



# Uppföljning IHR

## FORSKNINGSRAPPORT

Lena-Karin Gustafsson, docent HVV MDU Eskilstuna

Mirkka Söderman, lektor HVV MDU Eskilstuna

Anna Bondesson, forskningsass HVV MDU Eskilstuna

Tina Pettersson, forskningsass HVV MDU Eskilstuna

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Projektredovisning .....	4
I projektet planerade artiklar .....	4
Bakgrund .....	4
Syfte .....	5
Metoder .....	6
Urval .....	6
Datainsamling .....	6
Analys delstudie 1 .....	7
Analys delstudie 2 .....	7
Forskningsetik .....	8
Forskningsprojektet -Uppföljning av IHRs faser: .....	8
Resultat.....	9
Delstudie 1 .....	9
Resultat utifrån journalgranskning.....	10
Delstudie 2.....	12
Preliminär analys av intervjudata.....	12
Kritiska incidenser/Hinder: .....	13
Sammanfattande diskussion och förslag till implikationer för praxis .....	15
Ekonomisk redovisning .....	16
Referenser.....	17
Bilagor.....	18

## Sammanfattning

En forskargrupp på HVV genomförde 2015-2019 ett forskningsprojekt i samarbete med Eskilstuna Kommun och MKHV. Intensiv hemrehabilitering (IHR) designades som en intervention där forskningspersonerna, äldre personer (65+), som ansökt om omvårdnadsinsatser i den kommunala hemtjänsten fått intensiv hemrehabilitering utförd av ett interprofessionellt team. Resultaten jämfördes med en kontrollgrupp som fått sedvanlig hemtjänst. Intervjuer genomfördes 2016 med 24 av de äldre personerna som ingick i projektet. Framgångsfaktorer för IHR har visat sig vara att vårdaren är motiverande, skapar en positiv atmosfär, känner av den gemensamma rytmen och gör något utöver det förväntade i strävan att stödja personen. Däremot saknas det kunskap om varför vissa personer inte återhämtar sig trots att de fått IHR. Nu när det gått några sedan de senaste mätningarna finns en önskan om att följa upp patienter/brukares erfarenheter av den intensiva hemrehabiliteringen. **Syfte:** Forskningsprojektet avser att genom uppföljning belysa äldres erfarenheter av en IHR-intervention samt beskriva eventuella hinder för återhämtning. Frågeställningar är bland andra: Vilka upplevelser av omsorgsinsatser i hemmet beskriver deltagarna efter interventionen intensiv hemrehabilitering? Vilka dilemman framträder i rehabiliteringsprocessen? **Metod:** En fallkontrollundersökning genom journalgranskning, protokoll med kvalitativa frågeställningar och kvalitativ analys. Urvalet utgick från ett rimligt material att utöva en kvalitativ uppföljning för att beskriva situationen för de äldre personerna som fått IHR. Personer som fått IHR inkluderades. Detta är ett kvalitativt projekt och räknar inte statistisk styrka. Materialet består av 19 journaler/brukardokumentationer samt 11 djupintervjuer. **Resultat:** I journaltexterna framkom bakgrundsfaktorer som kan påverka behov av hjälp såsom att ha tilläggsdiagnoser och att vara ensamboende. De äldre personerna upplevde sig dels behöva mer tid för att kunna nå målet med interventionen, dels att målet inte kunde uppnås då fysiska besvär som försvårar träningen och förlänger rehabiliteringsprocessen. Detta kunde vara smärta, ostadighet och rädsla för att ramla. Psykiska faktorer som försvårar träningen och förlänger rehabiliteringsprocessen kunde vara kommunikativa brister som att inte vara införstådd med vad IHR innebar eller den äldre personens kognitiva förmåga att uppfatta information. **Slutsatser:** Förutom fysiska faktorer finns det psykiska faktorer som kan försvåra träningen och förlänga rehabiliteringsprocessen. Exklusionskriterierna till IHR kan behöva ses över så att inte i denna typ av interventioner enbart exkludera personer med allvarlig kognitiv dysfunktion utan att även mildare kognitiv dysfunktion tas med i beaktningen. Likväl när det gäller personer med vissa typer av psykiska sjukdomar som kan påverka förmågan att ta till sig interventionen. Övriga slutsatser rapporteras förutom till Eskilstuna kommun i vetenskapliga publikationer under våren.

## Projektgrupp



Projektet uppföljning IHR:s forskarteam: Lena-Karin Gustafsson, Docent/Lektor, vårdvetenskap, Mirikka Söderman, Dr/Lektor, Anna Bondesson, Forskningsass/Adjunkt, Tina Petterson, Forskningsass/Adjunkt.

## I projektet planerade artiklar

Gustafsson, L-K., Bondesson, A., Pettersson, T., & Söderman, M. (2022). When intensive home rehabilitation has not had the expected effects - Dilemmas in the rehabilitation process and patients' strategies to meet these. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Söderman, M., Bondesson, A., Pettersson, T., & Gustafsson, L-K. (2022). Older persons' experiences of intensive home rehabilitation: a follow-up study of the intervention. *BMC geriatrics*.

## Bakgrund

Äldre personer bör ges goda förutsättningar att bo kvar så långt som möjligt i sitt hem och ha möjlighet att leva aktiva liv med bevarat oberoende och inflytande över den egna vardagen (Walker & Maltby, 2012). Detta inbegriper att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (SFS 2001:453, 5 kap § 4). Vidare, att äldre personer ska ha rätt till ett värdigt liv och känna välbefinnande (SOU:2008:51), vilket ligger i linje med WHO's definition av aktivt åldrande (WHO, 2002). Sökandet efter ett lämpliga vårdinsatser som tar hänsyn till individuella och kontextuella hinder för rehabilitering, är mycket viktig för en kvalitativ kommunal vård och omsorg i hemmet (Gustafsson, Mattson, Dubbelman & Snöljung, 2014). En teambaserad modell av hemmabaserad vård är det bästa sättet att möta komplexa biomedicinska och psykosociala behov i hemmet (Reckrey et. al, 2015). Möjligheten att få kortsiktig målriktad rehabilitering har ökat (Hjelle et al., 2017) och utvärderingar av kort målstyrd rehabilitering har visat den positiva effekten både på äldre personers fysiska funktioner och lägre kostnader för kommunen i form av färre hemsjukvårdstimmar (Kurstein Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011). Rehabilitering av äldre personer kräver i grunden en övergripande interprofessionell strategi (Hjelle et al., 2017) och ett tvärvetenskapligt samarbete mellan yrkesverksamma i all vård av äldre i hemmet (Janssen et al., 2015), så som varit fallet i interventionen i samband med projektet intensiv hemrehabilitering (IHR).

Projektiden som initierades av Eskilstuna kommun, IHR- projektet, var att utveckla arbetet i ett integrerat multiprofessionellt team genom att utforma nya arbetssätt som erbjuder ett sammanhållet vård- och omsorgssystem för äldre personer med behov av intensiv hemrehabilitering i ordinärt boende. En tidig identifikation av hur gemensamma insatser och samarbete i multiprofessionella team skapar en sammanhållen vård och omsorg utifrån äldre personers behov av rehabiliterande insatser, var i fokus. Forskningen avsåg att följa skapandet av ett multiprofessionellt team med ca 20 personer från Eskilstuna kommun med fokus på personer i behov av intensiv hemrehabilitering. Meningen var att detta team skulle vara medskapande och arbeta fram nya arbetsmodeller för att minska vårdinsatser, främja egenvård och en trygg situation i hemmet för äldre personer, vilket i sin tur kan fördröja behov av ytterligare omsorgsinsatser så som utökad hemtjänst, SÄBO eller sjukhusvård.

Det ursprungliga forskningsprojektet IIHR designades som en intervention där forskningspersonerna, som var äldre (65+), som ansökt om omvårdnadsinsatser i den kommunala hemtjänsten fick intensiv hemrehabilitering utförd av ett interprofessionellt team. Resultaten jämfördes sedan med en kontrollgrupp som fått sedvanlig hemtjänst. I forskningsprojektet avsågs det att utvärdera effekter av den intensiva hemrehabiliteringen genom att mäta multidimensionell hälsa bland de äldre jämfört med traditionella omsorgsinsatser. Dessutom avsågs i projektet att belysa äldres perspektiv på den erhållna interventionen såsom att vad som är önskvärt för att skapa en trygg, säker och hållbar rehabiliteringsprocess i hemmet men även erfarenheter och upplevelser hos det interprofessionella teamet.

Följande kommunala resurser var aktuella i IHR interventionen: Sjuksköterska, undersköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeut, socionom/biståndshandläggare.

I forskningsprojektet framkom dels olika framgångsfaktorer för IHR såsom att vårdaren är motiverande, skapar en positiv atmosfär, känner av den gemensamma rytmen och gör något utöver det förväntade i strävan att stödja personen (Gustafsson et al, 2019a). Vidare, menade personalen i IHR-teamet att de äldres process för återtagande av sina förmågor stärktes genom samarbetet mellan och insatser från olika professionsgrupper (Gustafsson et al, 2019b). Ett målinriktat teamarbete kunde enligt personalen i IHR-teamet av de äldre upplevas som känsla av lugn och att inte bli övergiven, och därför inte göra anspråk på fler hemtjänsttimmar. Därtill framkom det att de äldre kunde uppnå autonomi genom IHR även om det inte alltid var i samma utsträckning som tidigare (Östlund et al, 2019). De äldre uppskattade även IHR som inkluderade rehabiliteringsmål relaterade till deras relationer med närstående och deras liv i ett större kontext.

## Syfte

Syftet med detta forskningsprojekt var att genom uppföljning belysa äldres erfarenheter av IHR-interventionen samt beskriva eventuella hinder för återhämtning. Specifika frågeställningar var: Vilka upplevelser av omsorgsinsatser i hemmet beskriver deltagarna efter interventionen intensiv hemrehabilitering? Vilka dilemman framträder i rehabiliteringsprocessen? Vilka konsekvenser har de för patienten/brukaren? Vilka strategier fanns för att lösa dessa dilemman?

Det specifika syftet för delstudie 1 var att kartlägga och beskriva variationen av upplevelser av IHR interventionen samt orsaker till att IHR-interventionen inte uppfattats som framgångsrik för patienter/brukare.

Det specifika syftet för delstudie 2 var att beskriva äldre personers upplevda kritiska incidenter/hinder i rehabiliteringsprocessen inom ramen för IHR interventionen.

## Metoder

En kvalitativ retrospectiv deskriptiv ansats har valts som metod i detta projekt. I denna rapport presenteras resultat genom beskrivande statistik och kvalitativa analyser av journaldata som insamlades under våren 2021 och intervjuer som genomfördes under hösten 2021. Data har bearbetats och första analyserna är genomförda men kommer att analyseras mer djupgående under vintern och presenteras i två vetenskapliga publikationer under våren 2022 (se under rubrik - I projektet planerade artiklar). Viss fördröjning av intervjuerna har skett på grund av coronaepidemin och därtill begränsad tillgänglighet till informanter/intervjusituationer.

### Urval

Förfrågan om deltagande i uppföljningsstudien samt uttag av journalhandlingar har skett från juni 2021 fram till och med oktober 2021. Därefter skedde en inbjudan till intervju som tog plats under hösten. Urvalsprocessen har skett med stöd av Eskilstuna kommuns vård- och omsorgsförvaltning. IHR-teamet har varit forskargruppen behjälplig när det gäller datainsamling. Inom detta team arbetar undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor speciellt utbildade och fokuserade på rehabilitering,

Detta är ett kvalitativt projekt och räknar inte statistisk styrka. Urvalet har valts för ett rimligt material att utöva en kvalitativ uppföljning för att beskriva situationen för äldre personer (65+) som fått intensiv hemrehabilitering utförd av ett interprofessionellt team – IHR inom vård och omsorgsförvaltningen Eskilstuna kommun. Totalt 19 äldre personer samtyckte till uttagande av journaler/brukardokumentation efter exklusion av personer som hade avlidit efter det ursprungliga IHR-projektet samt personer som inte längre är i kraft att uttrycka sitt medgivande till journaluttag. Av dessa 19 äldre personer som ingår i delstudie 1 togs ett stickprov av patienter/brukare vilka utgör forskningspersoner för kvalitativa intervjuer för data i delstudie 2. 11 patienter/brukare gav sitt samtycke till intervjuer och 2021-12-17 var 10 av dessa intervjuade. Ytterligare en intervju har planerats men har inte kunnat genomföras ännu då den äldre inte har orkat genomföra intervjun p.g.a. fysiska besvär.

### Datainsamling

Alla forskningspersoner har fått frågan om deltagande i studien genom att Kommunens sedvanliga IHR-team, som de redan haft kontakt med. De har informerat muntligt om studien samt distribuerat ett informationsbrev med samtyckesblankett (bilaga Missivbrev). Vid

intervjuerna har den enskilde forskningspersonen dessutom fått en muntlig påminnelse om missivbrevets innehåll innan intervjun påbörjas.

I delstudie 1 samlades data in genom uttagande av journaler/brukardokumentation ur journalprogrammet VIVA, av personal i IHR-teamet. Journalgranskningar har gjorts tidigare av b.l.a. Ulla Gurner, Rolf Bowin och Dag Norén, som har sammanställt resultaten på nationell nivå (SKL 2012). Metodens bakgrund kommer ursprungligen från äldreområdet. En metod för att kartlägga och analysera vård och omsorg för multisjuka äldre har utarbetats av bl a Ulla Gurner vid Äldrecentrum i Stockholm som spred metoden genom SKL:s projekt där b.l.a. 29 genomförde kommuner kartläggningar (SKL 2012).

I delstudie 2 samlades data in genom kvalitativa semi strukturerade intervjuer enligt CIT (Critical Incident Technique) som uppmuntrar berättande om dilemman och konsekvenser (bilaga Intervjuguide). Det är av stor vikt att informanterna ges möjlighet att beskriva både positiva och negativa kritiska incidenter som de uppfattar som viktiga, även om vi i denna delstudie kommer att fokusera på de hinder problematiska situationer, så kallade dilemman, som har inträffat i deltagarens liv och som framträder i intervjuerna. Varje beskrivning av ett sådant dilemma kan i detta fall betraktas som en enhet för vidare analys (Flanagan, 1954). Giltigheten av resultaten valideras av forskarna i projektgruppen som representerar olika yrkeserfarenheter samt olika akademiska nivåer.

### Analys delstudie 1

Delstudie 1 genomfördes som en retrospektiv fallkontrollundersökning via journalgranskning. Journalerna oidentifierades och kodades av IHR-teamets personal för att sedan överföras till pdf-filer och därefter extraherades data enligt Uppföljningsprotokoll (se bilaga) till en excelfil. Datamaterialet kan endast analyseras med beskrivande statistik såsom antal och frekvenser då antalet äldre som givit samtycke till studien är begränsad, men lämpar sig dock för mer djupgående kvalitativa analysmetoder.

Datamaterial bearbetades via en deduktiv innehållsanalys i enlighet med Elo och Kyngäs (2007). Journalanteckningar lästes igenom flera gånger för en bättre övergripande förståelse och för att tillåta fördjupning i materialet. Därefter utarbetades en strukturerad kategoriseringsmatris utgående från tidigare studier inom området och som utgjorde deduktiv ram för analysen (bilaga Uppföljningsprotokoll). Nästa steg var att innehållet i journalanteckningarna granskades och data kodades genom att det data som överensstämde med kategoriseringsmatrisen, extraherades från journalanteckningarna. Koderna överfördes till ett kodblad och koderna sorterades efter varje aspekt till olika rubriker. En första sammanställning av innehåll är gjord men data kommer att analyseras djupare inför rapportering via en internationell vetenskaplig artikel i början av 2022. I nästa steg kommer data att analyseras vidare både horisontellt och vertikalt i enlighet med Vehko et al. (2018). Dvs. dels fråga för fråga för alla inkluderade, dels varje patient/brukarfall för sig.

### Analys delstudie 2

En initial lyssning och läsning av intervjudata har genomförts för att skapa en första förståelse utifrån innehållet. Intervjudatan har analyserats, tolkas och kategoriseras enligt den kritiska incidenttekniken i Flanagans (1954) anda i detalj beskriven av Svensson och Fridlund (2008),

med fokus på variationen av dilemman i rehabiliteringsprocessen och patienternas/brukares strategier för att möta dessa. Analysen av data börjar med en noggrann och upprepad helhetsläsning av CIT-intervjuerna för att bli bekant med deras innehåll. Incidenterna med upplevda dilemman avgränsas och placeras sen i strukturanalystabeller. En jämförelse av dessa framlagda incidenter görs sedan för att hitta likheter och skillnader i konsekvenser och strategier för patienten/brukaren som framträder.

## Forskningsetik

Innan studien Uppföljning av IHR påbörjades inhämtades ett rådgivande yttrande från Etikprövningsmyndigheten, Dnr 2021-01500 som blev valid 210512 (bilaga EPN beslut) samt tillstånd om att få samla in data på berörda enhet/kommun av verksamhetschef/vård och omsorgschef. Inom vård och omsorgsförvaltningen i Eskilstuna kommun, där studien genomförts, tillämpas ett värdegrundsarbete som gäller även vid forskning.

Personuppgifter har inom ramen för detta projekt hanterats i enlighet med dataskyddsförordningen (Dataskyddsförordningen -GDPR). Mälardalens universitet har det övergripande ansvaret för personuppgifterna, kontaktperson har varit: projektledaren Docent. Lena-Karin Gustafsson, tel 016-153745, lena-karin.gustafsson@mdh.se , Dataskyddsombud nås på e-post dso@mdh.se. Samtliga analyser av empiriskt material har avpersonifierats, därefter sparats elektroniskt och lösenordskyddat. De uppgifter som registrerats vid databearbetning i datafil innehåller inte några namn eller personnummer.

Forskningspersonerna har identifierats via en personlig kod som används i arbetet med datafiler, forskningspersonernas personuppgifter finns i en kodlista som förvaras i ett brandskyddat och låsbart säkerhetsskåp hos forskningshuvudmannen, Mälardalens universitet. Uppdatering av viruskydd, brandvägg och liknande sköts enligt rutiner av IT-sektionen vid Mälardalens universitet. Endast forskare som deltar i projektet har tillgång till kodlista och övrigt forskningsmaterial. Kodnyckel med personuppgifter destrueras när forskningsprojektet avslutas och alla analyser är gjorda. Det avidentifierade forskningsmaterialet kommer att finnas tillgängligt i 10 år efter det att forskningsresultaten publicerats, därefter destrueras de. Om andra forskare eller myndigheter begär att få ta del av forskningsmaterialet för granskning så kommer Mälardalens universitet att genomföra en sekretessprövning av materialet, i enlighet med Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400).

## Forskningsprojektet -Uppföljning av IHRs faser:

1 Etikansökan

2 Kartläggning och identifikation av målgruppen

3 Förfrågan om deltagande hos patienter/brukare genom att ge tillåtelse till att projektet samlar in journalhandlingar

3 Journalgranskning, analys av delstudie 1



4 Urval och förfrågan inför intervju

5 Intervju i hemmet (Denna del är något försenad på grund av coronarestriktioner/oro för coronasmitta. 211217 är tio informanter intervjuade, ytterligare en intervju är dock inbokad)

6 Fortsatt analys, formulering av resultat av delstudie 1 och 2

7 Återkoppling till Eskilstuna kommun: Slutrapport

Forskarna avser att diskutera preliminära resultat och ge förslag på möjliga åtgärder när det gäller en ytterligare förbättrad IHR intervention med vårdgivarna.

## Resultat

Resultatet är uppdelat separat mellan de två delstudierna (delstudie 1 och delstudie 2). Dessa resultat sammanfattas i en diskussion och förslag till implikationer för praxis dvs. förslag på hur resultat av denna forskning kan förstås och användas av verksamheten, bland annat som underlag till beslut.

### Delstudie 1

Nedan presenteras en beskrivning av bakgrundsförhållanden för personer som erhållit IHR, och vilka som givit samtycke för deltagande i delstudie 1. De allra flesta var kvinnor (78,9%), medelåldern var 84,8 år och majoriteten av de äldre var ensamboende (78,9%). Det framkom att de allra flesta inkluderades till IHR på grund av en ortopedisk diagnos (63,2%) och hade minst en ytterligare medicinsk diagnos (78,9%) utöver den diagnosen som de erhöll IHR för. Dock var endast två av dessa (artros n=3, reumatism n=3) av sådan karaktär att det påverkade den äldres spatiala förmåga nämnvärt.

Beviljat antal timmar skiljde sig dels mellan kvinnor (148.0 tim) och män (97.1 tim), dels inom grupperna. Kvinnorna hade i genomsnitt fler antal beviljade timmar IHR men då var även alla, förutom en kvinna, ensamboende (n=14) och kunde inte få hjälp av en närstående som den är sammanboende med. Det framgår också att när man tittar på de äldre både uppdelat mellan könen och för alla gemensamt, så hade enstaka personer baserat på antal beviljade timmar IHR ett stort behov av stödjande insatser när andra personer hade betydligt mindre behov av stödjande insatser (24 tim vs. 405 tim, n=19).

Tabell 1. Beskrivning av bakgrundsförhållanden deltagarna i delstudie 1, personer som erhållit intensiv hemrehabilitering (IHR) n=19.

	Kvinnor n=15	Män n=4	Totalt n=19
Ålder, medel (min/max)	84.5 (79/90)	86.0 (84/89)	84.8 (76/90)
<b>Civiltillstånd</b>			
Ensamboende	14	1	15
Gift	1	3	4
<b>Orsak till IHR</b>			
Ortopedisk	9	3	12
Infektion	3	1	4
Hjärt- och kärl/neurologisk	3	-	3
<b>Tilläggsdiagnoser</b>			
	Antal/diagnos hos kvinnor	Antal/diagnos hos män	Totalt antal/diagnos
Förmaksflimmer	2	-	2
Hypertoni	5	-	5
Hjärtsvikt	-	1	1
Anemi	1	-	1
Sköldkörtel dysfunktion	2	-	2
Diabetes	1	1	2
Astma	1	-	1
Artros	2	1	3
Reumatism	2	1	3
Oro/ångest	1	-	1
<b>Antal tilläggsdiagnoser/person</b>			
Ingen tilläggsdiagnos	3	1	4
1 tilläggsdiagnos	7	-	7
2 tilläggsdiagnoser	3	3	6
3 tilläggsdiagnoser	2	-	2
<b>Beviljat antal tim IHR, medel (min/max)</b>			
	148.0 <sup>1</sup> (52.0/405.0)	97.1 (24.0/167.0)	136.0 (24.0/405.0)

Notering <sup>1</sup>för två personer timmar ej angivna

## Resultat utifrån journalgranskning

Utifrån journalgranskningen framkom skillnader i upplevelse av de fysiska och psykiska aspekterna av interventionen bland personerna som erhållit IHR. Det framkom även olika problematiska situationer, dilemman, som inträffat i deltagarens liv under IHR och konsekvenser det har inneburit för patienten men även vilka strategier patienten har använt sig av. Vidare framkom det uppfattades av brukarna/patienterna som framgångsrikt gällande IHR-interventionen men även orsaker till att IHR-interventionen uppfattats som framgångsrik eller inte, utifrån både patientens och personalens perspektiv.

### *De äldre personernas upplevelser av IHR*

Det framkom att de äldre personerna var nöjda med IHR och att tillhöra till IHR team gav en upplevelse av trygghet, att ha kunnat bli självständig igen med stöd av teamet och att vara

redo att stå på egna ben igen. Rehabiliteringen med IHR har uppskattats, de äldre uttryckte glädje och nöjdhet. Målen för IHR har kunnat nås och de enskilda samtalen har uppskattats. Brukarna/patienterna uttrycker att det finns ett behov av social gemenskap och det är tråkigt att inte få träffa teamet framöver, att det kommer att kännas tomt när IHR-perioden är över. Det framkom även en oro hos brukarna/patienterna för hur det ska bli framöver när IHR är avslutad. Detta då IHR har varit ett bra stöd men även oro över att samtala med någon efter att ha haft en beteendevetare som kommit för att ha samtal regelbundet.

Det framkom inte direkta skillnader i upplevelse av de fysiska och psykiska aspekterna av interventionen. Däremot förstärkte dem fysiska och dem psykiska upplevelsorna varandra såsom att behovet av sällskap ökade när krafterna återvände. Vidare att när de äldre kände sig trygga i aktiviteten och behärskade övningarna så upplevde de mindre oro och vid framsteg upplevde de att träningen gick bättre, de vågade då mer och de önskade mindre hjälp. Brukarna/patienterna kunde även avsäga sig hjälpen för att vilja klara sig själva och det fungerade väl.

#### *Problematiska situationer och dess konsekvenser för de äldre*

De framkom ett flertal problematiska situationer som inträffade i brukarnas/patienternas liv under IHR perioden. Dessa var dels av funktionell karaktär såsom att inte klara av påklädning själv, att hjälpmedel inte fungerar på avsett sätt, dels fysisk karaktär såsom smärta, aptitlöshet och ostadighet. Därtill framkom problematiska situationer som var av emotionell karaktär såsom oro för framtiden, rädsla för att ramla och nedstämdhet samt upplevelse av ensamhet.

Dem problematiska situationerna kunde även ha konsekvenser för brukarna/patienterna under IHR. När det gäller situationer av funktionell karaktär kunde det vara att patienten upplevde det som svårt med förflyttningar både med och utan hjälpmedel eller att hjälpmedel begränsade rörligheten. Dem problematiska situationer som var av fysisk karaktär handlade om att IHR upplevas av brukarna/patienterna som alltför energikrävande, smärtan begränsade både rörligheten och självständigheten i användandet av hjälpmedel eller att patienten inte gick upp ur sängen på natten pga. rädsla för att ramla. Vidare så kunde sömnsvårigheter skapa behov av att sova under dagen, exempelvis då vätskedrivande läkemedel störde sömnen eftersom patienten då behövde kissa på natten. Dem situationer som var av mer emotionell karaktär kunde handla om att aktivitet inte genomfördes då den krävde koncentrationsförmåga eller att patienten valde att ägna sig åt sociala aktiviteter istället för träning.

#### *De äldres strategier under IHR perioden*

Det framkom ett flertal strategier som patienten använde sig av under tiden med IHR. Det kunde vara att utföra bestämda aktiviteter och träningen och använda sig av föreskrivna hjälpmedel men även att själv ta initiativ till egenvård, för utevistelse i syfte att förbättra den fysiska formen och sömnen eller till både bostadsanpassning och hjälpmedel. Brukarna/patienterna kunde även prioritera mellan aktiviteter för att spara på energi såsom att välja promenad istället för dusch eller dela upp aktiviteter för att ha ork att genomföra dem. Vidare så kunde det handla om att kunna hantera ångestattacker utan medicinering men även att uppta sociala kontakter för att minska ensamheten.

### *Orsaker till att IHR-interventionen uppfattats som framgångsrik eller inte för den äldre*

Det som framför allt har uttrycks av brukarna/patienterna har varit framgångsrikt med IHR är att de har kunnat uppnå sina mål och kan återigen klara av sin vardag mer självständigt igen. Vidare att endast närvaro av IHR kunde skapa en känsla av trygghet, att få prova på att utföra aktiviteter i närvaro av IHR. Att det gavs möjlighet till samtal med IHR var också något som uppskattades. Att tillhöra IHR uttryckte de äldre som något som minskade stressen och ökade glädjen. Det framkom även aspekter som gjorde att IHR inte uppfattades som framgångsrikt. Patienter upplevde att de inte informerades angående ändringar i besöksfrekvens och att dem var missnöjda över tider för besök. Vidare att man upplevde sig behöva mer tid för att kunna nå målet och att målet inte kunde uppnås då fysiska besvär såsom smärta och ostadighet gjorde det svårt med träningen.

### *Orsaker till att IHR-interventionen uppfattats som framgångsrik eller inte för personalen*

Det som av personalen uppfattades som framgångsrikt med IHR var att brukarna/patienterna tränade emot målen, att personalen kunde se de göra framsteg, utföra aktiviteter självständigt och återta även andra dagliga aktiviteter. Personalen uppfattade även att de äldre verkade nöjda med IHR, de uppfattades som trygga med dem hjälpmedel som hade introducerats och dem fysiska besvären verkade ha mildrats. Det som inte uppfattades som framgångsrikt var när brukarna/patienterna inte var införstådda i hur IHR teamet arbetar eller inte var mottagliga för information om IHR. Detta försvårade rehabiliteringen eftersom de då inte utförde övningar varken med IHR eller på egen hand och inte heller använde sig av hjälpmedel. Det framkom även att personalen uppfattade att de fysiska problemen begränsade de äldre under IHR-perioden.

## Delstudie 2

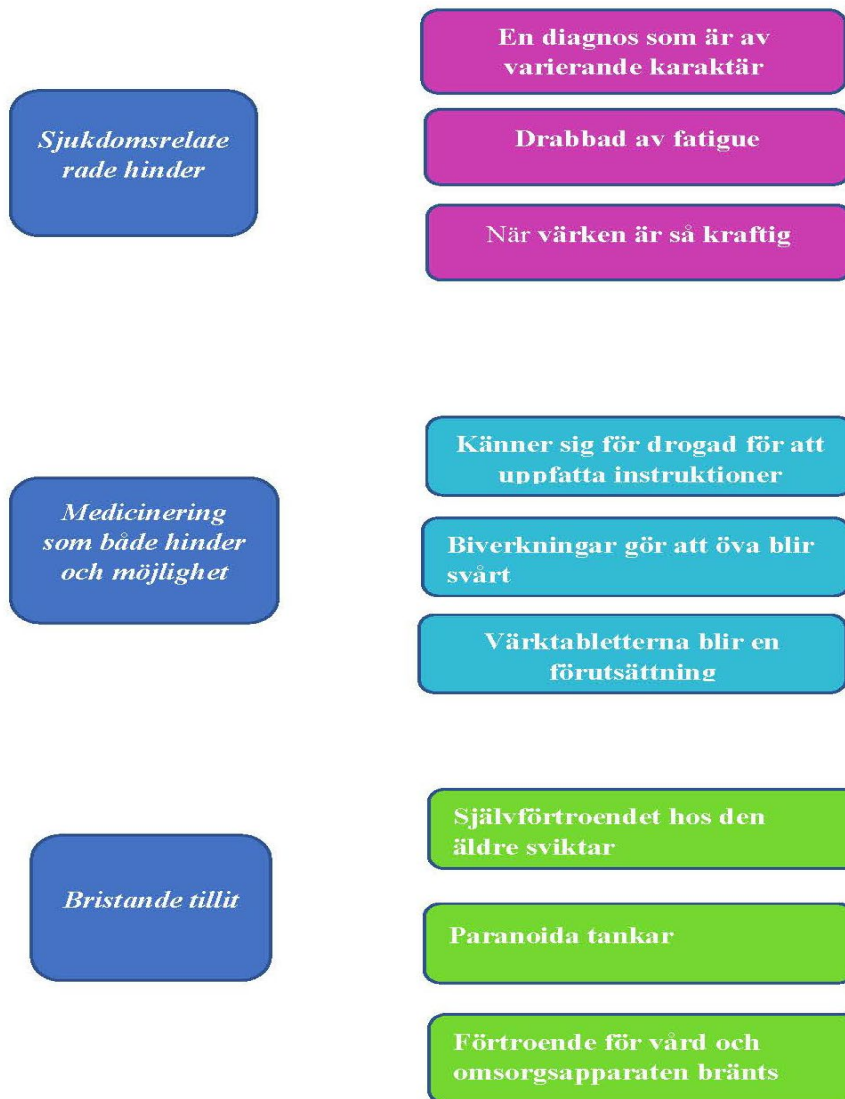
Detta avsnitt visar resultaten av en första analys av intervjuerna som hittills insamlats.

### *Preliminär analys av intervjudata*

Nedan följer en beskrivning av huvudområden och kategorier som framträtt i den första helhetsläsningen av befintliga intervjuer och som svarar på syftet: att beskriva äldre personers upplevda kritiska incidenter/hinder i rehabiliteringsprocessen inom ramen för IHR interventionen.

## Kritiska incidenser/Hinder

Figur 1. Huvudområden kritiska incidenser i rehabiliteringsprocessen



### Huvudområde 1:

I intervjuerna förekommer en hel del *sjukdomsrelaterade hinder* för IHR interventionen:

När orsaken till ansökan om hemtjänst handlar om en **diagnos som är av varierande karaktär**, eller går i skov så som hjärt- och kärlsjukdom, reumatism osv. kan man inte säga att processen går linjärt utan i cirklar som växlar beroende på sjukdomens status så att framgång med en intervention är svår att se. Är det sjukdomen eller interventionen som gjort att patienten /brukaren inte lyckas nå målen eller kan betraktas som icke succéfull?

När patienten på grund av sin grundsjukdom är **drabbad av fatigue** (extrem trötthet orsakad av sjukdom) och helt enkelt inte orkar med rehabilitering. Denna typ av trötthet gör att varje

ansträngning blir extremt arbetsam och plågsam. Ofta vill patienten/brukaren men den fysiska kraften för att delta i IHR interventionen finns inte.

När **värken är så kraftig** att patienten inte kan ta till sig rehabiliteringen utan stöter bort personalen för att det gör för ont. Detta hinder kunde upplevas som rädsla. Rädsla för att det skulle göra outhärdligt ont och rädsla för personalen som omedvetet kunde orsaka denna smärta.

När **nya sjukdomar uppträder** under rehabiliteringsförloppet/interventionen. En del patienten/brukaren fick påspädning av sjukdomstillstånd under rehabiliteringsinterventionen så som ex en ny stroke, ny fraktur osv. Vilket gjorde att rehabiliteringsprocessen stannade till eller eventuellt gick tillbaka till ett steg där patienten/brukaren var ännu sämre än vid inklusion till interventionen.

#### *Huvudområde 2:*

**Medicinering som både hinder och möjlighet** för interventionen:

När medicinen (morfin) gör att patienten **känner sig för drogad** för att hänga med och följa instruktioner. Vissa patienter/brukare var så pass smärtpåverkade av sin grundsjukdom att det var ett hinder för interventionen. Andra upplevde själva rehabiliterande träningen så pass smärtsam att de var tvungna att ta så pass mycket smärtstillande att de hade svårt att vara närvarande i interventionen.

**Biverkningar gör att öva blir svårt.** Vissa hade så pass kraftiga mediciner som gjorde att brukaren/patienten kände sig matt och svimfärdig då de reste sig och var oroliga över att öva själva då de var rädda att svimma eller ramla.

När värken är så kraftig att **värktabletterna blir en förutsättning** för att klara av interventionen. Vissa upplevde att värktabletterna helt klart var nödvändiga för att klara av att träna och gå framåt i sin rehabilitering.

#### *Huvudområde 3:*

Nästa stora område som är synligt i intervjuerna är **bristande tillit** som blir hinder för IHR interventionen:

När **förtroende för vård och omsorgsapparaten bränts** på grund av allvarlig vårdskada på sjukhuset. Patienter/brukare som upplevt missförhållanden hade svårt att knyta an till IHR-teamet och hade tappat förtroendet för hela vårdapparaten.

När **paranoida tankar** gentemot personalen framträder. En del patienter/brukare inkluderades då det inte i början framgick att de hade symptom på psykisk sjukdom så som paranoia. Dessa symptom påverkade i högsta grad tilliten till IHR och blev därmed ett hinder för interventionen.

När **självförtroendet hos den äldre svikt**ar gravt. Ibland blev det till ett hinder att den äldre gav upp och inte trodde sig klara av de utsatta målen. Detta var något teamet jobbade hårt och framgångsrikt med i många av fallen men ibland var det bristande självförtroendet så pass djupt rotat att det blev till ett stort hinder för att patienten/brukaren skulle kunna ta till sig IHR interventionen på planerat sätt.

## Sammanfattande diskussion och förslag till implikationer för praxis

I delstudie 1, framkom det vid journalgranskningen att de allra flesta inkluderades till IHR på grund av en ortopedisk diagnos, vilket säkert är en helt rätt bedömning beträffande potentiell framgång i rehabiliteringsprocess i och med att dessa förlopp är av en mer linjär kausal karaktär än andra medicinska tillstånd. För de allra flesta var också IHR interventionen mycket framgångsrik för fortsatt hälsa och självständighet. Dock hade de flesta äldre minst en tilläggsdiagnos och majoriteten var ensamboende. Detta kan påverka kraften och orken hos de äldre när de inte kan få hjälp av en sammanboende i det dagliga livet, vilket i sin tur kan påverka genomförandet av träningen men även öka behovet av stöd från IHR.

Det framkom även olika problematiska situationer som kunde vara av funktionell, fysiskt eller emotionell karaktär men de allra flesta hittade strategier för att hantera dessa såsom initiera till egenvård, prioritera mellan aktiviteter och bemästra emotionellt krävande situationer. Vidare visade delstudie 1 att de äldre personerna upplevde sig behöva mer tid för att kunna nå målet och att målet inte kunde uppnås då fysiska besvär såsom smärta och ostadighet med även rädsla för risk för att ramla gjorde det svårt med träningen. Även i delstudie 2 var de fysiska hindren påfallande centrala.

Om huvudområde 1 i delstudie 2 dvs sjukdomsrelaterade hinder för IHR interventionen har så stor plats i informanternas beskrivningar kan man fråga sig om inte en medicinsk bedömning av exempelvis sjuksköterska vid sidan av en biståndsbedömning av en biståndshandläggare vore att föredra inför beslut om inklusion till IHR-intervention i kommunens regi. Detta skulle kunna avgöra att de som bedöms ha mest nytta och möjligheter att tillgodogöra sig interventionen kan erbjudas denna insats.

Även den kommunikativa aspekten lyfts upp i båda delstudierna. Kommunikativa brister som ibland kunde orsakas av den äldre personens kognitiva förmåga att uppfatta information. Det som uppfattades som hinder var när de äldre inte var införstådda i hur IHR teamet arbetar eller inte var mottagliga för information om IHR. Detta försvårade eller hindrade rehabiliteringen bland annat eftersom brukarna/patienterna då inte utförde övningar varken med IHR eller på egen hand och inte heller använde sig av hjälpmedel. Det framkom även att personalen uppfattade att de fysiska problemen begränsade brukarna/patienterna under IHR-perioden.

Det kan vid inklusion till IHR vara angeläget att beakta vilken diagnos patienten/brukaren ska erhålla interventionen för men även andra bakomliggande sjukdomar och boendesituation. I de initiala exklusionskriterierna för att inbjudas till IHR interventionen var: allvarlig kognitiv dysfunktion, livshotande sjukdom, allvarlig psykisk sjukdom eller annan sjukdom/funktionsnedsättning som skulle hindra deltagaren att uttrycka sin vilja. En slutsats av resultaten i denna studie skulle kunna vara att ändra till ett något vidare exklusionskriterie

inför IHR så att inte i denna typ av interventioner prioritera personer med kognitiv dysfunktion och inte bara exkludera personer med allvarlig kognitiv dysfunktion. Samma problem blev synligt i resultatet gällande informanter som visat sig ha en psykisk sjukdom så som paranoia vilket påverkade framgången i IHR interventionen avsevärt.

## Ekonomisk redovisning

400 tkr i forskningsmedel har erhållits från Eskilstuna kommun till Mälardalens universitet för att stödja arbetet i projektets utvärderingsprocess. Återkommer med en mer exakt redovisning kring användandet av dessa medel då data blir tillgängligt igen efter centrala dataproblem på Mdh.



## Referenser

- Dataskyddsförordningen -GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psych Bulletin*, 51, 327–358.
- Gustafsson, L-K., Mattson, K., Dubbelman, K., & Snöljung, Å. (2014). Aspects of nursing with evidence-base when nursing frail older adults. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28, 793–801.
- Gustafsson, L. K., Östlund, G., Zander, V., Elfström, M. L., & Anbäcken, E. M. (2019a). 'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 498-506. <https://doi.org/10.1111/scs.12650>
- Gustafsson, L-K., Anbäcken, E-M., Elfström, M L., Zander, V., & Östlund, G. (2019b). Working with short-term goal-oriented home rehabilitation with older persons: strengthened by a collaborative approach. *Nordic Journal of Nursing Research*, 0(0) 1–8 doi: 10.1177/2057158519850974
- Hjelle, K M., Alvsvår, H., & Forland, O, (2017). The relatives' voice: how do relatives experience participation in rehabilitation? *Journal of Multi disc Healthcare*, 10 (1), 11. <https://doi.org/10.1177/193.11.81.189>
- Janssen, B., Snoeren, M., & Van Regenmortel, T. (2015). Working towards integrated community care for older people: empowering organizational features from a professional perspective. *Health Policy*, 119, 1–8.
- Kürstein Kjellberg, P., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til @rehabilitering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Patientdatalagen (2008:355) [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355)
- Reckrey, J., Soriano, T., Hernandez, C., De Cherrie, L., Chavez, S., Zhang, M., & Ornstein, K. (2015). The team approach to homebased primary care: restructuring care to meet individual, program, and system needs. *Journal of American Geriatric Soc*, 63, 358–64.
- Värdigt liv i äldreomsorg, SOU 2008:51 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2008/05/sou-200851/>
- SFS Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)
- SFS 1993:387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa\\_sfs-1993-387](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387)

- SFS 2001:453, 5 kap § 4. *Socialtjänstlag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)
- SKL 2012: *Bättre liv för sjuka äldre en kvalitativ uppföljning*. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/battrelivforsjukaaldr eenkvalitativuppfoljning.30450.html>
- Svensson, A., & Fridlund, B. (2008). Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *International Emergency Nursing*, 16, 35–42.
- Vehko, T., Jolanki, O., Aalto, A. M., & Sinervo, T. (2018). How do health care workers manage a patient with multiple care needs from both health and social care services? A vignette study. *International journal of care coordination*, 21(1-2), 5-14.
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21 (1), 117-113.
- WHO (2002). World health organization. Definition of active ageing [Definition av aktivt åldrande].
- Östlund, G., Zander, V., Elfström, M., Gustafsson L-K., & Anbäcken, E-M. (2019). Older adults' experiences of a rehabilitation process. "To be treated like an adult, and ask for what I want and how I want it". *Educational Gerontology*, doi:10.1080/03601277.2019.1666525 Published online: 17 Sep 2019.

## Bilagor

Bilaga EPN beslut

Bilaga Missivbrev

Bilaga Uppföljningsprotokoll

Bilaga Intervjuguide

# List of Signatures

Page 1/1



Name	Method	Signed at
Mats Krister Edsgården	BANKID	2021-05-18 16:28 GMT+02



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: E48138C38383490997B12C15DFDE54C8



**BESLUT**  
2021-05-12

**Sökande forskningshuvudman**  
Mälardalens högskola

**Forskare som genomför projektet**  
Lena-Karin Gustafsson

**Projekttitel**  
Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet

**Uppgifter om ansökan**  
Ansökan inkom till Etikprövningsmyndigheten 2021-03-15 och blev valid 2021-03-29. Ansökan är tidigare behandlad vid sammanträde 2021-04-14. Av myndigheten begärd komplettering enligt beslut inkom 2021-05-04.

---

Etikprövningsmyndigheten beslutar enligt nedan.

**BESLUT**

Etikprövningsmyndigheten godkänner den forskning som anges i ansökan.

---

På Etikprövningsmyndighetens vägnar

Mats Edsgården  
Ordförande

Beslutet har fattats av följande personer:

**Ordförande**

Mats Edsgården, chefsrådman

**Ledamöter med vetenskaplig kompetens**

Martin Hägglund, (*fysioterapi, epidemiologi*) vetenskaplig sekreterare

Bärbel Jung, (*kirurgi, cancer*), vetenskaplig sekreterare

Ylva Böttiger, (*klinisk farmakologi*)

Cecilia Gunnarsson, (*genetik, genetik, hereditära kardiovaskulära sjukdomar*)

Marit Karlsson (*geriatrik*), föredragande





Ebo de Muinck, (*kardiologi*)  
Lennart Nilsson, (*pediatrik*)  
Fredrik Nyström (*internmedicin*)  
Håkan Olausson (*klinisk neurofysiologi*)  
Håkan Pettersson, (*medicinsk strålningsfysik*)

**Ledamöter som företräder allmänna intressen**

Finn Bengtsson  
Bertil Nilsson  
Per-Inge Pettersson  
Chartrine Pålsson Ahlgren  
Katrinn Stagnell

---

**Beslutet sänds till**

Ansvarig forskare: Lena-Karin Gustafsson  
Forskningshuvudmannens företrädare: Anna Letterstål



# **Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet**

## **Information till forskningspersonerna**

Vi vill fråga dig om du vill delta i en uppföljning av ett forskningsprojekt: IHR- Intensiv hemrehabilitering. I det här dokumentet får du information om uppföljningen av projektet och om vad det innebär att delta.

### **Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?**

Det är dags att utvärdera effekter av projektet intensiv hemrehabilitering (IHR) där äldre personer (65+) fått intensiv hemrehabilitering av ett speciellt team. Nu när det gått ett tag sedan de senaste mätningarna finns en önskan om att följa upp patienter/brukares erfarenheter av den intensiva hemrehabiliteringen som de fått ta del av.

Forskningshuvudman för projektet är Mälardalens högskola som samarbetar med Eskilstuna kommun. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

### **Hur går studien till?**

I första hand kommer denna uppföljning handla om att gå tillbaka i journalerna till personalens dokumentation av rehabiliteringsprocessen hos dem som deltagit. Har du tackat ja att delta i uppföljningsstudien behöver du inte göra någonting annat än medgiva att forskargruppen tar del av dokumentationen kring din rehabilitering under den tid du fått IHR som står i din journal. Ett fåtal kommer också slumpmässigt bli utvalda till förfrågan om en intervju för att kunna fördjupa sådana frågeställningar som kommer fram under dokumentationsgranskningen. Intervjun kommer iså fall att ske i hemmet av en distriktsköterska som ingår i forskargruppen.

### **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Projektet avser bara att ta del av information för att öka kunskapen för framtida utveckling av intensiv hemrehabilitering som verksamhet och påverkar inte den eventuella vård och omsorg du får idag.

### **Vad händer med mina uppgifter?**

Projektet kommer att samla in och ta del av information om din rehabiliteringsprocess, om teamets arbetsinsatser och hur det gått för dig. Detta kommer ske via kommunens dokumentationssystem samt eventuellt i en efterföljande intervju.

Dina svar och dokumentationen kring dig kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. De kommer att förvaras inlåsta i ett brandsäkert säkerhetsskåp på Mälardalens högskola fram tills studien är färdig och publicerad. Din identitet kommer inte röjas i några publikationer. Ansvarig för dina personuppgifter är Mälardalens högskola. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta

## **Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet**

projektledaren: Dr. Lena-Karin Gustafsson, tel 016-153745, [lena-karin.gustafsson@mdh.se](mailto:lena-karin.gustafsson@mdh.se)  
Dataskyddsombud nås på e-post [dso@mdh.se](mailto:dso@mdh.se). Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen som är tillsynsmyndighet.

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Resultaten av studien avses publiceras i en vetenskaplig artikel men också i en forskningsrapport på svenska som kommer publiceras på såväl kommunens som Mälardalens högskolas hemsida.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård, omsorg eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

### **Ansvarig för studien**

Projektledare Lena-Karin gustafsson, Docent i Vårdvetenskap

Akademien för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola, Eskilstuna

Tel: 016-153745, mail [lena-karin.gustafsson@mdh.se](mailto:lena-karin.gustafsson@mdh.se)

# Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet

## Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien- Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet
  
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift



# **Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet**

## **Uppföljningsprotokoll**

### **Bakgrundsdata:**

När:

Ålder:

Man/Kvinna:

Civilstatus:

Lever i bostaden (vilka):

Orsak till IHR (inkl diagnos):

Hemgångshistoria:

Hur ofta IHR/dag/vecka:

Hur länge?

IHR åtgärder:

Av vem (vilken personalkategori)?

### **Frågor till journalen:**

Vilka problematiska situationer, så kallade dilemman, som har inträffat i deltagarens liv under denna period beskrivs i texten?

Vilka konsekvenser av dessa dilemman för brukaren/patienten framkommer i texten?

Uttrycks ekonomiska aspekter från brukarens sida?

Vilka strategier hos brukaren/patienten framkommer i texten?

Vilka upplevelser av IHR beskriver deltagaren efter interventionen?

Framkommer skillnader i upplevelse av de fysiska och psykiska aspekterna av interventionen?

Hur framgångsrik uppfattades interventionen?

Vilka orsaker till att IHR-interventionen uppfattats som framgångsrik för Patienten/brukaren:

Vilka orsaker till att IHR-interventionen uppfattats som framgångsrik för personalen:

Vilka orsaker till att IHR-interventionen inte uppfattats som framgångsrik för patienten:

Vilka orsaker till att IHR-interventionen inte uppfattats som framgångsrik för personalen:

I vilken grad har formulerade mål uppnåtts:

# **Äldre personers erfarenheter av intensiv hemrehabilitering: en uppföljningsstudie av IHR-projektet**

## **Intervjuguide**

### **Grundläggande uppgifter**

När:

Ålder:

Man/Kvinna:

Civilstatus:

Lever i bostaden (vilka):

Orsak till IHR (inkl diagnos):

Hur ofta IHR/dag/vecka:

Hur länge?

IHR åtgärder:

Av vem (vilken personalkategori)?

### **Intervjuguide**

Kan du berätta om hur det gick att komma hem från sjukhuset (hemgångshistoria)?

**Kan du beskriva eventuella problematiska situationer, så kallade dilemman, som har inträffat ditt liv i allmänhet under denna period?**

Vilka konsekvenser hade det för dig?

**Vilka strategier använde du för att lösa/stå ut med situationen?**

**Kan du beskriva eventuella problematiska situationer som IHR förde med sig?**

Vilka konsekvenser hade det för dig?

**Vilka strategier använde du för att lösa/stå ut med situationen?**

Vilka upplevelser av IHR kan du beskriva?

Uppfattar du IHR interventionen som framgångsrik?

Varför?

Tror du personalen /kommunen uppfattar interventionen som framgångsrik för dig?

Varför?

Skulle du välja att vara med i IHR igen om det hände något nytt?