo sjukhus och två stycken i Esbo Hemrehabilitering. Vi bokade tid för intervjun 1 timme. Intervjun räckte ca. 30 minuter. Intervjun skedde i ett fast rum i Esbo sjukhus. Intervjun bandades in med diktafonen. Vi följde intervjuguiden vi gjort på förhand genom hela intervjun samt använde färdiga teman som stöd vid innehållsanalysen.

Kruger och Casey (2015) föreslår några praktiska steg i boken *focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (2015) för att analysera materialet finns det som till exempel Long-table approach som vi valt. Vid long-table approach klipps, sorteras, klistras samt arrangeras och omordnas materialet genom av att jämföra relevant information.

4.3 Forskningsområde

Vårt arbete är en kvalitativ studie gällande hemrehabilitering av äldre strokepatienter. Vi genomförde temaintervju, för att få fram fysioterapeuternas synvinkel på hurdan roll har fysioterapeuterna i hemrehabiliteringen. Hemrehabiliteringen ville vi fokusera på, eftersom det är aktuellt, befolkningen åldras och samtidigt behöver allt fler åldringar stöd hemma. Arbetet är viktigt för att kunna uppehålla äldre stroke-patienters funktionsförmåga så att de kan bo hemma längre samt minska på vård som sker dygnet runt. Samtidigt minska rusning på sjukhus och servicehem av patienter som behöver långtidsplats.

Den informationen kan användas för att utveckla strokerehabiliteringen på Esbo sjukhus och Esbo Hemrehabilitering och samarbetet mellan varandra.

4.5 Uppdelning av arbetet

Vi har jobbat mycket tillsammans med vårt examensarbete. Vi kommer att utföra temaintervjun tillsammans. Teorin har vi delat upp. Jenny har skrivit stroke, symptom, diagnos och behandling, akuta skedet, etiska överväganden och tillstånd samt layouten till examensarbetet. Jasmin har skrivit på syfte & frågeställningar, akuta skedet, rehabiliteringen, kroniska skedet i rehabiliteringen, hemrehabiliteringen och om fysioterapi hemma. Jasmine har skrivit subakuta skedet, rehabilitering, Esbo Hemrehabilitering och om fysioterapi hemma.

Under intervjutillfället ledde Jasmine diskussionen, Jasmin såg till att varje fråga blev besvarad. Jenny hade ansvar över att allt som diskuteras bandas in. Efter temaintervjun gick vi tillsammans igenom materialet och analyserade innehållet.

4.6 Etiska övervägande och tillstånd

I vårt arbete följer vi Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis som Forskningsetiska delegationen utfärdade år 2012. I litteraturen som använts som ett källmaterial var vi respektfull för sitt värde och i vårt arbete försöker vi följa en noggrann och respektfull referens teknik. Temaintervjun är frivillig för fysioterapeuterna och svaren behandlas anonymt i arbetet. Fysioterapeuterna har i förväg informerats om examensarbete (bilaga 2).

Den mottagna informationen behandlas med förtroende och i enlighet med sekretesslagen (Forskningsetiska delegationen 2012:7). Vi är noggranna och ärliga med dokumenteringen och presentationen av svaren som kommit upp från temaintervjun. Vi kommer att banda in intervjun. Bandningen använder vi som stöd för analysering av svaren och sammanfattning av resultaten vi fått. Materialet som samlas in under intervjun lagras på en av skribenternas dator och efter publicering av forskningsutvecklingsarbetet förstörs materialet.

Vid genomgången och sammanfattningen av materialet får bara skribenterna och handledaren vara på plats. Genomföringen görs i ett slutet rum där utomstående inte

hör eller ser materialet. Vid utformning och rapportering av forskningsutvecklingsarbete använde vi kraven på vetenskaplig kunskap och det resulterande materialet registreras och förstörs korrekt (Forskningsetiska delegationen 2012 :6). Littererad material förstördes. Den samlade data raderades permanent. Vi respekterar även andra forskarens arbete och resultat samt rapporterar som vetenskapliga metoden förutsätter. Vi tar i hänsyn etiken och genomgår en etisk förhandsgranskning (Arcada 2012).

Forsknings lovet ansöktes av Esbo stad inom social och hälsovård. (bilaga 4)

5 Analys

Vi har analyserat materialet av temaintervjun med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Jacobsen (2007).

5.1 Kvalitativ innehållsanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen börjar med att samla in rådata. I detta examensarbete har vi samlat in material med hjälp av en intervju. Vi påbörjade analysen genom renskrivning av intervjun genast efter intervjutillfället. Enligt Jacobsen (2007) är en kvalitativ innehållsanalys ett arbete som genomgår faser som; kategorisering, vilket betyder att texten delas i teman, genom förenkling och gruppering av omfattande datan. Kategorisering kan göras på två olika sätt. Intervjuaren kan endera skapa kategorierna i förhand från bakgrundsmaterialet före intervjun eller efter intervjun då undersökaren inte har någon ide av kategorierna i förväg. I detta arbete har vi i förväg bestämt tre olika teman för intervjun. Teman är fysioterapins innehåll, fysioterapeutens roll och utvecklingsförslag gällande hemrehabilitering. Efter det fylls kategorierna med innehåll, med hjälp av tex. Citat ur intervjun. Citaten berättar vad personen säger om kategorin i fråga. I vårt examensarbete har vi valt att fokusera på de teman vi bestämt före intervjun; rollen, arbetets innehåll och utvecklingsförslag gällande hemrehabiliteringen. Eftersom innehållsanalysen innebär att förenkla och tematisera materialet påbörjade vi analysen genom att söka svar till de tidigare nämnda tre frågorna. Genom long-table approach (Kruger och Casey 2015) gjordes underkategorier till de bestämda temorna. För första frågan valdes; *arjen tukeminen, ohjaus, jatko-fysioterapia*.

1. Beskriv **innehållet** av fysioterapin i hemrehabiliteringen.

Fysioterapeuterna fick beskriva fysioterapins innehåll i hemrehabiliteringen.

Det som kom starkt upp vid intervjutillfället var att fysioterapeuterna försöker stöda patientens vardag med hjälp av att instruera både patienten, närstående och närvårdaren med vardagliga övningar.

*”Mutta se **arjen harjoite** on mun mielestä meillä ainakin se pääasia.”*

*”Mitä se kuntoutuja tarvitsee, ja usein ne liittyy aina niihin **arjen toimintoihin** kotona ja jos se edellyttää jotain spesifiä valmistautumista esim. joku **arjen harjoite**..”*

Fysioterapin innehåller inte alltid själva terapi med patienten utan också att lära närstående och närvårdaren övningar och förflyttningar.

*”Omaisten **ohjaus** on myöskin tietysti yksi tärkeä osa, esimerkiksi pyörätuolissa oleva potilas ja hänellä on omaisia niin **ohjataan siirtymiset** tekemään sitten mahdollisimman järkevästi.”*

*”**ohjataan** sitten hoitajia oikea oppisissa **siirtymisissä**, ja toivotaan että ne tapahtuisivat aina samalla tavalla.”*

Fysioterapin borde ske hemma för att kunna stöda vardagen på bästa möjliga sätt och i en bekant omgivning. Då träningen sker hemma har befolkningen en bättre chans att kunna bo längre i sitt eget hem.

*”Ja jos kuntoutus vielä liittyy siihen **arjentoimintoihin** kotona niin toki se on tärkeää että terapia tapahtuu kotona.”*

Fysioterapeuten har ansvar över att ordna fortsatt fysioterapi efter avdelningsperioden och efter rehabiliterande bedömningsperioden. Efter bedömningsperioden kan fysioterapeuterna ge fortsatt terapi ifall de ser att patienten kräver ännu stöd i vardagen hemma, eftersom öppenvård inte gör hembesök.

*”...niin sit pyritään sitä maksusitoomusta järjestämään että se **terapia jatkuu** meidän arviointijakson jälkeen.”*

Till andra frågan valdes dessa underkategorier; *rooli, ohjataan omatoimisuuteen, kannustetaan, tuodaan esille voimavarat, tuetaan.*

2. Hur ser ni på fysioterapeutens **roll** i hemrehabiliteringen av äldre stroke-patienter?

Som fysioterapeutens roll anses att leda patienten till så aktiv och självständig vardag som möjligt. Fysioterapeuten försöker få patienten att göra allt självständigt utan hjälp av utomstående. Rollen är att skapa ett aktivt vardagsliv för patienten.

*”kotikuntoutuksen fysioterapeutin **rooli** on aktiivisen arjen mahdollistaminen ja luominen”*

*”Että **rooli** on se ohjaaja, ei niinkään sellainen, joka on vierellä koko ajan ja pyytää tekemään, toistamaan jotakin vaan **ohjaamaan siihen omatoimisuuteen** mikä on avh-kuntoutujalla ja itse kenellä tahansa on se tärkein asia kuntoutuksessa itse tekee, ei odota, että ulkopuolelta tule se apu kaikkihan ei tietenkään itse pysty tekemään mutta siis ne rajoitteet huomioiden.”*

Alla fysioterapeuter var av samma åsikt att största rollen är att försöka leda patienter och närstående till att försöka vara så aktiv och självständig som möjligt och att lyfta fram patienternas egna resurser.

*”Mä on aivan samaa mieltä, että ollaan sellaisia **kannustajia** ehkä sellaisia fasilitaattoreita siihen niin ohjataan, voidaan tuoda sille potilaalle esiin niitä **omia voimavaroja**...”*

Det är mycket viktigt att patienten själv har motivation och vilja att göra.

Fysioterapeuten uppmuntrar patienten till självständighet.

Äldre patienter har nytta av hemrehabilitering, eftersom de gynnar att klara sig i vardagen självständigt och att mentala stödet är viktigt för att patienten skall kunna klarar sig.

*” Henkistä **tukea ja motivoinnit** se on monta kertaa se aika tärkeä, voidaan me kotikuntoutuksen fysioterapeutit tehdä niin että me sitten ehkä jätetään se asiakas me ei jätetä kokonaan vaan me sanotaan että me soitetaan ja sovitaan uusi kontrolli...”*

Sammanfattningsvis är fysioterapeutens roll mycket omfattande. Redan på avdelningen börjar kartläggningen av hemrehabiliteringens behov och med hjälp av facilitering och guidning försöka få patienten att vara aktiv i vardagen. Kartläggning av svårigheter och utmaningar som finns i hemomgivningen görs också. Fysioterapeutens roll är också att hämta fram patientens egna resurser i vad de redan klarar av samt att visa dessa för närstående. Fast bedömningsperioden slutar kan fysioterapeuterna ännu ha kontakt till patienten, med att ringa och fråga hur det går och då kan hembesök ännu göras vid behov.

Till tredje frågan valdes dessa underkategorier: *Resurssi, rajalliset, aikaa,*

3. Hur vill ni **utveckla** hemrehabiliteringen för äldre stroke-patienter?

Själva resurserna inom fysioterapi är begränsade, fast behovet av fysioterapi i hemomgivning speciellt för äldre strokepatienter är stor. Regelbunden och fortsatt terapi är viktigt för äldre strokepatienter, för att funktionsförmågan skall uppehållas och förbättras samt driva till självständighet. Rehabilitering för strokepatienter kräver tid och regelbundenhet, det räcker inte med korta perioder en gång i året utan kräver rehabilitering resten av livet.

“...avh-potilas tarvitsee loppuelämän tai melkein loppuelämän kuntoutusta, ja säännöllistä kuntoutusta...useita jaksoja, että lyhyitä taukoja että nyt hän pärjää ja sitten taas seuraava jakso. Kerran vuodessa kuntoutusjakso ei riitä, että tää on just se ikuinen ongelma että resurssi että, ihan ympäri suomen että sama pulma.”

Äldre strokepatienter behöver längre terapiperioder och mera resurser för att kunna stöda mera hemmaboende, eftersom befolkningen åldras och allt mer människor kommer att få stroke i framtiden.

“...jos halutaan et ihmiset on pidempään kotona ni pitäis olla niitä palveluja sinne kotiin...et siellä pystyis tekemään vähän pidempiä jaksoja, ja tukee enemmän sitä kotona olemista ja pärjäämistä “

Som utveckling skulle det vara viktig att få mera resurser, att det skulle vara mer lönsamt med rehabilitering hemma. För tillfället har fysioterapeuterna kort om tid och skulle gärna ge mer tid för patienterna.

“Yksi iso haaste on myös että itse koen välillä että mielelläni antaisin enemmän tätä terapiaa . Siinä tulee tää haaste, resurssitilanne. “

5.2 Resultaten av intervjun i relation till tidigare forskning

I temaintervjun kommer det fram att fysioterapeutens roll inom hemrehabiliteringen är väldigt omfattande, de stöder patienten hemma med de dagliga aktiviteterna och uppmuntrar patienterna till självständighet. I teorin kommer det fram att de patienter som får fysioterapi hemma är mer självständiga i vardagen än de som får konventionell vård. Resultaten visade att fysioterapi är en stor del av rehabiliteringen hemma, och påverkar betydligt stroke-patienters funktionsförmåga och livskvalitet hemma efter stroke. I undersökningarna kom det fram att fysioterapeuten är i en stor roll vid förflyttningen hem från sjukhus, och hjälper patienter anpassa sig till den nya situationen. Det som dök upp var att endast 1 av 3 personer med stroke kommer att kunna följa eller dra nytta av ett hemrehabiliteringsprogram utan övervakning. Fysioterapeuterna i Esbo säger att de redan på avdelningen börjar kartlägga hemrehabiliteringen. De kartlägger vilka svårigheter och utmaningar det möjligtvis finns där hemma, och hjälper till att hitta rätta hjälpmedel hem. I teorin kom det fram att äldre stroke-patienter lyfter fram känslor som rädsla av att falla och begränsningar av att utföra hemövningarna. Därför är det också viktigt med tillräcklig stöd hemma, och att närvårdarna och närstående kan hjälpa patienterna med tex. Förflyttningar hemma, som fysioterapeuterna tog upp i intervjun. Det är viktigt med regelbunden terapi och det vore vara bra med längre terapiperioder. I undersökningarna var tidsperioderna längre än Esbo stads hemrehabilitering. Själva fysioterapin i undersökningarna var regelbundna och tidsmässigt mer tid. I intervjun kom de fram att resursen och tiden kommer snabbt emot vid terapin.

6 Slutdiskussion och kritisk granskning

Genom intervjun fick vi svar på vår forskningsfråga. Fysioterapeutens roll inom hemrehabiliteringen är väldigt viktig och omfattande. Fysioterapeuten stöder bland annat patienten hemma med de dagliga aktiviteterna och uppmuntrar patienterna till självständighet. Fysioterapeuten handleder och instruerar också både vårdare närstående med förflyttningar och hemövningar. Vi hade ett litet samspel med fyra fysioterapeuter, två av dem jobbar på avdelningen och två på Hemrehabiliteringen. Materialet kunde ha varit mer omfattande ifall flera fysioterapeuter kunde ha deltagit. Diskussionen kunde ha varit mer flytande vid intervjutillfället.

Detta arbete är relevant för vår yrkesgrupp, eftersom hemrehabiliteringen kommer att öka mer, på grund av att befolkningen i Finland lever längre. Inte bara strokepatienter har nytta av hemrehabiliteringen utan också andra patienter.

Det krävs dock fler undersökningar för att få ytterligare bevis på hemrehabiliteringens effektivitet. Vi valde att inkludera sammanlagt 16 artiklar kring tidigare forskning gällande stroke-patienters hemrehabilitering och fysioterapi hemma. I flera artiklar kom det fram positiva resultat gällande hemrehabilitering, men i en del artiklar fanns inte stora skillnader mellan patienter som fick hemrehabilitering jämfört med konventionell rehabilitering. I många undersökningar stod det att det krävs ännu fortsatta studier för att bevisa hemrehabiliteringens effekter.

Ett alternativ för djupare forskning är att forska vidare och komma med bredare förbättringsförslag för hemrehabilitering och inkludera klientperspektivet. Då kunde det också undersökas patienternas erfarenheter och perspektiv gällande fysioterapi och hemrehabilitering. Nu grundade sig vårt arbete främst på det nuvarande systemet och dess utveckling samt på fysioterapeuternas roll och synvinklar i Esbo sjukhus och Hemrehabilitering. Så till näst kunde det vara bra att undersöka hur patienterna ser på hemrehabiliteringen och vilken roll fysioterapeuterna har från deras synvinkel. För att få ett ännu bredare material insamlat kunde vårdarna inom hemvården intervjuas om vad de tycker och tänker.

En stor fördel är att vi har varit 3 stycken studerande som gjort examensarbetet tillsammans. Vi har varit till stöd för varandra och tillsammans kämpat på. Vi har kunnat diskutera med varandra om frågor som stigit upp och fått idéer och tankar av

varandra och sett saker från olika synvinklar. Vi har kunnat dela upp arbetet vem som gör vad och det har fungerat bra, var och en har tagit ansvar för sin del, och så har vi där på också mycket jobbat tillsammans genom hela arbetet. Det har varit en lärorik process för oss. Vi inser att vi har utvecklat vår kompetens och fördjupat våra kunskaper gällande stroke-rehabilitering och hur Hemrehabiliteringen i Esbo går till. Då patienten skickas hem tar avdelningen kontakt med endera Hemrehabiliteringen eller Hemförlovningssteamet, och därifrån kommer sedan någon och utreder servicebehovet innan patienten skickas hem. Hemrehabiliteringen erbjuder två olika tjänster beroende på patientens behov: Utskrivningsservice eller 4 veckors rehabiliterande bedömningsperiod (Powerpoint Online. Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi, Vanhusten palvelut. 2019).

En utmaning har varit att få tidtabeller att gå ihop, på grund av att vi alla tre har jobbat mycket inom vår egen bransch nu under hösten och våren. Vi anser också att en annan utmaning har varit att vårt arbete är ett beställningsarbete för Esbo sjukhus och Hemrehabilitering, så det har varit mycket personer inblandade, och det har känts ibland aningen svårt att få informationen att nå alla samt respons tillbaka.

Vi hoppas att vårt arbete kommer att vara till nytta för fysioterapeuterna som jobbar med stroke-patienter i Esbo sjukhus och Hemrehabilitering. Vi önskar att vårt arbete skulle väcka tankar kring förbättringsidéer och användas till hjälp för att effektivisera det nuvarande systemet. Vi hoppas också att stroke hemrehabilitering i framtiden skulle utvecklas och bli allmännare för äldre stroke-patienter. Gällande problematiken kring resurserna och tidsbristen, som också starkt kom upp då vi intervjuade fysioterapeuterna i Esbo, ser vi framemot att en lösning skulle hittas så att hemrehabiliteringen i framtiden kunde vara mer effektiv då befolkningen åldras och därmed också stroke-anfallen ökar. I synnerhet anser vi att uppehållande och förbättrande av funktionsförmågan, livskvaliteten samt minskande av den psykiska bördan och rädslorna skulle vara viktigt att också i framtiden fortsätta att fokusera på.

7 Källor:

Aivoliitto.fi, *Aivoverenkiertohäiriön akuuttihoito alkaa numerosta 112*. Tillgänglig:
<https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/faktat/akuuttihoito/> Hämtad
17.10.2018

Aivoliitto.fi, *kuntoutuksen tarve ja pituus vaihtelevat*. Tillgänglig:
<https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/sairastumisen-jalkeen/kuntoutuminen/> Hämtad 16.10.2018.

Aivoliitto.fi, *Mikä on aivoverenkiertohäiriö (AVH)?* Tillgänglig:
<https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/faktat/> Hämtad:26.10.2018

Arcada 2012, *God vetenskaplig praxis i utbildningen och forskning* av Arcada.
Tillgänglig: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf Hämtad: 21.11.2018

Brändal Anna, 2016. *Rehabilitation after stroke with focus on early supported discharge and post-stroke fatigue*. Umeå Universitet. Tillgänglig:
<http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:926688/FULLTEXT06.pdf>.
Hämtad: 2.1.2019.

Chaiyawat Pakaratee, Kongkiat Kulkantrakorn, Paskorn Sritipsukho. 2009.
Effectiveness of home rehabilitation for ischemic stroke. Tillgänglig:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093230/> Hämtad:
17.01.2018.

Duncan Pamela et al. 2003. *Randomized Clinical Trial of Therapeutic Exercise in Subacute Stroke*. Tillgänglig:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.0000083699.95351.F2>

Hämtad:13.01.2019 .

Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi, *Vanhusten palvelut*. Powerpoint Online
2019 Hämtad: 7.04.2019

Fearon P. et al. 2017 Early supported discharge services for people with acute Stroke.

Tillgänglig:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000443.pub4/epdf/full> Hämtad: 29.10.2018.

Fjærtoft H. et al. 2011. *Stroke unit care combined with early supported discharge improves 5-year outcome: a randomized controlled trial*. Tillgängligt: [Stroke Unit Care Combined With Early Supported Discharge Improves 5-Year Outcome](#) Hämtad: 23.1.2019.

Forskningsetiska delegationen 2012: *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Tillgänglig: <https://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis> Hämtad: 22.1.2019

Green, John et.al 2002 *Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomized controlled trial*. Tillgänglig: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602074433?via%3Dihub> Hämtad: 25.1.2019

Hale L. et al. 2005. *Exploring the Content of Physiotherapeutic Home-Based Stroke Rehabilitation in New Zealand*. Tillgänglig: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(05\)00399-0/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(05)00399-0/pdf) Hämtad: 25.1.2019

Hellström.K et al. 2003. *Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation*.

Tillgänglig:<https://pdfs.semanticscholar.org/f62d/59487699e4d9eaae7fae32bd98418ec6b6f1.pdf> Hämtad: 25.1.2019

Hirsjärvi,Sirkka & Hurme, Helena, 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Sid. 47-48

Jacobsen D.G. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod förhållsvård och socialt arbete*. Sid 139-144.

Jau-Hong L. et.al. 2003. Preliminary Study of the Effect of Low-Intensity Home-Based Physical Therapy in Chronic Stroke Patients.
Tillgänglig: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1607551X09700798?via%3Dihub> Hämtad: 12.1.2019.

Jorgensen HS et al. 2000. *Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke Unit? A community-based study*. Tillgänglig:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/10657419/> Hämtad: 25.1.2019

Kalra L.et al. 2005. *A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care*. Tillgängligt:
<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta9180#/abstract> Hämtad:
23.1.2019.

Kaste, M et al. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt, *Neurologia*. Duodecim, 271–331.

Korpelainen, J et al. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, *Kuntoutus*. Duodecim, 253–266.

Koso Laura et al. 2016. *AVH-potilaan avokuntoutus ensimmäisen vuoden aikana. Käypähoito -suositus.LääkäriseuraDuodecim*.Tillgänglig:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02364>Hämtad:
15.10.2018.

Kruger, Richard A. & Casey Mary Ann. 2015 *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research*, 5 uppl., Thousand Oaks, Calif: SAGE 2015

Käypä hoito.2016. *Aivoinfarkti ja TIA. Lääkäriseura Duodecim*. Tillgänglig:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051#NaN>
Hämtad: 15.10.2018

Käypä hoito. 2017. *Tunnista aivoinfarkti-hoitoon ja heti*. Tillgängligt:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00062> Hämtad:
25.1.2019.

Mayo Nancy E. 2016. *Stroke Rehabilitation at Home-Lessons Learned and Ways Forward*.
Tillgänglig:<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.116.011309> Hämtad: 27.1.2019.

McClellan Rebekah, Louise Ada. 2014. *A six-week, resource-efficient mobility program after discharge from rehabilitation improves standing in people affected by stroke*.
Tillgänglig:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0004951414601549?via%3Dihub> Hämtad: 25.1.2019.

Nordin Åsa et al. 16.11.2015. *Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study*. Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647613/>
Hämtad: 2.1.2019.

Oujamaa L. et al. 2008. *Rehabilitation of arm function after stroke. Literature review*.
Tillgänglig:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065709000384?via%3Dihub> Hämtad: 16.01.2019.

- Riekkinen- Kettunen Minna.2018: *Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutus*.
Tillgänglig:https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00892&p_haku=Avh%20ja%20kuntoutus Hämtad: 20.1.2019.
- Roderick, Paul. 2001. *Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day-hospital care*.
Tillgänglig:<https://academic.oup.com/ageing/article/30/4/303/39695> Hämtad: 25.1.2019.
- Sirbu Elena.2012. *Evaluation of a Home-Based Physical Therapy Program in Ischemic Stroke Patients*. Tillgänglig:
https://www.researchgate.net/publication/271311037_Evaluation_of_a_Home_Based_Physical_Therapy_Program_in_Ischemic_Stroke_Patients
Hämtad:12.1.2019.
- Stokes Maria. 2012. *Physical Management for Neurological Conditions*, Third Edition.
sid.17-18.
- Suomen fysioterapeutit.fi. 2017. *Ikääntyvien kotikuntoutus*. Tillgänglig:
<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammattinkehittaminen/ikaantuvien-kotikuntoutus/> Hämtad: 5.1.2019.
- Takahashi K, M.M. Islam. 2015. *A qualitative study on home-based exercise of stroke patients*. Tillgänglig: [https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(15\)01472-8/pdf](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(15)01472-8/pdf) Hämtad: 27.1.2019.
- Tong Raymond K.et al.2006. *Effectiveness of Gait Training Using an Electromechanical Gait Trainer, With and Without Functional Electric Stimulation, in Subacute Stroke: A Randomized Controlled Trial*. Tillgänglig:
[https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(06\)00686-1/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(06)00686-1/fulltext)
Hämtad: 12.01.2019.

von Herten, Maria; Stolt, Kerstin. 2018.Skrivguide 2018 version 3.0 (3.10.2018).

Tillgänglig:https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/examensarbete/skrivguiden_2018.pdf Hämtad 12.01.2019.

9 Bilagor:

Bilaga 1.

Teemahaastattelun suostumuslomake

Suostun haastatteluun, jossa selvitetään fysioterapeuttien näkökulma iäkkään stroke-potilaan kotikuntoutuksesta. Minua on informoitu opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Minä voin keskeyttää milloin tahansa tutkimuksen syytä ilmoittamatta.

Osallistujan allekirjoitus :

Päiväys :

Jos teille tulee jotain kysyttävää koskien opinnäytetyötä ja sen toteutusta, vastaamme mielellämme.

Fysioterapeutti opiskelija Jasmin Sandelin puh. 0415454108

Fysioterapeutti opiskelija Jenny Ingman puh. 0503314119

Fysioterapeutti opiskelija Jasmine Dolivo puh. 0456712422

Bilaga 2.

Tutkimustiedote fysioterapeuteille

Hei, olemme Fysioterapeutti opiskelijoita Arcadan ammattikorkeakoulusta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää fysioterapeuttien näkökulma iäkkäiden stroke-potilaiden kotikuntoutuksesta ja fysioterapian roolista kotikuntoutuksessa.

Roolilla tarkoitetaan fysioterapeutin työtehtäviä sekä fysioterapian vaikuttavuutta

iäkkään stroke-potilaan toimintakykyyn sekä elämänlaatuun kotikuntoutuksessa. Opinnäytetyötä varten tulemme haastattelemaan Espoon sairaalan ja Espoon kotikuntoutuksen fysioterapeutteja. Haastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Laitimamme teemahaastattelurunko on haastattelun tukena. Haastattelunauhut hävitetään, kun olemme analysoineet ne. Kirjoitamme raportin tuloksista opinnäytetyöhömmе. Tutkimukseen osallistumisenne on vapaaehtoista. Halutessanne voitte keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja me olemme vaitiolovelvollisia. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa.

Bilaga. 3

Temaintervju

Hemrehabilitering för äldre stroke-patienter

Tema 1: Beskriv innehållet av fysioterapin i hemrehabiliteringen.

Vad hör till era arbetsuppgifter?

Vilka bedömningsmetoder använder ni?

Hur ofta får patienterna fysioterapi?

Vilka utmaningar ser ni som fysioterapeuter i hemrehabiliteringen?

Tema 2: Hur ser ni på fysioterapeutens roll i hemrehabiliteringen av äldre stroke-patienter?

Hur bedömer ni behovet av hemrehabilitering?

Är hemrehabilitering till nytta för äldre stroke-patienter?

Tema 3: Hur vill ni utveckla hemrehabiliteringen för äldre stroke-patienter?

Hur ser ni på er kommunikation?

Teemahaastattelu

Kotikuntoutus iäkkäille stroke potilaille

Teema 1: Kuvatkaa fysioterapian sisältöä kotikuntoutuksessa.

- Mitä teidän tehtäviin sisältyy?
- Mitä terapia-/ arviointimetojeja käytetään?
- Kuinka usein terapiaa on saatavilla kuntoutujille?
- Mitä haasteita koette fysioterapeutteina kotikuntoutuksessa?

Teema 2: Millaisena näette fysioterapeutin roolin iäkkään AVH-potilaan kotikuntoutuksessa?

- Miten arvioidaan kotikuntoutuksen tarve?
- Onko kotikuntoutus hyödyksi iäkkäimmille stroke potilaille?

Teema 3: Miten haluaisitte kehittää iäkkään AVH - kuntoutujan kotikuntoutusta?

- Millaiseksi koette teidän välisen kommunikation?

Bilaga. 4



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä myöntää 27.2.2019 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Jasmin Sandelin

Tutkimuksen aihe / nimi: Kotikuntoutus iäkkäille AVH-kuntoutujille

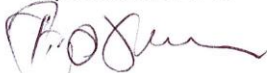
Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava tietosuojaa-asetus ja tietosuojalaissa sekä muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikön sähköpostiosoitteeseen **sotet_tutkimusluvut@espoo.fi** lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 5.3.2019



Pirjo Huttunen
kehityspäällikkö
kehittämisjohtaja Tuula Heinäsen estyneenä ollessa
Sosiaali- ja terveystoimi
Espoon kaupunki

