

IHR- PROJEKTET FORSKNINGSRAPPORT

LENA-KARIN GUSTAFSSON

DOCENT I VÅRDVETENSKAP

GUNNEL ÖSTLUND

DOCENT I SOCIALT ARBETE

MAGNUS ELFSTRÖM

DOCENT I PSYKOLOGI

ELS-MARIE ANBACKEN

DOCENT I SOCIALT ARBETE

VIKTORIA ZANDER

LEKTOR I FYSIOTERAPI

SAMHÄLLSKONTRAKTET



Kontakt: Lena-Karin Gustafsson
Akademin för hälsa, vård och välfärd
Avdelningen för Vårdvetenskap
Eskilstuna

Tel: 016-15 37 45

Mobil: 070-787 44 20

lena-karin.gustafsson@mdh.se

Datum: 2020-08-26

INNEHÅLL

I PROJEKTET INKLUDERADE ARTIKLAR	1
1 INTRODUKTION	2
2 BAKGRUND	3
2.1 Aktivt åldrande – hälso- och välfärdens krav och utmaningar	3
2.2 Hälsa som handlingsförmåga och uppfyllande av livsmål	3
2.3 Hemrehabilitering	4
2.3.1 Intensiv hemrehabilitering	4
2.4 Rehabiliterande förhållningssätt hos omvårdnadspersonal	6
2.5 Personcentrerad vård	7
2.6 Interprofessionella team	7
2.7 Syfte och hypoteser	8
3 DESIGN OCH METOD	9
3.1 Urval och datainsamling för kvantitativa delstudier	9
3.1.1 Inklusions- och exklusionskriterier för den randomiserade kontrollerade prövningen	9
3.1.2 Intervention	10
3.1.3 Kontrollgrupp	10
3.1.4 Pilotstudie och statistisk styrka	11
3.1.5 Datainsamling	11
3.1.6 Primära effektmått	11
3.1.7 Sekundära effektmått	12

3.1.8 Tertiärt effektmått	12
3.1.9 Bakgrundsförhållanden	12
3.2 Urval och datainsamling för kvalitativa delstudier	12
3.3 Forskningsetik	13
4 DELSTUDIE 1A	13
4.1 Analys delstudie 1A	14
4.2 Resultat delstudie 1A	14
5 DELSTUDIE 1B	19
5.2 Resultat delstudie 1B	19
6 DELSTUDIE 2	22
6.1 Datainsamling delstudie 2	22
6.2 Analys delstudie 2	23
6.3 Resultat delstudie 2	23
7 DELSTUDIE 3A EGENSKAPER HOS FRÅGEFORMULÄRET GP-CORE OCH 3B RANDOMISERAD KONTROLLERAD PRÖVNING (RCT) AV INTENSIV HEMREHABILITERING	29
7.1 Deltagare delstudie 3a	30
7.2 Analysmetoder delstudie 3a	31
7.3 Resultat delstudie 3a	31
7.4 Slutsatser och relevans för praxis delstudie 3a	31
7.5 Deltagare delstudie 3b	32
7.6 Analysmetoder delstudie 3b	33
7.7 Resultat delstudie 3b randomiserad kontrollerad prövning av intensiv hemrehabilitering	34
7.8 Slutsatser och relevans för praxis delstudie 3b	35
8 UTVÄRDERING	35
8.1 Slutsatser	37

I PROJEKTET INKLUDERADE ARTIKLAR

1. Gustafsson, L-K., Östlund, G., Zander, V., Elfström, M L., & Anbäcken, E-M. (2019). 'Best fit' caring skills in the short-term goal-oriented rehabilitation process: Older persons' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 498–506.
2. 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.
3. Gustafsson, L-K., Anbäcken, E-M., Elfström, M L., Zander, V., & Östlund, G. (2019). 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
4. Elfström, M. L., Östlund, G., Zander, V., Anbäcken, E.-M., & Gustafsson, L.-K. A randomized controlled trial of an interprofessional homebased reablement intervention for older adults. Manuscript.
5. Hochwälder, J., Gustafsson, L.-K., Östlund, G., Zander, V., Anbäcken, E.-M., & Elfström, M. L. Psychometric evaluation of GP-CORE in a group of older adults in Sweden. Manuscript.



IHR:s forskarteam: Lena-Karin Gustafsson, Docent/Lektor, vårdvetenskap, Gunnel Östlund, Docent/Lektor, socialt arbete, Magnus Elfström, Docent/Lektor, psykologi, Els-Marie Anbäcken, Docent/Lektor, socialt arbete, Viktoria Zander, Med.dr, sjukgymnast/verksamhetsutvecklare Region Sörmland

1 INTRODUKTION

Hela det svenska samhället har sedan en tid tillbaka stått inför ett ökat tryck på vård och omsorg i hemmet i och med en ökad äldre befolkning och minskade sjukvårdsplatser. På samma gång finns en ambition att öka aktivitet, livskvalité och självständighet hos äldre personer.

En multidisciplinär forskargrupp på Akademin för hälsa, vård och välfärd vid Mälardalens högskola startade år 2015 ett forskningsprojekt i samarbete med Eskilstuna Kommun och MKHV, där även Västerås stad och region samt Region Sörmland representeras. Projektet erhöll i konkurens forskningsmedel från MKHV via en samverkanscheck på 438 000 SEK vilket gjorde att forskargruppen kunde avsätta tid till att skriva en större forskningsansökan till Forte samt etikansökan för projektet. Forteansökan bifölls och forskargruppen erhöll 2018-01-01 - 2018-12-31: 1 200 000 SEK samt 2019-01-01 - 2019-12-31: 1 330 000 SEK för arbete med projektet. Projektet erhöll etiskt tillstånd av Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala 2015-10-14 Dnr 2015/350. Den randomiserade kontrollerade prövningen i projektet registrerades i den internationella databasen ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System (PRS) med numret NCT03565614.

Projektet intensiv hemrehabilitering (IHR) har designats som en intervention där forskningspersonerna, som är äldre (65+) som ansökt om omvårdnadsinsatser i den kommunala hemtjänsten fått intensiv hemrehabilitering utförd av ett interprofessionellt team. Resultaten har sedan jämförts med en kontrollgrupp som fått sedvanlig hemtjänst. Forskningsprojektet har avsett utvärdera effekter av den intensiva hemrehabilitering genom att mäta multidimensionell hälsa bland de äldre jämfört med traditionella omsorgsinsatser. Dessutom har projektet avsett belysa äldres perspektiv på den erhållna interventionen samt erfarenheter och upplevelser hos det interprofessionella teamet.

2 BAKGRUND

Bakgrunden avser belysa tidigare forskning kring området samt det sammanhang som problemet studerats i.

2.1 Aktivt åldrande – hälso- och välfärdens krav och utmaningar

Allt fler äldre personer ges förutsättningar att leva i sina egna hem och har möjlighet att fortsätta aktiva liv med bibehållet oberoende och inflytande över sin vardag (Walker & Maltby, 2012). Utökad forskning behövs för att underlätta och förbättra vården för denna grupp (Snöljung, Mattson & Gustafsson, 2014). Forskning som vill bidra till aktivt åldrande förväntas även ta hänsyn till kraven för evidensbaserad praxis där såväl personalens erfarenheten från det dagliga arbetet, som den äldres perspektiv ingår.

2.2 Hälsa som handlingsförmåga och uppfyllande av livsmål

Nationella folkhälsokommittén i Sverige (SOU 2000:91) definierar hälsobefrämjande arbete som "... den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och befrämja den." Människan behöver ges möjlighet att påverka sin hälsa och de faktorer som kan begränsa densamma. Nordenfelt (1991) definierar hälsa som "Personen har full hälsa, om och endast om, personen har förmågan att, givet standardomständigheter, förverkliga sina vitala mål." Personens delaktighet samt hälsa och välbefinnande kan förstås i en bredare holistisk syn på hälsa som inkluderar personens flerdimensionella livsmål. En holistisk hälsobild som denna förknippar hälsa med strävan efter personlig utveckling, självförverkligande och välbefinnande (Nordenfeldt, 1993). Nordenfeldt (1993) hävdar vidare att hälsa hänvisar till personens förmåga att förverkliga och tillämpa vissa viktiga mål inom olika livsområden. Personen ses som ett aktivt ämne som lever i ett nätverk av sociala relationer där människorna har olika behov och önsningar beträffande livets mening och innehåll. Hälsa kan ses som ett fenomen som påverkar individens handlingsförmåga. Tyvärr, som Attre (2001) och Larsson et al. (2007) rapporterar verkar det finnas en obalans mellan äldre personers mål i livet och deras förväntningar på vård som skiljer sig från professionella vårdgivares mål och förväntningar. De olika målsättningarna inför vårdens innehåll påverkar vårdgivarnas förmåga att närma sig och möta de äldre personerna i ett sätt som stöder deras hälsoprocess.

2.3 Hemrehabilitering

Rehabilitering handlar enligt WHO om att återupprätta fysisk, sensorisk, intellektuell, psykologisk och social funktionsnivå med målsättningen att individen ska nå oberoende och självbestämmande (WHO, 2002). Även funktionsnedsättning behöver förstås utifrån biopsykosociala processer framförallt när det gäller funktionsförmåga i förhållande till delaktighet (Pettersson & Iwarsson, 2015). Dock går det inte att bortse från individens omgivning och situations specifika förutsättningar när det gäller att förstå individens funktionsförmåga och delaktighet (Thyberg, Arvidsson, Thyberg & Nordenfelt, 2015). Därför är det extra viktigt att stödja individen där den befinner sig när det gäller att bibehålla funktionsförmågor i hemmet och i vardagslivet.

2.3.1 Intensiv hemrehabilitering

Möjligheten att få kortsiktig målriktad rehabilitering har ökat (Hjelle et al., 2017). 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 hemsjukvård timmar (Kurstein Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011).

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). 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 innebär 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). Enligt Socialtjänstlagen (SOU:2008:51) ska äldre personer ha rätt till ett värdigt liv och känna välbefinnande, vilket ligger i linje med WHO's definition av aktivt åldrande (Ref).

Socialstyrelsen (2014) lyfter i sin rapport upp vikten av arbeta med ”vardagsrehabilitering”, vilket har som mål att stärka eller bibehålla hälsa och funktionsförmåga hos den äldre där inte bara professionellas insatser medräknas. I internationell forskning (Wilde & Glendinning, 2012; Cochrane et. al, 2016; Hjelle, Alvsvåg & Forland, 2017) används begreppet ’reablement’ eller re-ablement-services för att beskriva hembaserad mål-inriktad rehabilitering. Denna intervention (reablement) används ibland synonymt med danskans ”hverdagsrehabilitering” eller svenskans vardagsrehabilitering och beskrivs ämna stödja och assistera äldre personer som erfar någon form av bristande funktioner i att lära sig eller lära om sig till att få nödvändiga redskap för att klara sitt dagliga liv. Intensiv hemrehabilitering innefattar oftast en kort målinriktad insats som ges av ett multiprofessionellt team vanligtvis

ca 6 veckor med målsättning att bibehålla eget boende och självständighet men också att minska samhällets kostnader. Det är alltså en intensiv form av rehabilitering som är tidsbegränsad och som utförs i människors hem eller inom olika former av serviceboenden. Ofta är den interdisciplinär och fokuserar på att stödja personer att återfå förmåga att utföra och delta i dagliga aktiviteter som är viktiga för personen (Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland, & Westendorp, 2016). Aspinal m.fl. (2016), liksom Cochrane et.al (2016) konstaterar att evidensen när det gäller rehabilitering eller vardagsrehabilitering är begränsad och inte tillräckligt relaterad till förmåga i dagliga aktiviteter. Det finns motstridiga resultat när det gäller effekter på fysisk förmåga, utförande av dagliga aktiviteter och livskvalitet. Det finns fortfarande för lite kunskap om långtidseffekter av vardagsrehabilitering, om hur den påverkar livskvalitet, bidrar till självständighet och kontroll över det dagliga livet. Det är heller inte klarlagt vilken form av vardagsrehabilitering som är mest effektiv för olika individer. Detta stämmer överens med Pettersson och Iwarsson (2015) som konstaterar i sin kunskapsöversikt att trots att det finns en del kunskap om vardagsrehabilitering baserad på beprövad erfarenhet, liksom projektrapporter och metodböcker om vardagsrehabilitering som beskriver insatserna, är kunskapen bristfällig när det gäller den vetenskapliga utvärderingen och därmed evidensen. Enligt en nyligen publicerad forskningssammanställning av Legg, Gladman, Drummond och Davidson (2016) har rehabiliteringsinterventioner funnits explicit sedan slutet av 1990 talet och har studerats vetenskapligt med RCTstudier, dock med något begränsad framgång, eftersom det saknas fullständiga uppgifter i de publicerade studierna för att kunna göra en samlad bedömning.

Intensiv hemrehabilitering i en dansk kommun visade vid en uppföljning positiva effekter när det gällde äldres fysiska och psykiska funktion samt minskad förbrukning av antal hemtjänststimmar (Kürstein m. fl., 2011). Tidigare forskning har ofta fokuserat på äldre personers fysiska förbättringar och resultat av rehabiliteringprocessen (Jakobsen, 2019; Slater, 2018). Ofta fokuserar forskningen på rehabilitering efter specifika skador snarare än förebyggande åtgärder som syftar till att bibehålla självständighet och funktionsförmåga för äldre människor (Johansson et al, 2010). En svensk studie om rehabilitering i hemmet visade dock positiva resultat och forskare fann att den äldre personens tidigare yrkeserfarenhet, sociala situation och omgivning samt de professionellas förmåga att lämna över ansvar och ge stöd påverkade interventionens framgång (Björkman et al, m.fl 2012). Ett tydligare fokus på psykisk och social hälsa som delar av rehabilitering saknas i tidigare studier men har efterfrågats när det gäller hemrehabilitering för äldre (Kürstein m. fl., 2011; Björkman m.fl 2012). Pettersson och Iwarsson (2015) poängterar även vikten av att hemtjänstpersonalen utgår ifrån vad de äldre personerna själva ser som betydelsefullt för att skapa delaktighet i rehabiliteringen.

2.4 Rehabiliterande förhållningssätt hos omvårdnadspersonal

I kommunal vård och omsorgsverksamhet är undersköterskor den största gruppen av professionella som arbetar i den direkta omvårdnaden av äldre personer. Så tidigt som Nightingales teori 1859 (1969) beskrivs omvårdnad som balansering dvs. en återställande av hälsoprocessen och anpassningen av miljön, detta för att spara patientens livsenergi så att denna skulle kunna återhämta sig.

I en av delstudierna i det här projektet fokuseras den specifika professionella strategin vid arbete med äldre personer och vad de äldre föredrar när vårdande relationer byggs upp och när IHR genomförs. Vårdande förmåga i hemvårdskontext kan förstås som 'Förmågan att göra något väl; med expertis' ('skills'. <https://www.oxforddictionaries.com>). Det mesta av den tidigare forskningen som inkluderar omvårdnadsaspekter eller vårdarnas roll i återhämtningsprocessen har varit inriktad på olika sjukhussammanhang. Atwal et al. (2007) visar återhämtning som en viktig komponent i omvårdnad av äldre patienter på akuta avdelningar. Patienterna upplever dock vårdarna alltför upptagna eftersom de lämnas själva utan tillräcklig påverkan från vårdare under återhämtningsprocessen. Tidigare forskning också visar att de flesta patienter längtar efter mer och djupare relationella förbindelser med sin vårdande personal, även om vårdarna i denna studie upplevs "trevliga" (Shattell, 2004). Patienter har också svårigheter att skilja mellan dem de kallar vårdare, om de är legitimerade sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, biståndsbedömare eller andra professionella. Patienter betraktar ofta vårdpersonalen som en grupp och när forskare undersöker deras behov efterfrågas framförallt stödjande relationer (Berg & Danielson, 2007).

Tidigare vårdforskning (Trappes-Lomax et al, 2006; Fleming, 2004) visar att institutionella rehabiliteringsenheter (på sjukhus) inte är effektivare än "vanlig" vård när det gäller att förebygga/förhindra äldre från att återremitteras till sjukhus eller annan institutionell långtidsvård. Val av vårdenhet har inte heller stora effekter på äldres aktivitetsnivå eller välbefinnande. Detta trots att rehabiliteringspersonal på institutioner arbetar hårt för att anpassa sina övningar och aktiviteter till det dagliga livet hemma. Martin et al. (2005) menar istället att hemmet ska ses som en idealisk miljö för återhämtning och rehabilitering. En rapport från Socialstyrelsen (2014) belyser vikten av vad vardagsrehabilitering, dvs. rehabilitering som inkluderar en hälsofrämjande perspektiv, vilken har ett vidare innehåll än hemvård och rehabilitering. Målet med rehabiliteringen är att stärka eller bibehålla hälsa och funktionell förmåga i det dagliga livet. Rehabilitering är ett begrepp innehåller aktiviteter och handlingar både av personen själv och de professionella som närmar sig personen för att säkra oberoende och självständighet i livet. Rehabilitering är ett begrepp som också används vid kortvarig målrelaterad hembaserade interventioner hos äldre personer. Dock har tidigare forskningen som inkluderar omvårdnadsaspekter eller vårdarens roll i återhämtningsprocessen varit inriktad på patienter med specifika diagnoser i sjukhusvård.

Det finns en studie av äldre personers upplevelser och drivkrafter i rehabiliteringsprocessen (Tuntland, 2017). Men det saknas tidigare studier av äldre personers perspektiv på vårdgivares professionella färdigheter och attribut relaterat till rehabiliteringsprocessen.

2.5 Personcentrerad vård

Projektet har skapats i ett perspektiv som inbegriper personcentrerad vård. Personcentrerad vård har kommit att ses som en av kärnkompetenserna inom omvårdnad. Det är ett perspektiv baserat på den helande relationen mellan vårdgivare, patient och andra närstående människor i patientens liv. Grunden för personcentrerad vård består av värden så som respekt för personen, personens rätt till självbestämmande och att skapa en gemensam förståelse och horisont (Mc Cormack et al., 2010). Personens psykiska, fysiska och sociala hälsa och den äldre personens egna värden är integrerade i detta perspektiv (Norell Pejner, Ziegert, Kihlgren, 2012; Newhouse, 2006; Finnbakk, 2012). Äldre personer har ofta en mångfald åldersrelaterade behov, vilket innebär att ett nyckelelement i den professionella vården är att arbeta med personcentrerad vård (Webster, 2002). Personcentrerad vård kan ses som en metod för att öva och etablera helande och stödjande relationer mellan vårdgivare, patienter och andra viktiga människor i den äldre personens liv.

2.6 Interprofessionella team

Rehabilitering av äldre personer kräver i grunden en övergripande interprofessionell strategi (Hjelle et al., 2016). Janssen, Snoeren och Van Regenmortel (2015) påpekar vikten av tvärvetenskapligt samarbete mellan yrkesverksamma i all vård av äldre i hemmet. Forskarna beskriver vidare att professionellt samarbete är en förutsättning för en stark och integrerad vård, eftersom äldre som bor hemma ofta möter komplexa, mångfacetterade problem som inte kan lösas av ett yrke. Grunden för interprofessionellt teamarbete kan enligt Berlin (2010) ses som; a) att kunna erbjuda hjälp till andra, och b) att kunna få hjälp från andra yrken. Robben et al (2012) betonar att vården för äldre sköra personer ofta är fragmenterad och involverar många yrkesverksamma från olika discipliner. Dessa forskare föreslår en interprofessionell utbildning (IPE), då det finns ett behovet av att lära känna varje yrkes perspektiv, eftersom interprofessionell kommunikation kan vara svår. Norman och Peck (1999) fann fyra viktiga orsaker till interprofessionella svårigheter i vård och omsorgsarbete: a) förlust av tro på organisationen, b) stark anslutning till uniprofessionella kulturer, c) frånvaro av en delad filosofi, d) och en misstro mot ledningens lösningar av problemen. Kommunikations problem kan leda till tvister och till misstro mot den interprofessionella idén (WHO, 2010). Robinson och Cotell (2005) menar att framgångsrikt interprofessionellt samarbete inte bara innefattar att

förbättra samordningen strukturellt, utan också etablera en kultur som övervinner professionellt differentierade attityder.

Vård och omsorgspersonalens förtroende, både gällande sin egen kapacitet och sin yrkesroll, är avgörande för vård och omsorgskvaliteten och bör få mer uppmärksamhet (Nilsson, Lundgren & Furåker, 2009). Tidigare forskning visar vård och omsorgspersonals brist på förtroende för sin egen förmåga samt att tillämpa evidensbaserade resultat i sitt eget dagliga arbete (Gustafsson, Mattson, Dubbelman & Snöljung, 2014). Empowerment (bemyndigande) av vårdpersonalens eget inflytande och engagemang är viktiga faktorer för att skapa god vårdkultur och hög vårdkvalitet (André et al. 2014). Ledarskap spelar därmed också en viktig roll för gemensamt utrymme och strukturer för personalen att kunna agera på ett evidensbaserat sätt (Gustafsson & Stenberg, 2015). Severinsson och Hummelvoll (2001) hävdar att faktorer som bidrar till arbetstillfredsställelse eller missnöje ofta är relaterade till den enskilda vårdarens etiska system, som även påverkar patienternas erhållna vård. En grund för arbetstillfredsställelse är att ha tid att spendera med äldre för att lära känna dem. Trojan och Yonge (1993) visade också i sin forskning att det kan vara mer kostnadseffektivt att spendera tid med patienten, eftersom patienterna kände sig omhändertagna och upplevde en känsla av förtroende vilket kan påverka behovet av ytterligare sjukvård.

2.7 Syfte och hypoteser

Syfte

Forskningsprojektet har avsett utvärdera effekter av intensiv hemrehabilitering genom att mäta multidimensionell hälsa bland äldre personer jämfört med traditionella omsorgsinsatser. Projektet belyser även äldre åersoners perspektiv på den erhållna interventionen samt erfarenheter och upplevelser hos det interprofessionella teamet.

I) Den primära hypotesen var att intensiv hemrehabilitering förbättrar självrapporterad hälsa (fysisk, psykisk, social hälsa och livskvalitet) hos äldre personer mer än traditionell hemtjänst.

II) Den sekundära hypotesen var att intensiv hemrehabilitering förbättrar fysisk aktivitetsförmåga hos äldre personerna mer än traditionell hemtjänst.

III) Den tertiära hypotesen var att intensiv hemrehabilitering minskar antal hemtjänsttimmar för äldre personer mer än traditionell hemtjänst.

Kvalitativa frågeställningar

Vilka upplevelser av omsorgsinsatser i hemmet beskriver deltagarna efter interventionen intensiv hemrehabilitering?

Vilka erfarenheter berättar de multiprofessionella teamet om när det gäller att arbeta med intensiv hemrehabilitering?

3 DESIGN OCH METOD

Den randomiserade kontrollerade interventionsstudien har utöver de kvantitativa mätningarna ett utökat fokus på upplevelsen av interventionen med två kvalitativa datainsamlingar; individuella intervjuer med de äldre samt skriftliga berättelser från personalen i rehabiliteringsteamet. Här nedan redovisas metoderna separerade från varandra.

3.1 Urval och datainsamling för kvantitativa delstudier

Datainsamlingen startade i oktober 2015 med en kvantitativ pilotstudie och 1 januari 2016 startade den randomiserade kontrollerade prövningen (RCT) fullt ut. Insamling av data till den kvantitativa delen av projektet pågick fram till 7 juni 2019 när tillräckligt antal forskningspersoner var inkluderat.

3.1.1 *Inklusions- och exklusionskriterier för den randomiserade kontrollerade prövningen*

Inklusionskriterier var äldre personer (65+ år) som ansökt om omvårdnadsinsatser i den kommunala hemtjänsten i de centrala områdena i Eskilstuna kommun. Ansökan om omvårdnadsinsatser kunde gälla såväl utökning av befintliga insatser såväl som insatser hos någon som inte haft hemtjänst förut. Presumptiva deltagare identifierades av biståndsbedömare (socionom) vid ansökan om hemtjänst, och lottning till interventions- eller kontrollgrupp gjordes innan fråga om deltagande ställdes. Personer med svårigheter att förstå det svenska språket i tal och skrift erbjöds tolk vid informations-, mät- och intervju tillfällen.

Exklusionskriterier var allvarlig kognitiv dysfunktion, livshotande sjukdom, allvarlig psykisk sjukdom eller annan sjukdom/funktionsnedsättning som skulle hindra deltagaren att uttrycka sin vilja.

3.1.2 Intervention

I projektets startskede utbildade forskarteamet på Mälardalens högskola ett nytt IHR-team med undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterska, biståndsbedömare och beteendevetare som internrekryterats av Eskilstuna kommun för just detta. Utbildningen bestod av fyra veckors heltidsstudier i ett nytt sätt att rehabilitera äldre personer som efter en tid på sjukhus behöver hemtjänst för första gången (se bilaga 1. Studiehandedning). Teamet fick bland annat lära sig teori om olika hälsoperspektiv, rehabiliteringsprocessen inkl hur man sätter rehabmål, teamarbete och motiverande samtal.

Den övergripande målsättningen med hemrehabiliteringen i interventionen var att den äldre personen skulle bo kvar hemma och ges möjlighet att återta eller bibehålla funktionsförmåga fysiskt, psykiskt och socialt för att leva självständigt samt ha optimal hälsa och välbefinnande. Interventionsgruppens deltagare bedömdes av teamets biståndshandläggare som tillsammans med teamet och deltagaren satte individuella rehabiliteringsmål och planerade insatserna. Interventionen var avgränsad till maximalt 3 månader och rehabiliteringsteamet arbetade mot de gemensamma individuella målen med brukaren i centrum.

Interventionen gavs av det ovan nämnda interprofessionella teamet på 21 personer bestående av yrkesgrupperna sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, beteendevetare/socionom samt två biståndsbedömare (socionomer). Medlemmar i teamet kunde komma hem till den äldre personen flera gånger om dagen för att jobba med rehabiliteringen tillsammans med den. Brukaren träffade så långt möjligt samma personal genom hela projektiden. Varje brukare hade en kontaktperson med dubbel tid för brukaren jämfört med sedvanlig hemtjänst.

Teamet satt arbetsplatsmässigt nära varandra för att stärka den kontinuerliga kommunikationen. Teamet hade även kontinuerliga arbetsplatsträffar där den äldre personens rehabiliteringsmål och övergripande omsorgsmål samt avslut/överföring diskuterades. Alla individuella mål och insatser dokumenterades.

3.1.3 Kontrollgrupp

De som lottades till kontrollgruppen erhöll hemtjänst och rehabiliteringsinsatser efter behov enligt kommunens tidigare rådande praxis. Detta innebar traditionell bedömning från biståndsbedömare samt att insatser kunde inkludera samma yrkesgrupper som i interventionsteamet beroende på biståndsbedömarens bedömning. Samarbetet yrkesgrupperna emellan följde kommunens fastlagda rutiner.

3.1.4 Pilotstudie och statistisk styrka

Pilottestning av arbetssätt, mätningar och mätinstrument skedde under hösten 2015 med totalt 25 äldre vuxna deltagare, fördelade på 15 i intervention och 10 kontroller. Den genomförda pilotstudien visade en medelstor effektstorlek (Cohens $d = 0,46$) för globalskattning av livskvalitet i interventionens favör, vilket konservativt uttolkat tydde på minst 98 personer per grupp, alltså ett totalt stickprov på 200 personer baserat på $\alpha = 0,05$ med 80% power. Hänsyn togs till ett uppskattat bortfall på 20% baserat på tidigare interventionsstudier inom svensk kommunal hemtjänst (se Halvarsson m.fl 2012; Zidén, m.fl 2013). Totalt blev därför målet att inkludera 240 personer i RCT-studien.

3.1.5 Datainsamling

Kvantitativa data samlades in vid tre olika tillfällen. Det första, förmätning vid baslinje, i samband med inklusion (biståndsbedömning). Det andra, eftermätning, efter avslutad intensiv hemrehabilitering (3 månader efter förmätning för kontrollgruppen). Det tredje, uppföljningsmätning, 3 månader efter avslutad intervention (3 månader efter eftermätning för kontrollgruppen). Särskilt tränade assistenter som inte var involverade i deltagarnas rehabilitering administrerade datainsamlingen i form av enkäter och fysiska tester. Antal hemtjänststimmar som respektive grupp erhöll inhämtades via kommunens databas.

3.1.6 Primära effektmått

Självskattad hälsorelaterad livskvalitet inom hälsodimensionerna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet mättes med EQ-5D-5L (Herdman m.fl., 2011; Brooks & The Euroqol group, 1996). Det är en utveckling av det välbeprövade EQ-5D. Syftet med EQ-5D-5L är att vara mer känsligt för förändring än sin föregångare. För varje hälsodimension får den äldre indikera om den har inga, lätta, måttliga, svåra eller extrema problem inom just den dimensionen. Instrumentet innehåller också en global skattning av generell hälsa.

Deltagarnas egen uppfattning om sin hälsa baserat på Nordenfelts (2004) teori om hälsa mättes med Health as Ability of Acting (HACT; Snellman m.fl., 2011). Fokus ligger på deltagarens förmåga och intention att nå vitala livsmål inom områdena livsstil, vardagsliv, relationer till familj el. nära vänner, relationer till bekanta, huvudsaklig daglig sysselsättning, fritidsaktiviteter och kulturintressen. HACT innehåller också en globalskattning av generell livstillfredsställelse, som görs på en VAS-skala.

Psykiskt välbefinnande speglades med en förkortad version av the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Evans, m.fl., 2002), som heter General Population (GP)-CORE (Sinclair m.fl. 2005). Genom att CORE-OM fanns översatt till

svenska (Elfström m.fl., 2013), kunde en svensk version av GP-CORE skapas. GP-CORE speglar välbefinnande på ett brett sätt med 14 påståenden som är speciellt valda för att accepteras av personer i grupper som inte har kontakt med psykiatriska vårdinstanser. Påståendena tar upp subjektivt välbefinnande, emotionella problem och tillfredsställelse med social funktionsförmåga.

3.1.7 Sekundära effektmått

Aktivitetsutförande skattades med Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al., 1990). I COPM får den äldre under en intervju ange betydelsefulla aktiviteter när det gäller dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Den äldre får sedan skatta sin kapacitet att utföra de mest betydelsefulla aktiviteterna, samt hur tillfredsställd den äldre är med sitt utförande av dem.

Fysisk aktivitetsförmåga mättes för nedre extremiteter med Short Physical Performance Battery (SPPB; Ostir m.fl 2002) och för övre extremiteter med ett handdynamometertest (Mathiowetz m.fl 1985) av märket Jamar.

3.1.8 Tertiärt effektmått

Antal hemtjänsttimmar som respektive grupp erhöll inhämtades via kommunens databas.

3.1.9 Bakgrundsförhållanden

Deltagarna fick vid förmätningen uppge bakgrundskaraktäristika avseende ålder, kön, om de var sammanboende, utbildningsnivå, om de hade sjukdomsdiagnoser och om de medicinerade. Det noterades även huruvida omsorgsinsats söktes för första gången eller om det gällde utökad insats samt om tolk användes vid mätningen.

3.2 Urval och datainsamling för kvalitativa delstudier

Kvalitativa data och urval av deltagare i de kvalitativa intervjuerna gjordes med hjälp av förfrågan till första årets deltagare vid uppföljningen av interventionen fram till att 25 av dessa äldre tackat ja till intervju. Intervjuerna genomfördes av fyra medlemmar av

forskargruppen ungefär 3–6 veckor efter interventionsperioden i valbar lokal men samtliga valde att bli intervjuade i sitt hem. Intervjuerna utfördes i form av intervjuer med semistrukturerade frågor som varade från 25 till 75 minuter beroende på den äldre personens förmåga att berätta om sin förståelse av fenomenen som söktes. Öppningsfrågan löd - Hur uppfattade du det interprofessionella teamet? Vilka var deras viktigaste färdigheter enligt dig? Följt av - Ge exempel på situationer när du uppfattar att du blev gott bemött eller behandlad på ett sätt som främjade din rehabilitering. De transkriberade intervjuerna analyseras med fenomenografi, fenomenologisk-hermeneutisk metod respektive innehållsanalys.

Under samma tidsperiod bjöds rehabiliteringsteamets (samtliga som arbetar i det multiprofessionella teamet =21 personer) in att beskriva sina erfarenheter via skrivna berättelser (narrativs) där 16 valde att delta. Rehabiliteringsteamets skrivna berättelser har sedan analyserats med fenomenologisk-hermeneutisk metod.

3.3 Forskningsetik

Informerat samtycke har inhämtas både muntligen och skriftligen, dels för deltagande i den randomiserade kontrollerade prövningen, och på nytt för dem som tackat ja till att intervjuas muntligt i samband med förfrågan via telefon innan tid för möjlig intervju diskuterats. Även IHR-teamet har givit sitt samtycke skriftligen innan datainsamlingen påbörjats. EPN i Uppsala har godkänt etikansökan där samtliga procedurer beskrivits, med stöd av (6 §, 2003:460) etikprövning som avser människor, Dnr 2015/350.

4 DELSTUDIE 1A

Intervjustudien med äldre personer som deltog i interventionen innehåller två publicerade artiklar delstudie 1 a och b. Den första artikeln (1a) som publicerades var "Bäst passande" vård och omsorgsattribut hos det interprofessionella teamet under IHR-processen: Äldre människors uppfattning. Det interprofessionella teamet erbjuder rehabiliterande insatser, omvårdnad och omsorg i dagliga aktiviteter för äldre personer som bor i eget boende.

Denna studie fokuserar på rehabilitering, vård och omsorgsförmågahos teamet, som omfattar olika yrken och personalkategorier.

4.1 Analys delstudie 1A

Den fenomenografiska analysen av intervjuerna genomfördes i enighet med Phil, Fridlund och Martenssons (2011) beskrivningar av sju fenomenografiska steg som upprepades flera gånger och diskuterades i forskningsgruppen före analysen bedömdes som tillfredsställande: (a) Bekanta sig med texten som lästes upprepade gånger, (b) Kondensering, identifiering av viktiga uttalanden som representerar de äldre personernas uppfattningar om fenomenet (i detta fall, multiprofessionellt teams vårdande förmåga som framgångsfaktorer för deras rehabilitering. (d) Gruppering, likheter i uttalandena grupperades tillsammans (till exempel som uttryck för gemenskap eller uppmuntran), (e) Artikulering, en första essensbeskrivning skapades, (f) Etikettering, i relation till det fenomen som referentiella aspekterna belyser. Dessa ska förstås härledda från en intern horisont, det vill säga fenomenens inre betydelse (Larsson & Holmström, 2007) och strukturella aspekter härledda från en extern horisont som är, hur fenomenet visar sig, (g) Kontrasterande och jämförelse av likheter och skillnader i variationer av aspekterna.

4.2 Resultat delstudie 1A

Analysen avslöjade fyra huvudsakliga referentiella aspekter av multiprofessionella teamets vårdande attribut vilka visade sig som framgångsfaktorer och därmed hälsostöd i det kortsiktiga målinriktade rehabilitering för de äldre, nämligen: (a) en motiverande vårdare, (b) en stämningsskapande vårdare, (c) en medmänsklig vårdare, (d) en vårdare som går utöver det förväntade.

En motiverande vårdare

Denna aspekt fokuserar på hur de äldre personerna uppfattade vårdarens sätt att hjälpa dem på olika sätt att skapa motivation, som framgångsfaktorer för hälsostöd. Allt från de äldre personernas syn och tro på den vårdarens karaktär, till känslan av att skapa något tillsammans genom att vårdaren litade på de äldre personens kapacitet. Som strukturella aspekter härledda till detta beskrev de äldre vårdarens attribut som att vara positiv som person, att kunna driva frammåt och vara att vara uppmuntrande.

Att vara positiv som person

Det fanns uppfattningar hos de flesta av de äldre personerna att vårdarna utstrålade glädje och positivitet. "*Bara att de alltid var så positiva... Jag tyckte att de var fantastiska.*" Detta gjorde det lättare att se positivt på rehabiliteringsmålen. Också när vårdarna utstrålade att de såg positivt på sig själva och att de utstrålade arbetstillfredsställelse gav det en positiv känsla hos

de äldre. Den positiva andan ledde också till glädje i en mängd IHR- aktiviteter. En av de äldre personerna uttryckte detta såhär: *”Då sa hon det - I dag... Jag bjuder dig på kaffe i köpcentret. Det är inte långt bort så vi klarar nog att gå dit! Så hon bjöd mig på kaffe och hon (vårdaren) var så positiv och verkade lycklig.”*

Att kunna driva framåt

De äldre personerna uppfattade att de professionella vårdarna var drivande. De uppfattades som drivna ur en motivation och tro på sitt jobb samt aktivitetsmålen de gemensamt satt upp tillsammans med de äldre. De äldre personerna såg denna aspekt inom i princip allt som gjordes. Det fanns en rehabiliteringsperspektiv i allt. Vårdarna förstod att skjuta på gränserna hela tiden, även om de var lyhörda för hur mycket den äldre kunde hantera. En äldre kvinna beskrev detta: *”Men de gjorde det på ett sätt så jag var tvungen att försöka göra saker. De sa - Tror du att du kan göra det här själv? Och så vidare. Så att de låter mig försöka och så de trodde att jag skulle lyckas med vissa saker själv... men inte allt.”*

Att vara uppmuntrande

Inom denna strukturella aspekt, visades uppfattningen att vårdaren uppmuntrade den äldre personen på ett sätt så hon upplevde sig själv som starkare och mer kapabel. Uppmuntran ledde till en bredare självkänsla hos den äldre, vilken ofta upplevdes som förlorad under en period av sjukdom eller skada. Det kunde beskrivas så här: *”Ja, de försökte få mig att göra saker själv och påtalade att jag inte skulle känna mig deprimerad om det inte gick bra.- Ja, jag skulle gärna hjälpa dig, sa de. Men vi kommer inte det. Du gör det själv. Deras fingrar var knutna bakom ryggen, sa de.”* Denna aspekt var också baserad på en tro, men mer en tro på den äldre personens förmåga och potential än en tro på rehabiliteringstekniken.

En stämningsskapande vårdare

Denna referentiella aspekt fokuserar på hur de äldre personerna uppfattade olika typer av stämning skapad av vårdarna med ett spektra från den professionella vårdgivarens karisma av mjukhet till skapandet av gemensam jämn takt. Stämningen sträckte sig mellan individens utstrålning, till känsligheten för rytmen. Strukturella aspekter härledda var följande: Att vara lättillgänglig, att inte vara stressad och känslighet för den gemensamma rytmen.

Att vara lättillgänglig

En vanlig uppfattning bland de äldre personerna var att den mjuka stämningen skapades av proffsen vårdgivare var hälsostödande. Deltagarna var angelägna om att betona att hårda ord eller okänsliga påståenden ansågs vara icke-stödande i rehabiliteringprocessen. Mjukhet som

en framgångsfaktor för hälsostöd arbetade för att låta den äldre få modet att växa. En av deltagarna uttryckte det så här:

De kanske inte är stöddiga, som -Här jag kommer! De borde vara så att du kan prata med dem. Så du vågar fråga dem. Det är det som är viktigt. Det finns en lite skillnad mellan IHR teamet och den vanliga hemtjänsten, vilket är så svårt! Det finns inget mjukt där.

Att inte vara stressad

Vårdarna uppfattades skapa en atmosfär där det inte var så bråttom. Vilket gjorde att den äldre personen hade tid att assimilera, göra allt till sitt eget och använda den rehabiliterande approachen själv, även när de vårdarna hade lämnat för dagen. Detta fick de äldre personerna att känna sig nöjda även över mycket små framgångar de gjort. Tiden sågs också som en förutsättning för trygghet, säkerhet, både fysiskt och psykologiskt, vilket kunde beskrivas så här: *”Åh, de var aldrig omöjliga. De hade tid att vara med när man tränade och sedan hjälpte de en till att träna vidare. De såg till att det gjordes rätt och tryggt.”*

Känslighet för den gemensamma rytmen

Det var en uppenbar uppfattning att vårdarens förmåga att vara känslig för den gemensamma rytmen var hälsostödjande. Det var viktigt att vårdgivaren väntade på den äldre personen att följa henne, både när det kom till förståelse och när det kom till rent fysiska utmaningar. En av deltagarna förklarade det så här: *”De lyssnade bra på människor och frågade om det var det tillräckligt eller utrymme för mer.”* Vårdarens känslighet för den gemensamma rytmen var också synlig i förhållande till det specifika med att bedriva professionell rehabilitering, vårdoch omsorg i någon annans hem. Samma äldre kvinna sa: *”Man måste tänka på hur man biter dig, att man är gäst när man kommer hem till någon. Du kan inte bara gå på som en militär och ge order.”*

En medmänsklig vårdare

Denna referentiella aspekt fokuserar på vårdarens sätt att behandla personen med värdighet som medmänniska med lika värde. Detta verkade vara viktigt som en framgångsfaktor för hälsostöd i rehabiliteringprocessen. Aspekter härledda här var: Att vara som vanliga människor, vara mer bekant, personlig och visa sitt privata jag.

Att vara som vanliga människor

Det ansågs viktigt att vårdarna uppförde sig som vanliga människor och att de inte behandlade de äldre som mindre vetande eller som barn bara för att de behövde rehabilitering. *”När de*

pratar och agerar som de är vanligtvis. . . som vanligt. Bra kontakt så att vi kan prata om vad som helst, vad vi vill och så vidare. Jag tycker att de borde vara som vanliga människor". Att möta vårdare som först och främst kunde visa sig som vanliga människor med svagheter och brister visade sig som viktigt. På något sätt var detta upplevt som ännu viktigare nu när teamet kom hem till de äldre och inte gav sin rehabilitering på en institution.

Att vara mer som en bekant

Gemensamma uppfattningar om att det behövdes en mer bekant atmosfär i rehabiliteringsprocessen, för att göra den bra, blev synliga. *"Det blev lite mer. . . familjeliknande kan man säga".* Att släppa in människor i sitt hem och låta dem komma nära både fysiskt och känslomässigt upplevdes förutsätta en mer familjär stämning än vad som är normalt på ett sjukhusavdelning.

Personligt - och visa sitt privata jag

Det fanns uppfattningar som drog det ännu längre och menade att det var det önskvärt att den professionella vårdgivaren delade sitt privata jag i förhållande till de personer de kommer hem till. *"Vi kunde utbyta några meningar om väder och om deras situation ibland och så. Jag kände en ömsesidighet. Inte bara den som hjälper utan också den som konsumerar hjälp är i fokus och vice versa."*

Deltagarna tyckte att förhållandet där de lärde känna vårdarnas situation och både privata och personliga tankar var hälsostödjande.

Ja, och hon var så trevlig. Ja, hon sa till mig att hon skulle göra det utbildade sig själv, eftersom hon ville jobba mer så här. Och till slut var hon här och skulle säga adjö till mig, och hon grät och jag grät.

Denna professionella vårdares förhållningssätt att behandla personer med värdighet och som människor med lika värde som de själva visades på olika sätt. Från att dela enkla uppfattningar om det dagliga livet till mer djupt mänskliga och känslomässiga uttryck.

En vårdare som går över det förväntade

Fokus här var på de professionella vårdgivarna bra avsikter och en önskan att göra bra för en annan människa vara, men också ett sätt att visa vördnad för den andra person. Det visade också önskan och tilltro till metoden de var engagerade i den kortsiktiga målstyrda rehabilitering. De härledda aspekterna var följande: Att kunna vara flexibel, att ställa upp för den äldre personen och att göra det lilla extra.

Att kunna vara flexibel

Det upplevdes viktigt att vårdare kan vara flexibla i förhållande till den äldre personens behov. Att de är uppfinningsrika och verkligen försöka få saker och ting att fungera på bästa sätt. Detta kan inkludera att snabbt ändra på rutiner om det inte var passande just den dagen, en ansträngning till förmån för det absolut bästa för den äldre personen. *”Om man hade glömt något så kunde de alltid fixa det och de gick ärendet, gjorde ärenden och så vidare. Ingenting var skrivet i sten. De hade hela tiden utrymme och flexibilitet.”*

Att stå upp för den äldre personen

Att stå upp för den äldre personen i olika situationer betyder att tala för den äldre personens fria vilja och intressen. Detta inkluderar att vara ansvarig för en vård som skyddar den äldres rättigheter både mot andra och i den kommunala hierarkin. Står upp för den äldre uppfattades också som skyddande från det som den äldre inte kunde hantera.

De stod upp för mig ! De har alltid undrat hur jag vill ha det. - Och det är du som bestämmer, jag har hört så många gånger. -Nej, du bestämmer, så gör vi det du vill. Så de har de varit mycket tillmötesgående och angelägna om att jag har det enligt min egen vilja.

Göra det lilla extra

Denna uppfattning visar hur äldre personerna längtade efter vårdares utstrålning att de var inte bara där för sin lön utan för de brydde sig verkligen om personerna som människor. Detta attribut visades i interventionen av vårdarna som att de gör något de inte gjorde måste göra eller göra förväntades. Inte heller bara det som ingår i deras yrkesskyldighet. *”Åh, de var aldrig omöjliga. . . De gjorde dessa små fina. . . extra grejer. . utan att jag behövde fråga. Och jag är mycket positiv till den där”.*

Slutsatser och relevans för praxis

Sammantaget fokuserar denna studie på vilka framgångsfaktorer för hälsostöd äldre personer har uppfattat i sammanhanget kortsiktigt målstyrd hemrehabilitering. Dessa artikulerade vårdande attribut kan också ses som kärnkompetenser inom omvårdnad i hemvårdskontext. Studien berör det växande sammanhanget vård och omsorg i hemmet vilket innebär att detta är ett viktigt område som bör lyftas inför professionella vårdgivare liksom vård och omsorgschefer osv. eftersom kortvarig målstyrd rehabilitering ser ut att kunna bidra till förbättrad vård och omsorg för äldre människors återhämtning och återtagen självständighet i sitt dagliga liv. I linje med evidensbaserad praxis, hävdar vi att äldre personers uppfattning av vad "bäst passande" vårdande attribut hos det interprofessionella teamet under den IHR-processen är, måste respekteras och lyftas fram ute i verksamheter. Detta arbetssätt bör också

vara i fokus inte bara för omvårdnad utan också för fysioterapi, arbetsterapi och socialt arbete både i klinisk praxis såväl som i akademien och i utbildning på alla nivåer.

5 DELSTUDIE 1B

Den andra artikeln (b) som publicerades utifrån intervjuer heter Äldre personers upplevelser av intensiv hemrehabilitering. "Att behandlas som en vuxen och be om vad jag vill och hur jag vill ha det"

5.1 Analys delstudie 1B

Kvalitativ innehållsanalys av meningsbärande enheter relaterade till syftet abstraherades till tabellform. Syftet var att utforska deltagarnas beskrivningar av interaktionsbehov relaterade till autonomi i livet samt betydelsen av närstående i rehabiliteringsprocessen. Från de abstraherade tabellerna identifierades preliminära subteman som kondenserades i huvudteman. Tabellerna med citat från varje intervju underlättar analysen av data och jämförelserna av innehållet i transkriptionerna och de övergripande teman utvecklades kontinuerligt medan analysen fortskred och manuskriptet påbörjades. Under dessa analyser diskuterade forskargruppen ytterligare tolkningarna. Analyserna kombinerar således det manifesta innehållet med hermeneutiska tolkningar, kända som latent kvalitativa innehållsanalyser (Graneheim et al., 2017).

5.2 Resultat delstudie 1B

Även om syftet var att utforska äldre personers beskrivningar av behov och interaktioner relaterade till autonomi i livet efter interventionen, visade svaren variationer. Medan några av kvinnorna pratade specifikt om personalens professionalism och deras stöd för i rehabiliteringen, hade några av deltagarna svårigheter att känna igen specifika situationer som ingick i IHR-interventionen. Deltagarna föredrog att prata om vad som gav livet mening, till exempel relationer. Baserat på kvinnornas beskrivningar av vardagliga relationer hittades tre teman:

- Övergångsrelationer med interprofessionell personal
- Stabila relationer med grannar, släktingar och nära och kära
- Acceptans av åldrande och döden som en naturlig del av livsförloppet

När vi undersökte deltagarnas beskrivningar av vad de inkluderar i sin rehabiliteringsprocess fann vi att de talade om behovet av självständighet i vardagen och vikten av att kunna fortsätta leva hemma. Allvarliga bekymmer rörde autonomi när det gäller att hantera egenvård, shopping, trappor och tunga dörrar som att upprätthålla tillgänglighet och att kunna bo kvar i sin bostad samt att hitta sätt att komma ut och få frisk luft. Vardagliga nöjen inkluderade återkommande eller dagliga samtal med grannar och släktingar. Dessutom kan en hund för vissa ses som en bästa vän. Dagliga nöjen var att laga mat till sig själv eller andra samt att bli bjuden på mat eller kaffe och att kunna gå ut helst i sällskap med andra.

Övergångsrelationer med interprofessionell personal

Att vara oberoende och kunna hantera det dagliga livet var det övergripande målet för både det interprofessionella teamet och användarna, även om de förhandlade rehabiliteringsmålen var direkt anpassade för varje kvinna. Den maximala tiden för IHR-interventionen var tre månader, men om en person hade uppnått sina mål kunde rehabiliteringen bli kortare. Svea (90) blev besviken eftersom hon hade räknat med att få hjälp från teamet i tre månader men på grund av sin snabba återhämtning slutade interventionen tidigare.

Avsikten med interventionen var att skraddarsy rehabiliteringsmålen efter fysiska funktionshinder och sociala behov och önskemål. Gerdas (81) rehabiliteringsmål var att förbättra sin förmåga att gå och att använda trappor. Men hon skulle ha velat mer kommunikation snarare än att fokusera på fysisk träning, eftersom hon kunde träna på egen hand, men kände sig ensam och skulle ha föredragit att få stöd i att komma ut och gå promenader. Ibland var emellertid ett rehabiliteringsmål en perfekt match och överlappade med andra önsknings. Till exempel när Malva (82) önskemål och sociala behov var att besöka sin mans grav, vilket gjorde henne särskilt angelägen om att öva på promenader. Carmen (75) fick stöd för att delta i sociala aktiviteter av äldreкураторn i teamet där hon lyckades träffa nya vänner och bli mer integrerad socialt, även om detta inte direkt formulerades i hennes rehabiliteringsmål.

Stabila relationer med grannar, släktingar och nära och kära

Flera intervjuade beskrev hur de ringde släktingar regelbundet ibland även en eller två gånger om dagen. Telefonsamtal var som möten ansikte mot ansikte. En kvinna berättade om hur hennes syster hade dött och hur hon och brorsdottern nu fortsatte de telefonsamtal som systrarna tidigare hade. Malva (82) behöll också sin koppling till det förflutna genom att återkommande använda uttalanden från föräldrar och morföräldrar, som om de fortfarande var närvarande i hennes livet. Hon berättade exempelvis hur hennes mamma alltid sa: *"Lycka är att stå upp på morgonen"* och den inställningen till livet behöll hon själv också.

Doris (89) förklarade att hon hade växt upp hos sina morföräldrar, vilket var normalt för barn till ensamstående mödrar i Sverige för ett sekel sedan. Hon använde fortfarande sin farfars sedelärande ord: *"Du borde inte ha bråttom när kvällen kommer"*, och denna strategi gav henne vägledning i livet. En annan kvinna beskrev hur hon var hemsöktes av sin döde

makes aggressiva och hotfulla ord, särskilt vid sänggåendet, vilket gjorde det svårt att somna: detta visar hur den inre världen också kan ha ett negativt inflytande. Siv (87) beskrev en komplex situation med svårigheter att gå på egen hand, hon hade synproblem och fortfarande ta hand om sin demente man. När hon var på sjukhuset tog en av hennes grannar hand om mannen. Siv tyckte att livet var svårt och höll de flesta av sina melankoliska tankar för sig själv, men hon hanterade situationen genom en stödjande granne.

Flera av kvinnorna hade bott i samma lägenhet i många år och värdesatte att umgås med grannar dagligen eller veckovis genom att mötas på morgonkaffe eller eftermiddagste eller att dela dagstidningar. Att vara förankrad på samma plats är något som dessa kvinnor i en högre ålder värderade högt. Många av dem tog också upp oro över att inte kunna behålla sin lägenhet om de inte längre skulle kunna öppna tunga dörrar eller gå uppför trappan. Social integration med grannarna var viktig för struktur, säkerhet, tillfredsställelse och livsglädje. Grannars närvaro gav en känsla av tillhörighet, men också säkerhet när det gäller att lita på att någon finns där. Flera av kvinnorna berättade hur grannarna hjälpte till när olyckan inträffade, den som ledde till behovet av sjukhusvård.

Acceptans av åldrande och döden som en naturlig del av livsförloppet

Oro för framtiden och att inte vilja vara beroende av andra, att tvingas flytta eller rädsla för att behöva stanna i sängen. Ruth (87) berättade att hon var rädd för att bli sängliggande som hennes pappa blev innan han dog. Hon oroade sig också för att inte klara trappor, tunga källardörrar och inte kunna behålla sin älskade hund. De existensiella frågorna talades om i intervjuerna på olika sätt. Vissa, som Ruth (87), gav ett enkelt svar att hon tänker på döden, "någon gång varje dag".

Intervjuare: Något speciellt som du tänker på då? Ruth: Nej, det är inte så. Det är väl att du inte vill försvinna. Du vill vara med i spelet ... Och jag är så tacksam så länge vi kan vara tillsammans, ja, ja

Ruth berättar kärleksfullt om sin familj, att även om de inte kan göra något åt hennes hälsotillstånd, känns det bättre när hon kan prata med dem om det. "Intervjuare: Är det oro över vad som kommer att hända eller vad? Ruth: Ja, ja. Jag vill vara i (med dem) ... tills slutet (skratt). För Ruth är den existentiella hälsan sammanflätad i hennes relation till sin familj: barnbarn, barn och make. Att vara tillsammans, att vara släkt, att vara sammankopplad med livet är centralt i hennes liv. Hon lever med att veta att döden kan komma när som helst på grund av hennes hjärtsvikt, men hon kan också leva längre. Ensamhet nämns inte, men tanken på döden kan beskrivas som rädsla för fullständig ensamhet - att bli avskuren. Och det är framförallt relaterat till hennes starka vilja att vara i livet tillsammans med sin familj. I andra intervjuer beskrevs ensamhet också indirekt: förlusten av vänner, och nära och kära, förlust av förmåga att resa ... förlust av saker och aktiviteter att längta efter. Helhetsintrycket från intervjuerna var att de i mer eller mindre grad accepterade sitt åldrande. Att inte vilja vara en börda för familjen i slutet av livet nämndes uttryckligen av några.

Hilda (83) beskriver döden som en ”naturlig avresa” och att hon vill fortsätta bo hemma till slutet. En annan existentiell nyans som uttrycktes handlade om att inte ha styrkan att göra saker hon brukade gilla, till exempel baka bullar: efter att ha tappat lusten att göra det, gjorde hon det fortfarande för sina barnbarns skull. Detta är ett annat sätt att prata om vikten av familjereaktioner: att behövas. Ännu en aspekt av att bli äldre är acceptans av ens begränsningar.

Slutsatser och relevans för praxis

Intensiv hemrehabilitering behöver för vissa deltagare utvecklas genom att lägga till uppföljningskontakter för dem som inte har tillräckligt med motivation för att själva fortsätta sina övningar framkom i vår studie som även påpekats i tidigare studie (Hjelle m.fl., 2017). Från vår studie kom ett något annat perspektiv fram, eftersom några av våra deltagare var upprörda av den enorma skillnaden mellan den intensiva kontakten med teamet, till övergången och tomheten när tiden för interventionen var slut. I framtida forskning och praktik kan det interprofessionella teamet behöva undersöka mer ingående vilka individer som skulle ha mest nytta av uppföljningskontakter efter rehabiliteringsprocessen. En annan svårighet som de intervjuade tog upp var att matcha teamets rehabiliteringsmål med sitt eget mål. Några av deltagarna som fick IHR förstod inte vad de skulle förvänta sig av interventionen. Osäkerheten från några av deltagarna belyser behovet av att teamet ska vara mer fantasifullt när det gäller att hjälpa människor att uppnå vad de verkligen vill uppnå och att chansen att få kommunicera med andra där personal kan utgöra modeller i så kallade övergångsrelationer kan vara av minst lika stor betydelse som fysisk träning.

6 DELSTUDIE 2

Den andra artikeln som publicerades var "Betydelsen av att arbeta med intensivmålorienterad rehabilitering för äldre personer: Erfarenheter från ett interprofessionellt team." Denna studie fokuserar därmed innebörden av att arbeta med IHR av äldre personer utifrån det interprofessionella teamets perspektiv.

6.1 Datainsamling delstudie 2

Det interprofessionella teamet som deltog i IHR-projektet bestod av en sjuksköterska och 13 undersköterskor, tre arbetsterapeuter, två fysioterapeuter och en socialarbetare (20 teammedlemmar) som inbjöds via ett missivbrev vilket skickades via e-post efter godkännande från chefsadministrationen i kommunen. Personalen internrekryterades av

vård och omsorgsförvaltningen för att arbeta heltid med interventionen i IHR-projektet under två år. De hade tidigare varit anställda i vanliga hemtjänstområden i samma kommun. Innan IHR-projektets intervention trädde i kraft utbildades alla teammedlemmar vid Mälardalebns högskola under en månad för att skapa teamsamarbete, för att förbättra det teoretiska ramverket för hälsa, erhalla ett gemensamt rehabiliterande tillvägagångssätt och för att uppmuntra ömsesidiga arbetsmål för den planerade personcentrerade interventionen. Data för den aktuella studien samlades in genom att skicka ett brev via e-post till all personal i IHR-teamet. I missivbrevet uppgavs att forskningsdeltagandet var på frivillig basis. De som gick med på att delta deltog genom att fortsätta besvara de demografiska och öppna frågorna. Huvudfrågan var: -Kan du berätta om din erfarenhet av att arbeta med intensiv hemrehabilitering med äldre inom ramen för detta IHR-projekt? Efter två påminnelser, hade alla inbjudna medarbetare (20) e-postmeddelanden till oss med sin skriftliga berättelse i en bifogad word-fil.

6.2 Analys delstudie 2

Ett fenomenologiskt-hermeneutiskt tillvägagångssätt, inspirerat av Ricoeurs filosofi (1976, 1995), användes för att öppna upp nya förståelser för betydelsen av att arbeta med IHR för äldre personer. Den fenomenologiskt-hermeneutiska analysen utfördes enligt Linseth och Norberg (2004) enligt följande: (a) Naiv läsning av texten som helhet och initial beskrivning som en första spontan gissning av den gemensamma betydelsen - naiv tolkning, som i nästa steg validerades genom strukturanalys. Strukturanalys är ett sätt att identifiera teman i texten och namnge dem på ett sätt som belyser betydelsen. (b) Texten delades upp i meningsenheter som innehöll en eller flera textstycken med en gemensam betydelse. Meningsenheterna kondenserades sedan, benämndes och dekontekstualiserades (i enighet med Johansson, et.al., 2010) och delades in i under teman som belyser olika aspekter av huvudtema vilka formulerades som en bredare förståelse av betydelsen kopplad till syftet i texten. (c) Sedan beskrevs en omfattande förståelse efter att breddat och fördjupat förståelsen genom ny läsning av texten. Denna inkluderade den naiva tolkningen och strukturanalysen, tillsammans med litteratur och tidigare forskning. Denna omkontekstualisering av texten erbjöd en konfrontation av olika förståelser och dialektisk tolkning för att främja en djupare förståelse av betydelsen av att arbeta med intensiv hemrehabilitering med äldre personer som upplevs av ett interprofessionellt team.

6.3 Resultat delstudie 2

Personalen i det tvärvetenskapliga teamet som arbetar med intensiv rehabilitering i hemvård beskrev sina erfarenheter, ambitioner och motiv för att utföra rehabiliteringsarbetet.

Resultaten presenteras en specifik ordning som följer de beskrivna metodologiska faserna inom fenomenologisk hermeneutik för att göra tolkningsprocessen så synlig som möjligt.

Naiv förståelse: Följande naiva förståelse visade sig efter den naiva ursprungliga läsningen. Innebörden av att arbeta med intensiv hemrehabilitering med äldre personer som det upplevs av ett interprofessionellt team innebär skapandet av ett tillförlitligt förhållande till den äldre personen som innehåller den äldre personens bemyndigade delaktighet. Rehabilitering ges av ett team med en förhandlad strategi, den har tydliga mål och inkluderar tid för den äldre att växa.

I strukturanalysen: Fyra huvudsakliga tematiska strukturer identifierades i berättelserna som kännetecknade betydelsen av att arbeta med intensiv hemrehabilitering för äldre personer upplevt av ett interprofessionellt team: 1) Tillförlitligt förhållande; inklusive följande aspekter: Förtroende mellan den äldre personen och personalen, en känsla av säkerhet och kontinuitet 2) Empowerment - maktfördelning, inklusive följande aspekter: Lyssna på den äldre personens önskemål och sätta den äldre i kontroll 3) Team med förhandlande tillvägagångssätt, inklusive följande aspekter: Närhet, samma riktning och lärande av interprofessionell dialog 4) Tid för de äldre att växa, med aspekterna: Skapa harmoni och bygga förtroende. (Se tabell 2)

Pålitlig relation

Förhållandet till den äldre personen, enligt teammedlemmarna, kännetecknades av förtroende, säkerhet och kontinuitet. Personalen betonade att skapandet av en pålitlig, pålitlig och kontinuerlig relation underlättade det teambaserade rehabiliteringsarbetet.

Förtroende mellan äldre och personal

Teammedlemmarna jämförde intensiv rehabiliteringsinriktad hemvård med traditionell hemvård och beskrev vikten av att utveckla pålitliga relationer med både äldre och nära anhöriga. Teamet skapade en ganska nära koppling till både den äldre som fick IHR och deras make eller engagerade släktingar, beroende på antalet dagliga besök. Graden av förtroende som den äldre hade till teammedlemmarna gav dem tillräcklig kraft att ta hand om den äldre personens intressen. En teammedlem uttryckte förtroendet mellan äldre och personal såhär:

Få antal vårdare med hög kontinuitet gör att vi snabbt bygger upp ett ömsesidigt förtroende och en pålitlig relation till både äldre och deras nära anhöriga. Vi bygger sedan upp ett förtroende som gör att den äldre förlitar sig på oss snabbare än vanlig hemvårdspersonal. En tillförlitlig relation med förtroende skapas sedan.

En känsla av trygghet

Teammedlemmar upplevde att de äldre personerna kunde få en känsla av trygghet eftersom teamet hade möjlighet att verkligen lyssna på ett sätt som sällan äger rum i traditionell hemvård. Teamet kan vara där för den äldre på ett lugnt sätt och ta sig tid att träna specifika färdigheter, utan att skrämma eller pressa den äldre personen för mycket. Det kunde dock fortfarande finnas en risk att personen kunde uppleva stress kring rörelser som pressades fram som de inte var redo för. En i teamet skrev om detta: ”Jag tror att vi upplevs som lugnare och säkrare, vi lyssnar och har tid att sitta ner.”

Teammedlemmarna beskrev att det kändes bra att kunna lova att den äldre personen kunde vända sig till dem igen om något misslyckades eller upplevdes som oklart. Personalens säkerhet när de visste att de skulle få tid att tillgodose de äldres behov verkade överföras till de äldre personerna så att de kunde känna sig trygga och säkra. ”Jag skapar en känsla av trygghet relaterad till den äldre personen. Han eller hon vet att de kan vända sig till mig om de undrar om något.”

KontinuitetEftersom teamet arbetade med färre äldre personer fick de fler hemvårdstimmar avsatt till varje person. Implementeringen av IHR resulterade i att personalkontinuiteten var mycket högre än bland vanlig hemvård. Kontinuerliga besök hos samma äldre person beskrevs som bra förutsättningar för att skapa en terapeutisk vårdande relation och för att kunna fokusera vid olika nivåer i den äldres dagliga liv. Att arbeta med en mindre grupp äldre gav möjligheter att skapa en tillitsfull relation och möjligheten att arbeta på olika nivåer i personens liv. Genom att genomföra kontinuerliga besök hade man förutsättningarna för att skapa en bra relation och som ett resultat möjligheten att följa upp i tid, justera och ändra vid behov. Att få träffa samma äldre hemma upprepade gånger gav en möjlighet att följa upp och justera de specifika rehabiliteringsmålen och anpassa aktiviteterna för att nå dessa mål. Ge möjlighet att skraddarsy vården till de lämpligaste aktiviteterna för den specifika personen.

Egenmakt/empowerment (**empowered participation**) I relation till rehabiliteringsprocessen betonade teamet behovet av att den äldre personen ska vara engagerad och bemyndigad i henne eller hans deltagande. Egenmakt/empowerment skapades genom att lyssna på personens önskemål och ge personen makt över mål i rehabiliteringsprocessen och aktiviteter att nå dessa mål.

Lyssna på den äldres önskningar

Personalen beskrev behovet av att lyssna på den äldres egna önskemål att ta reda på dennes behov och önskemål. I traditionell vård och omsorg i hemmet är det gruppledaren eller biståndsbedömarna som fattar beslut för personens räkning och styr personalens aktiviteter. Enligt deras beskrivningar kände personalen ofta att de inte hade någon kontroll över sitt arbete under sådana förhållanden. Ofta måste planerade aktiviteter avbrytas med kort varsel

på grund av förändringar i vård och omsorgsorganisationen. Teammedlemmarna uttryckte sig skönja en förändring i attityd från de äldre kring förväntningar, som initialt varit ganska låga, till att verkligen förvänta sig att IHR skulle kunna uppfylla den äldres behov och mål.

Jag lyssnar på den äldre personen och låter deras personliga önskemål vara det vi arbetar utifrån. Genom att kunna arbeta i en lugn arbetstakt och övriga goda förutsättningar känner vi att vi har tid att möta den äldre personen och alla deras behov. Det är positivt att alltid kunna uppfylla deras önskemål.

För att utforska och hitta de specifika rehabiliteringsmålen för den äldre personen fokuserade teamet på personens egna ord för att bedöma vad som var möjligt att uppnå. Att fråga efter detaljer i personens livssituation innebar att teamet kunde förstå vad den äldre egentligen ville ha.

Min erfarenhet är att jag arbetar på ett annat sätt som är bättre för den äldre personen. Tidigare tänkte jag på hur jag skulle kunna kompensera för vård och nu tänker jag mer på aktivitet / rehabilitering. Jag frågar den äldre på ett mer detaljerat sätt vad som är viktigt för denna person och vilka mål de vill uppnå.

Genom att fokusera på den äldre personens egna mål, upplevde personalen att det var mer möjligt att engagera och stärka den äldres delaktighet i rehabiliteringsprocessen.

Att sätta den äldre personen i kontroll

För att föra rehabiliteringen framåt betonade personalen vikten av att den äldre får kontroll över beslut och handlingar i sin vardag. Förhållandet med den äldre personen i IHR blev mer på den äldre personens villkor vilka sätter den äldre personen i centrum för beslut och deras önskemål som det främsta bakom teamets ambitioner. Denna kontroll illustreras via citatet nedan:

De äldre deltar mer i sitt dagliga liv, allt från tidsplaner till beslut om att avsluta beviljade åtgärder. För den äldre personen betyder IHR säkerhet, att kunna ses som en person och styra sin egen framtid mot självständighet.

Teammedlemmarna hade under IHR-utbildningen på högskolan fått teoretisk utbildning om personcentrerad vård. Enligt deras beskrivningar sade dock flera av personalen att de redan innan hade haft ambitionen att arbeta på ett patientcentrerat sätt. Men få av dem hade upplevt att de kunde uppfylla denna önskvärda strategi i sitt tidigare arbete inom äldreomsorgen.

Det kan vara viktigt att påpeka att det är teammedlemmarnas perspektiv på den äldre personen som beskrivs och att det inte går att uttala sig om den äldre personens upplevelse var samstämmig. Inte desto mindre viktigt att teamet gör dessa reflektioner på hur de tänker om sitt handlande.

Ett team med en förhandlande strategi

Den här tematiska strukturen handlar om de interprofessionella relationerna och resultat av dessa. Att arbeta heltid i ett team med en förhandlande strategi var inte något som någon av teammedlemmarna hade gjort tidigare. Deras beskrivningar om teamsamarbete fokuserade på team närhet, arbetar med samma övergripande mål och möjligheten att lära genom interprofessionell dialog.

Närhet

När teammedlemmarna beskrev teamarbete fokuserade de på närhet inom teamet och mellan olika yrken, så kallade interprofessionellt teamarbete. Teamet behövde hitta närhet i sitt sätt att hantera arbetsuppgifter och skapa enkla sätt att kommunicera och hitta rutiner och fungerande vecko- eller dagskontakter mellan teammedlemmarna emellan. Till en början arbetade de mycket för att underlätta samarbetet och för att säkerställa nära kommunikation dagligen. De arbetade också för att hitta sätt att snabbare fatta beslut kring de äldre med mindre tidslucka. *”Det är lätt att komma i kontakt med alla olika yrken, ofta möten och så bra som daglig kontakt gör det enkelt att arbeta och det resulterar i att vi fattar snabba beslut till förmån för äldre.”* Teammedlemmarna beskrev också hur viktigt det hade varit att växa närmare varandra under utbildningsmånaden på högskolan. Att ha utbildningen tillsammans som likvärdiga parter i teamet hade dragit teammedlemmarna närmare varandra. Detta blev tydligt genom att diskutera professionella värden i hemvård, dela privata upplevelser, men också genom att hitta gemensamma arbetsmål för teamet genom medvetna reflektioner om villkoren för socialt vårdarbete.

Närhet till hela teamet är viktigt, samma grund som en gemensam högskolekurs, möten, alla i teamet är engagerade och har en högt fungerande moral. Jag har min tid att reflektera över mig själv och mitt sätt att arbeta tillsammans med kollegor både inom samma yrke och tillsammans med hela teamet.

Samma riktning

Enligt teammedlemmarna uppfattades arbetet som att jobba i samma riktning, även om detta inte alltid uppnåddes så lätt. De hänvisade till tidigare erfarenheter inom äldreomsorgen där det var vanligt att personalteam arbetade i motsatta riktningar. Att arbeta i samma riktning, stödja varandras beslut och bedömningar blir svårt om några av de andra teammedlemmarna inte har samma ambitioner och perspektiv på vård och rehabilitering. Personalen beskrev det som en lättnad att arbeta tillsammans med rehabiliteringsorienterade kollegor som valt detta projekt, drevs av liknande ambitioner och hade en liknande syn på vård som dem själva. En teammedlem reflekterade över tidigare arbetsupplevelser enligt följande:

Jag har alltid försökt att tänka på rehabilitering men när hela personalen inte arbetar på samma sätt är det svårt att arbeta på det sättet. De äldre säger att de andra inskrivna undersköterskorna brukade hjälpa till att knyta knapparna till exempel.

Samma teammedlem sa också.... ”*Hela personalen arbetar nu mot samma mål. Alla stöder varandra, mot samma mål och stöds i sin tur av teamets ledare.*”

Lärande av interprofessionell dialog

Det tvärvetenskapliga teamarbetet hjälpte personalen att utveckla och reflektera över värderingar och grunder för arbetet. Enligt teamets beskrivningar diskuterades upprepade kring rehabiliteringsaktiviteter och avsikter med deras insatser, vilket gav den enskilda teammedlemmen konstanta bidrag till sin egen kunskapsbas hela tiden.

Jag reflekterar dagligen tillsammans med teamet som gör reflektionerna djupare och kanske ifrågasätter jag mig själv mer. När du har gruppmedarbetare från olika yrken undersöker du ditt eget arbete mer kritiskt vilket jag tycker är mycket bra. Så jag utvecklar mig för att bli bättre på mitt jobb.

Att förbättra de professionella värdena i handlingarna och aktiviteterna gjorde teammedlemmarna mer självsäkra. Denna känsla stärktes ytterligare av likasinnade kollegor. Den nära icke-hierarkiska kontakten med andra yrkesgrupper skapade en bredare kunskapsbas, förbättrade säkerheten och vägledde de val som gjordes av teamet. Detta bidrog också till utvecklingen av den egna professionella kunskapen och säkerheten.

Ge tid för den äldre personen att växa

Enligt det interprofessionella teamet stöttades den äldre personens utveckling och framsteg av pålitliga relationer och förtroende i förhållande till teamet som skapade harmoni istället för att bidra till stress och tidspress.

Skapa harmoni

Att hitta sätt att få den äldre personen att uppleva lugn, en känsla av att inte överges och att bli ensam var en viktig aspekt som teammedlemmarna tog upp i sina beskrivningar. Vikten av att kunna skapa en mer avslappnad situation, inklusive att ha tid att lära känna varandra var något IHR-teamet underströk. Att känna sig trygg och harmonisk kunde stärkas genom att teamet hade tillräckligt med tid eftersom de äldre inte behövde känna sig stressade. Detta kunde innebära mer motivation att våga prova olika aktiviteter själv. Att delta i den gemensamma processen tillsammans skapade en harmonisk inställning till rehabilitering. Teammedlemmar tyckte också att det var lättare att övervaka framstegen och ge positiv feedback när tiden inte var så begränsad. ”*Jag tror att de upplever att det finns mer lugn och harmoni, ingen stress för dem. Den äldre personen kan vara lugn, vi är i detta tillsammans.*”

Att bygga den äldre personens självförtroende

Teammedlemmarna beskrev också hur den äldre personens självförtroende utvecklades genom den intensiva hemrehabiliteringen och den äldre kunde hantera dagliga aktiviteter på egen hand. Detta växande förtroende för att hantera livet som tidigare gjorde att de flesta av de äldre fortsatte att öva även om teamet var frånvarande och detta skapade en positiv kedjereaktion som ledde till mer positiva resultat. *”Den äldre utvecklar självförtroende och har [modet] att lita på sig själv i att hantera [svåra] ögonblick i vardagen. Vi är där för att stödja tills de känner att de klarar sig själva.”*

Personalen beskrev också att teamets fokus inte bara var på den äldre personens fysiska förmåga eller på deras förmåga utan också på deras känslomässiga hälsa och självkänsla. *”Att ha möjlighet att också lyssna på deras psykologiska hälsa så att jag kan stärka deras förtroende för sig själva.”*

Slutsatser och relevans för praxis

Resultaten belyser den gemensamma processen för IHR som kan förstås som stärkt genom en samarbetsstrategi och de olika teammedlemmarnas ansträngningar. Att ha en ökad tid under en kortare period skapade ett harmoniskt förtroende mellan den äldre personen och personalen som har potential att bygga den äldre självkänsla och styrka och därmed självständighet. En implikation för praxis är att IHR har potential att vara effektivare än traditionell hemsjukvård eftersom äldre personer kan uppleva en känsla av lugn, en känsla av att man inte överges och därför inte kräver fler hemvårdstimmar. Resultaten kan fungera som ett sätt att utvidga förståelsen och utgöra grunden för beslut om planering för reablementprocesser som gör det möjligt för interprofessionella team att planera för homebaserad rehabilitering av äldre.

7 DELSTUDIE 3A EGENSKAPER HOS FRÅGEFORMULÄRET GP-CORE OCH 3B RANDOMISERAD KONTROLLERAD PRÖVNING (RCT) AV INTENSIV HEMREHABILITERING

Delstudie 3 utgår från hypoteserna I-III och innehåller två kvantitativa delarbeten, ett (3a) som undersökte de psykometriska egenskaperna hos frågeformuläret för psykiskt välbefinnande (GP-CORE) och ett (3b) för själva den randomiserade kontrollerade prövningen av intensiv hemrehabiliteringsinterventionen. En undersökning av egenskaperna hos frågeformuläret HACT har överförs till ett doktorandprojekt.

7.1 Deltagare delstudie 3a

Deltagarna i detta metodarbete kommer från förmätningen i den randomiserade kontrollerade prövningen (3b), vilket gör att samma inklusions- och exklusionskriterier gäller. Data i 3a togs ut innan datainsamlingen till 3b var avslutad, men eftersom 3a är ett fristående arbete, kunde även förmätningen för deltagarna i pilotstudien till 3b användas varför det totala antalet deltagare i 3a blev 247 äldre personer. Bakgrundsförhållanden för deltagarna i delstudie 3a visas i Tabell 1.

Tabell 1. *Beskrivning av bakgrundsförhållanden för deltagarna i delstudie 3a (N = 247)*

Bakgrundsförhållande	Specifikation
Ålder (år)	
Medel (standardavvikelse)	83.4 (7.39)
Min - Max	65 - 99
Kön	
Kvinna	184 (74%)
Man	63 (26%)
Utbildningsnivå	
Folk-/grundskola	130 (53%)
Gymnasium eller universitet	117 (47%)
Sammanboende	
Ja	69 (28%)
Nej	178 (72%)
Sjukdomsdiagnos	
Ja	224 (91%)
Nej	23 (9%)
Regelbunden medicinering	
Ja	246 (99.6%)
Nej	1 (0.4%)

7.2 Analyismetoder delstudie 3a

Andelen deltagare med fullständigt besvarat GP-CORE användes för att analysera hur acceptabelt frågeformuläret var för deltagarna. Svarspoängens pålitlighet (reliabilitet) studerades med intern konsistens (Cronbachs alfa-värde), test-retestreliabilitet och inomklasskorrelationen (ICC) för test-retestgruppen. Svarspoängens giltighet (validitet) beräknades med korrelationskoefficienter (Spearman) mellan GP-CORE och de fyra bakgrundsförhållandena kön, ålder, utbildningsnivå och sammanboende samt de sex dimensionerna av hälsorelaterad livskvalitet i EQ-5D-5L. Begreppsvaliditeten studerades även med principalkomponentanalys (PCA) avseende strukturen bland de 14 påståendena i GP-CORE. Känslighet (sensitivity) och specificitet (specificity) belystes genom beräkning av ett gränsvärde för GP-CORE gällande dålig respektive god hälsa på den generella hälsoskattningen i EQ-5D-5L. Känslighet för förändring utvärderades med longitudinella data från för-, efter- och uppföljningsmätningarna i den randomiserade kontrollerade prövningen med hjälp av en 2 (kön) x 3 (mättillfälle) kovariansanalys (ANCOVA), med sammanboende som kovariat och GP-CORE som beroende variabel. Även andelen deltagare med tillförlitlig förbättring, tillförlitlig försämring respektive ingen tillförlitlig förändring mellan de olika mättillfällena beräknades för att belysa känsligheten för förändring.

7.3 Resultat delstudie 3a

Den svenska versionen av frågeformuläret avseende psykiskt välbefinnande (GP-CORE) var i hög grad acceptabelt för deltagarna. Svarspoängen hade god pålitlighet (reliabilitet), god giltighet (validitet) och uppvisade tecken på att vara känsligt nog för att fånga förändringar. Känslighet och specificitet behöver ytterligare studium. Könsskillnaderna var få, men sammanboende kvinnor hade sämre psykiskt välbefinnande än sammanboende män, medan ensamboende kvinnor hade bättre välbefinnande än ensamboende män.

7.4 Slutsatser och relevans för praxis delstudie 3a

Psykiskt välbefinnande hos äldre vuxna kan speglas på ett meningsfullt sätt med den svenska versionen av GP-CORE.

7.5 Deltagare delstudie 3b

Antalet deltagarna per mättillfälle i den randomiserade kontrollerade prövningen (3b) redovisas i Tabell 2. Genom rekryteringssvårigheter och bortfall kom kontrollgruppen från

start att ha 3 personer färre inkluderade än målsättningen. Bakgrundsförhållanden för deltagarna i delstudie 3b visas i Tabell 3.

Tabell 2

Antal deltagare i delstudie 3b vid de tre mättillfällena (N =237)

Mättillfälle	Interventionsgrupp (intensiv hemrehabilitering)	Kontrollgrupp (sedvanlig hemtjänst)
Förmätning (baslinje)	120	117
Eftermätning (utskrivning)	113	105
Uppföljning (3 månader)	105	97

Tabell 3. Beskrivning av bakgrundsförhållanden för deltagarna i delstudie 3b (N = 237)

Bakgrundsförhållande	Interventionsgrupp (IHR)	Kontrollgrupp (sedvanlig)
Ålder (år)		
Medel (standardavvikelse)	83.6 (7.29)	83.7 (7.40)
Min - Max	67 - 99	65 - 99
Kön		
Kvinna	91 (76%)	85 (73%)
Man	29 (24%)	32 (27%)
Utbildningsnivå		
Folk-/grundskola	66 (55%)	62 (53%)
Gymnasium eller universitet	54 (45%)	55 (47%)
Sammanboende		
Ja	34 (28%)	31 (26,5%)
Nej	86 (72%)	86 (73,5%)
Sjukdomsdiagnos		
Ja	110 (92%)	104 (89%)
Nej	10 (8%)	13 (11%)
Regelbunden medicinering		
Ja	119 (99.2%)	117 (100%)
Nej	1 (0.8%)	0 (0%)
Första omsorgsinsats		
Ja	102 (85%)	89 (76%)
Nej	18 (15%)	28 (24%)
Tolkanvändning		
Ja	3 (2,5%)	2 (2%)
Nej	117 (97,5%)	115 (98%)

7.6 Analyismetoder delstudie 3b

Den låga andelen ofullständiga data ersattes där så var möjligt (GP-CORE) med medelvärdet för besvarade påståenden inom aktuellt index, men i övriga fall ersattes inte ofullständiga data. Signifikansnivån sattes till $p < 0,05$. För att upptäcka eventuella skillnader i bakgrundförhållanden mellan interventions- och kontrollgrupp användes Chi-två-test och Fishers exakta test till kategoriska data, medan Mann-Whitneys parameterfria U-test användes för ålder. Bortfall studerades genom jämförelser av förmättningsvärden hos de som hade fullständig mätserie kontra de som saknade efter- och/eller uppföljningsmätning. För att undvika slumpmässigt uppkomna signifikanser vid masstestningar tillämpades Bonferroni-korrektion av signifikansnivåerna.

Effektanalyserna gjordes enligt ”intention to treat” (ITT). Analysmetoden för interventionseffekter i primära och sekundära effektmått var 2 x 2 mixad design (grupp x mättillfälle) kovariansanalys (ANCOVA) med förmätningen av varje beroende (effekt-)variabel inkluderad som kovariat. I de få fall problem med nödvändiga antaganden för ANCOVA indikerades användes parameterfria metoder (Mann-Whitneys-U-test och Friedmans test) för att utvärdera eventuella effekter på den parametriska analysen. För det tertiära effektmåttet gällde att grupperna inte var jämförbara med avseende på hemtjänststimmar vid baslinjemätningen på grund av inklusionskriterierna och bedömningen av de deltagare som lottats till intensiv hemrehabilitering. Därför jämfördes endast deras antal hemtjänststimmar vid 3-månadersuppföljningen. På grund av den icke-normala fördelningen i variabeln hemtjänststimmar användes parameterfri jämförelsemetod (Mann-Whitneys U-test). I några effektanalyser förekom enstaka individer med extrema värden i de beroende variablerna, definierade som $Z > 3,29$ och isolering från övriga deltagares värden. I dessa fall gjordes analyser för att utvärdera de extrema värdenas inverkan på effektanalyserna.

7.7 Resultat delstudie 3b randomiserad kontrollerad prövning av intensiv hemrehabilitering

7.7.1 Gruppjämförelse vid baslinje

Det förkom inga statistiskt säkra skillnader avseende bakgrundsförhållanden eller effektmått mellan grupperna vid förmätningen. I interventionsgruppen skiljde sig inte de som förlorats till eftermätningen från de som fullföljde interventionen avseende bakgrundsförhållanden

eller effektmått vid förmätningen. I kontrollgruppen förelåg högre skattningar av kapacitet att utföra aktiviteter (från COPM) bland dem som förlorats till eftermätningen än bland dem som var kvar vid eftermätningen. Det var inte någon statistiskt säker skillnad mellan de i interventionsgruppen som förlorats till uppföljningsmätningen och de som deltagit i denna avslutande mätning avseende bakgrundsförhållanden och effektmått vid förmätningen. I kontrollgruppen var det en större andel män bland dem som förlorats till uppföljningen än bland dem som var kvar.

7.7.2 Primär hypotes: intensiv hemrehabilitering förbättrar självrapporterad hälsa (fysisk, psykisk, social hälsa och livskvalitet)

Bägge grupperna förbättrades signifikant till eftermätningen, och denna förbättring bibehölls till uppföljningen. Vid 3-månadersuppföljningen hade grupperna snarlika värden avseende global livskvalitet (från HACT) och generell hälsa (från EQ-5D-5L). Detsamma gällde självskattningarna för rörlighet, hygien, dagliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet (från EQ-5D-5L), samt psykiskt välbefinnande (GP-CORE). Inga skillnader var statistiskt säkra.

7.7.3 Sekundär hypotes: intensiv hemrehabilitering förbättrar fysisk aktivitetsförmåga

Bägge grupperna förbättrades signifikant till eftermätningen, och denna förbättring bibehölls till uppföljningen. Vid 3-månadersuppföljningen hade grupperna snarlika värden avseende självbedömd kapacitet att utföra fysiska aktiviteter såväl som tillfredsställelse med utförandet (COPM). Detsamma gällde för måtten på fysisk aktivitetsförmåga avseende nedre extremiteter (SPPB) och övre extremiteter (handdynamometertest). Inga skillnader var statistiskt säkra.

7.7.4 Tertiär hypotes: intensiv hemrehabilitering minskar antal hemtjänsttimmar

Vid 3-månadersuppföljningen var medelantalet hemtjänsttimmar något lägre i den grupp som genomgått intensiv hemrehabilitering än i den grupp som haft sedvanliga hemtjänst- och rehabiliteringsinsatser, men skillnaden var inte statistiskt säker.

7.8 Slutsatser och relevans för praxis delstudie 3b

Intensiv hemrehabilitering var i denna randomiserade kontrollerade studie likvärdig med traditionell hemtjänst avseende äldre personers självrapporterade hälsa, fysiska aktivitetsförmåga och antal hemtjänsttimmar.

8 UTVÄRDERING

Syftet med forskningsprojektet var att utvärdera effekter av intensiv hemrehabilitering genom att mäta multidimensionell hälsa bland äldre personer jämfört med traditionella omsorgsinsatser. Projektet belyste även äldre personers perspektiv på den erhållna interventionen samt erfarenheter och upplevelser hos det interprofessionella teamet.

I den randomiserade kontrollerade prövningen blev resultatet att både gruppen som fick intensiv hemrehabilitering och gruppen som fick traditionell hemtjänst förbättrades över tid på ett statistiskt säkert sätt i effektmåten. Men det förelåg inte någon statistiskt säker skillnad mellan grupperna beroende på rehabiliteringsform. Ingen av hypoteserna I-III fick därmed stöd, och evidensen för intensiv hemrehabilitering kunde inte utökas (Cochrane et al., 2016; Legg, Gladman, Drummond och Davidson, 2016; Petterson och Iwarsson, 2015).

Metodologiskt förefaller den randomiserade kontrollerade prövningen vara tillförlitlig, då den följt etablerade procedurer och avgörande avvikelser sakades. Exempelvis fungerade randomiseringsproceduren väl, då grupperna var jämförbara vid baslinjen, och ett tillräckligt stort antal personer deltog i studien för att uppnå statistisk styrka i beräkningarna.

Bortfallsanalyserna indikerar inte någon systematisk effektmåttspåverkande orsak bakom de deltagare som förlorades efter förmätningen. De använda självskattningsinstrumenten (EQ_5D-5L, GP-CORE, COPM) har alla på olika sätt visat sig vara känsliga för förändring, vilket även är fallet med de globala skattningarna av generell hälsa och livstillfredsställelse, medan de fysiska testerna (SPPB, handdynamometer) är väletablerade i denna typ av studie.

För samtliga effektmått dock och resultat gäller att uppföljningstiden var ganska kort, vad som sker på längre sikt ger dessa studier inget besked om. Ett närliggande kompletterande påpekande om betydelsen av uppföljning görs i slutsatserna i delstudie 1b gällande uppföljningskontakters potentiella betydelse för vidmakthållande av olika rehabiliteringsövningar. Specifikt för effektmåttet hemtjänststimmar kan påpekas att det är en enskilda indikator på vård- och omsorgsbehov. Men exempelvis ger hemtjänststimmar inte någon uppfattning om hur det ser ut med övergång till andra boendeformer än eget boende.

Interventionens validitet (fidelity) grundades i att hela teamet gått en 5 veckors gemensam högskolekurs, och bevakades genom att varje brukare hade en kontaktperson med dubbel tid för brukaren jämfört med sedvanlig hemtjänst, regelbundna team-träffar avseende alla brukare samt att alla individuella mål och insatser dokumenterades. Å andra sidan är det en komplex intervention som har levererats av många olika personer varför det är svårt att helt och hållet garantera att alla deltagare fått den avsedda interventionen i alla delar, vilket antyds i delstudie 1b:s slutsatser om utmaningar med att formulera individuella rehabiliteringsmål. Även om aktiv kunskapsöverföring eller informationsgivning mellan IHR-hemtjänstgruppen

och kommunens ordinarie hemtjänstgrupper undvikits, kan det inte uteslutas att kännedomen om att IHR-interventionen pågick kan ha influerat ordinarie hemtjänstgrupper i någon mån.

Ett alternativt synsätt på den statistiska likvärdigheten mellan rehabiliteringsgrupperna i den randomiserade kontrollerade prövningen noterar att den intensiva hemrehabiliteringen har inneburit en högre kravnivå på deltagarna än för de som haft traditionell hemtjänst. Det alternativa synsättet blir att interventionsdeltagarna trots den högre kravnivån hade lika god självskattade hälsa och livskvalitet som de som haft traditionell hemtjänst. Resultaten i delstudie 1a illustrerar en rad möjliga stödjande aspekter hos interventionsteamets personal som kan ha bidragit till hälsa och livskvalitet hos de äldre personer i interventionsgruppen. Exempel på dessa stödjande aspekter återfinns i de kvalitativa studierna, där bland annat bemötandet och relationen mellan brukare och personal lyfts fram som betydelsefull för framgångsrik intervention (Gustavsson, m. fl., 2019 a,b). Dessutom menar de intervjuade att individuella rehabiliteringsmål gärna med sociala anspråk samt kontinuerligt stöd från både anhöriga och grannar påverkar hållbarheten över tid i det egna boendet (Östlund m.fl., 2019).

8.1 Slutsatser

Intensiv hemrehabilitering var i den randomiserade kontrollerade prövning med relativt kort uppföljningstid likvärdig med traditionell hemtjänst avseende äldre personers självrapporterade hälsa, fysiska aktivitetsförmåga och antal hemtjänststimmar.

De kvalitativa studierna indikerar vikten av en god relation mellan personal och äldre personer för motivation och genomförande av rehabiliteringsinsatser, samt utvecklingsmöjligheter av den intensiva hemrehabiliteringsinterventionen vad gäller formulering av individuella rehabiliteringsmål.

9 REFERENSLISTA

- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., & Westendorp, R. G. (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing, 45*(5), 572-576.
- Attre, M. (2001). Patients and relative's experiences and perspectives of good and not so bad quality care. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 456-66.
- Atwal, A., Tattersall, K., Murphy, S., Davenport, N., Craik, C., Caldwell, K., McIntyre, A. (2007). Older adult's experiences of rehabilitation in acute health care. *Scandinavian Journal of Caring Science, 21*, 371-8.
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients and nurses experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Science, 21*, 500-6.
- Berlin, J. (2010). Synchronous work: myth or reality? A critical study of teams in health and medical care. *Journal of Eval Clinical Practice, 16* (4), 1314-1321.
- Björkman Randström, K., Wengler, Y., Asplund, K., & Svedlund, M. (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation Disability and Health to describe facilitators and barriers. *Disability & Rehabilitation, 34*, (9), 779-787.
- Brooks, R., & The Euroqol group. (1996). Euroqol: The current state of play. *Health Policy, 37*, 53-72.
- Cochrane A, et al. (2016). Time-limited home-care rehabilitation services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database Systematic Review, 10*, CD010825.
- Elfström, M. et al. (2013). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*, 447-455. doi: 10.1002/cpp.1788
- Evans, C. et al. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51-60.

- Finnbakk, E., Skovdahl, K., Støre Bli, E., & Fagerström, L. (2012). Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses – a Nordic study. *International Journal of Older Peoples Nursing*, 7, 163–72.
- Fleming, S. A. (2004). A randomized controlled trial of a care home rehabilitation to reduce long-term institutionalisation for elderly people. *Age Ageing*, 33, 384–90.
- 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., & Stenberg, M. (2017). Crucial contextual attributes of nursing leadership towards an ethic care. *Nursing Ethics*, 24(4), 419-429.
- Gustafsson, L-K., Anbäcken, E-M., Elfström, M L., Zander, V., & Östlund, G. (2019). Working with short-term goal-oriented home rehabilitation with older persons: strengthened by a collaborative approach. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(4), 178-185 doi: 10.1177/2057158519850974.
- Gustafsson, L-K., Östlund, G., Zander, V., Elfström, M L., & Anbäcken, E-M. (2019). 'Best fit' caring skills in the short-term goal-oriented rehabilitation process: Older persons' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33, 498–506.
- Halvarsson, A., Franzén, E., Farén, E., Olsson, E., Oddsson, L., & Stähle, A. (2012). Long-term effects of new progressive group balance training for elderly people with increased risk of falling. *Clinical Rehab*, 27, 450–458.
- 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. doi 193.11.81.189
- Herdman, M., et al. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20, 1727-1736.
- Jakobsen, F., & Vik, K. (2019). Health professionals' perspectives of next of kin in the context of rehabilitation. *Disability Rehabilitation*, 41(16), 1882-1889.
- 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.

- Johansson, G., Eklund, K., & Gosman-Hedström, G. (2010). Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17 (2), 101-116.
- Kjerstad, E., & Tuntland, H. K. (2016). Reablement in community-dwelling older adults. *Health Econ Review*, 6(1), 15. doi:10.1186/s13561-016-0092-8
- Kürstein Kjellberg, P., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Larsson, J., & Holmström, I. (2007). Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-Being*, 2, 55–64.
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C., & Plos, K. A. E. (2007). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 3, 313–20.
- Law, M. et al. (1990). The Canadian occupational performance measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57, 82-87.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A., & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741-749. doi:10.1177/0269215515603220
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). Phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153.
- Martin, G., Nancarrow, S., Parker, H., Phelps, K., & Regen, E. (2005). Place, policy and practitioners: on rehabilitation, independence and the therapeutic landscape in the changing geography of care provision to older people in the UK. *Social Science Medicine*, 61, 1893–904.
- Mathiowetz, V., Dove, M., Kashman, N., Rogers, S., Volland, G., & Weber, K. (1985). Grip and pinch strength. *Archives of Physical and Medical Rehab*, 66, 69-72.
- Mc Cormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K. Manning, M., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centered practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older Peoples Nursing*, 5, 93–107.

- Newhouse, R. P. (2006). Examining the support for evidence-based nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 36, 337–40.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik*. Solna: Almqvist & Wiksell.
- Nordenfeldt, L. (1993). *Quality of Life, Health and Happiness*. Avebury: Aldershot.
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa- teori och kritik*. Linköpings Universitet: Institutionen för hälsa och samhälle.
- Norell Pejner, M., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2012). Trying to cope with everyday life - Emotional support in municipal elderly care setting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, 196–213.
- Norman, I., & Peck, E. (1999). Working together in adult community mental health services: an inter-professional dialogue. *Journal of Mental Health*, 8(3), 217–230.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing*. Dover Publications, New York, NY.
- Ostir, G., Volpato, S., Fried, L., Chaves, P., & Guralnik, J. (2000). Reliability and sensitivity to change assessed for summary measure of lower body function. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 916-921.
- Pettersson, C., & Iwarsson, S. (2015). *Vardagsrehabilitering – en kunskapsöversikt*. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter -FSA.
- Phil, E., Fridlund, B., & Martensson, J. (2011). Patient's experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure: a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25, 3–11.
- 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.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory – Discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth: Texas Christian University Press.
- Ricoeur, P. (1995). *Hermeneutics & the Human Science*. USA: Cambridge University Press.
- Robben, S., Perry, M., van Nieuwenhuijzen, L, et al. (2012) Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *Journal of Contin Educ Health Prof*, 32(3), 196-204.

- Robinson, M., & Cotell, D. (2005). Health professionals in multidisciplinary and multi-agency teams: changing professional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19(6), 547–560.
- Severinsson, E., & Hummelvoll, J. K. (2001). Factors influencing and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences*, 3, 81-90.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 714–22.
- Snellman, I., Jonsson, B., & Wikblad, K. (2011). Ability of acting, Based on welfare theory of health. *Evaluation & the Health Professions*, 35(87), 87 -105.
- SFS 2001:453, 5 kap § 4
- Sinclair, A., Barkham, M., Evans, C., Connell, J., & Audin, K. (2005). Rationale and development of a general population well-being measure: Psychometric status of the GP-CORE in a student sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33, 153-173.
- ‘skills’. <https://www.oxforddictionaries.com> (last accessed 1 November 2018).
- Slater, P., & Hasson, F. (2018). An evaluation of the reablement service program on physical ability, care needs and care plan packages. *Journal of Integr Care*, 26, 140–9.
- Socialstyrelsen (2014) National board of Health and Welfare in Sweden, (Socialstyrelsen). Development of indicators for elderly rehabilitation.
- Socialtjänstlagen SOU:2008:51
- Snörljung, Å., Mattson, K., & Gustafsson, L-K. (2014). The diverging perception among physiotherapists of how to work with the concept of evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 759-66. doi: 10.1111/jep.12167.
- Szebehely, M. (1999). Omsorgsarbetets olika former. *Soc forskn*, 0038-0342, 36(1) 7-32.
- Thyberg, M., Arvidsson, P., Thyberg, I., & Nordenfelt, L. (2015). Simplified bipartite concepts of functioning and disability recommended for interdisciplinary use of the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 37(19), 1783-1792
- Trappes-Lomax, T., Ellis, A., Fox, M., Taylor, R., Power, M., Stead, J., & Bainbridge, I. (2006). Buying Time I: a prospective, controlled trial of a joint health/social care

- residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. *Health Social Care Community, 14*, 49–62.
- Trojan, L., & Yonge, O. (1993). Developing trusting relationships: homecare nurses and elderly clients. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 1903-1910.
- Tuntland, H., Kjekken, I., Langeland, E., Folkestad, B., Espehaug, B., Førland, O., & Aaslund, M. (2017). Predictors of outcomes following reablement in communitydwelling older adults. *Clinical Interv Aging, 12*, 55–63.
- Tyrrell, E.F., Levack, W.M., Ritchie, L.H., & Keeling, S.M. (2012). Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 2466–76.
- 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.
- Webster, J. (2002). Teamwork: understanding multi-professional working. *Nursing Older People, 14* (3), 14–19.
- WHO (2002). World health organisation. Definition av rehabilitering.
- WHO (2002). World health organisation. Definition av aktivt åldrande.
- WHO (2010) ram för åtgärder för interprofessionell utbildning och samarbetspraxis
- Wilde, A., & Glendinning, C. (2012). If they're helping me then how can I be independent? *Health Social Care Comm, 20*(6), 583–590.
- Zidén, L., et al (2013). Physical function and fear of falling 2 years after the health-promoting randomized controlled trial. *The Gerontologist, 54*, 387–397.
- 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, 45*(8), 519-529, doi:10.1080/03601277.2019.1666525

