

Tidig understödd utskrivning från strokeenhet

En fallstudie av ett förbättringsarbete inom rehabilitering

Charlotte Jansson

Examensarbete, 30 hp, masteruppsats
Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd
Jönköping, juni 2014

Handledare: Ann-Sofi Kammerlind, Med dr, leg.
sjukgymnast

Examinator: Boel Andersson-Gäre, professor

Sammanfattning

Bakgrund Rehabilitering efter ett strokeinsjuknande ska påbörjas tidigt och vara målinriktad. För patienter som drabbats av mild till måttlig stroke rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer vård på strokeenhet i kombination med tidig understödd utskrivning. Uppsatsen beskriver, analyserar och utvärderar ett förbättringsarbete där tidig understödd utskrivning med stöd av ett stroketeam prövades som arbetsmodell på en strokeenhet.

Syfte Syftet med förbättringsarbetet var att patienterna skulle uppleva ett tryggt omhändertagande i samband med utskrivningen, samtidigt som strokeprocessen effektiviserades genom kortare vårdtid på sjukhus. Syftet med studien var att beskriva erfarenheter hos patienter, närstående och personal vid införandet av tidig understödd utskrivning från sjukhus med stöd av ett stroketeam för patienter med mild till måttlig stroke.

Metod Förbättringsarbetet utvärderades genom mätning av vårdtider och mätning av patienternas upplevelse av trygghet i samband med utskrivningen. I studien av förbättringsarbetet insamlades data genom semistrukturerade intervjuer med patienter och deras närstående, samt i en fokusgruppsintervju med involverad personal. Nio patienter och sex närstående intervjuades. Vid fokusgruppsintervjun deltog två arbetsterapeuter, två sjukgymnaster och en sjuksköterska. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat Arbets sättet med tidig understödd utskrivning testades på tio patienter. Vårdtiden var något kortare, men osäkerhet finns i mätningarna och i den kvalitativa analysen framkom tveksamhet om vårdtiderna påverkades. Upplevelsen av trygghet i samband med hemgång var något högre bland deltagarna i projektet jämfört med baslinjemätningen. Vid intervjuerna med patienter framkom värdet av att erhålla rehabilitering i sin hemmiljö. Både patienter och närstående beskrev att teamet bidrog med kunskaper om stroke, rehabilitering och säkerhetsaspekter i hemmet, samt att kontinuiteten med samma personal var värdefull. Närstående beskrev också att de fått stöd av teamet i närståenderollen. Personalen framhöll vid fokusgruppsintervjun förbättrad kvalitet för patienterna, tidsbrist och svårigheter med prioriteringar samt en arbetstillfredsställelse i nöjda patienter och att arbeta med förbättringar.

Slutsats Tidig understödd hemgång med stöd av ett stroketeam upplevdes positivt av patienter, närstående och personal. Arbets sättet var engagerande men tidskrävande. Förhoppningen är att lärdomarna från detta projekt kan bidra till fortsatt utveckling av rehabiliteringsprocessen i samband med utskrivning.

Nyckelord: Tidig understödd utskrivning, stroke, förbättringsarbete, hemrehabilitering.

Abstract

Background Stroke rehabilitation ideally starts early and has a focus on goal directed training. For patients with mild to moderate stroke evidence based guidelines recommend care in a stroke unit combined with early supported discharge conducted by a specialized stroke team. This thesis describes, analyzes and evaluates an improvement work where a new work model including early supported discharge was introduced into a stroke unit.

Aim The aim of the improvement work was patients experiencing security when discharged from hospital and to obtain a more efficient stroke process by shortening length of stay. The aim of the study was to describe patients´, relatives´ and staffs´ experiences when introducing early supported discharge conducted by a specialized stroke team for patients with mild to moderate stroke.

Method The improvement work was evaluated by measuring length of stay and measuring patients´ experience of security when discharged from hospital. In the study of the improvement work data was collected by semi structured interviews with patients and relatives, and a focus group interview with staff. Nine patients and six relatives were interviewed. In the focus group two occupational therapists, two physiotherapists and one nurse participated. The analysis of the interviews was performed by qualitative content analysis.

Results Early supported discharge as a work model was tested on ten patients. Length of stay was slightly shorter, but there are uncertainties in the measurements. The result of the qualitative analysis showed that staff was doubtful whether length of stay was shortened or not. The experience of security was higher in the project group of patients compared to baseline. The patients described in the interviews value of receiving rehabilitation in their home environment. Patients and relatives experienced that the professional team provided them with knowledge about stroke, rehabilitation and safety in their homes. They also appreciated staff continuity. Relatives experienced support in their role as a relative. In the focus group staff described better quality for the patients, lack of time and difficulties in making priorities. They also described job satisfaction by meeting content patients and relatives, and by working with quality improvement.

Conclusion Patients, relatives and staff had a positive experience of early supported discharge conducted by a specialized stroke team. The work model was engaging, but time-consuming. Hopefully the learnings from this project can add to continuous improvement of the rehabilitation process for stroke patients when discharged from hospital.

Key words: Early supported discharge, stroke, quality improvement, home rehabilitation.

Ett varmt tack

vill jag rikta till de fantastiska personer som har deltagit i förbättringsarbetet och till övriga medarbetare på kliniken som har bidragit på olika sätt. Tack också till handledare och coach för finfint stöd och värdefull uppmuntran!

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Stroke	1
Stroke i ett globalt perspektiv	1
Strokeförekomst i Sverige.....	1
Vård på strokeenhet	2
Tidig understödd utskrivning.....	2
Personcentrerad vård	3
Förbättringskunskap	3
Lokala förutsättningar	4
Avsedd förbättring	4
Syfte	4
Material och metod	4
Forskningsmiljö	4
Planering av förbättringsarbetet	5
Genomförande av förbättringsarbetet	6
Metoder för utvärdering av förbättringsarbetet	6
Identifiering av patienter och vårdtid utifrån Barthels index.....	6
Trygghet.....	7
Registrering av kostnader/personalresurser	7
Registrering av återinläggningar.....	7
Design av studien av förbättringsarbetet	7
Metoder för att studera förbättringsarbetet	7
Intervjuer.....	7
Etiska överväganden	8
Resultat	9
Resultat av förbättringsarbetet	10
Vårdtid	10
Trygghet.....	11
Återinläggningar	11
Kostnader och personalresurser	11
Resultat av studien	12
Intervjuer med patienter.....	12
Intervjuer med närstående.....	14
Intervju i fokusgrupp	16
Diskussion	19
Resultatdiskussion	19
Metoddiskussion	22
Slutsatser	24
Referenser	26

Bilagor	29
Bilaga 1. Checklista	29
Bilaga 2. Barthels Index	30
Bilaga 3. Mätning av trygghet före utskrivning.....	31
Bilaga 4. Mätning av trygghet 5-7 dagar efter utskrivning	32
Bilaga 5. Intervjuguide patient.....	33
Bilaga 6. Intervjuguide närstående	34
Bilaga 7. Moderators roll.....	35
Bilaga 8. Intervjuguide fokusgrupp personal	36
Bilaga 9. Deltagarinformation	37
Bilaga 10. Informerat samtycke	38
Bilaga 11. Beräkning av kostnader	39

Inledning

Stroke är det somatiska tillstånd som svarar för flest vårddagar på svenska sjukhus. Årligen drabbas ca 30 000 personer av stroke, och det är den vanligaste orsaken till neurologisk funktionsnedsättning hos vuxna (1). Rehabiliteringen efter stroke ska påbörjas tidigt och vara målinriktad. För personer med mild till måttlig stroke rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer vård på strokeenhet i kombination med tidig understödd utskrivning. Förutsättningen är att patienten i samband med utskrivningen från sjukhus får stöd i hemmet av ett multidisciplinärt team med kunskap om strokesjukvård (2). Följande uppsats beskriver, analyserar och utvärderar ett förbättringsarbete där tidig understödd utskrivning med stöd av ett stroteam prövades som arbetsmodell på en strokeenhet.

Bakgrund

Stroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt, intracerebrala blödningar och subarachnoidalblödningar. Den typiska symptom bilden är ett snabbt insjuknande med neurologiska bortfallssymptom. Vanliga neurologiska symptom i samband med stroke är svaghet i ena kroppshalvan och ansiktet, språkstörningar, synfältpåverkan, koordinations- och balanssvårigheter och kognitiv påverkan. Ett snabbt omhändertagande är av stor vikt i samband med ett strokeinsjuknande och en person som drabbats av stroke behöver omedelbart sjukhusvård. Skadebilden är olika beroende på vilken del av hjärnan som drabbats och skadans storlek. Det kliniska förloppet och graden av funktionsnedsättning vid stroke varierar från lindriga, övergående symptom till utbredda, livshotande skador (3, 4). Risken att drabbas av stroke ökar med åldern. Andra riskfaktorer, som delvis kan påverkas med prevention, är högt blodtryck, diabetes, dyslipidemi, hjärtsjukdom, förträngning på halspulsådern, rökning, felaktig kost, fysisk inaktivitet och fetma (5).

Stroke i ett globalt perspektiv

Stroke drabbar många människor runtom i världen. Enligt Världshälsoorganisationen WHO fanns 2004 drygt 30 miljoner individer som hade upplevt och överlevt stroke (6). Enligt beräkningar baserade på data från 2010 drabbades totalt 16,9 miljoner människor årligen av förstagångsstroke och mortaliteten var 5,9 miljoner (7). Under de senaste åren har antalet som insjuknar i stroke minskat något i ekonomiskt välutvecklade länder. I länder med lågt utvecklad sjukvård går utvecklingen åt motsatt håll och strotalen har i vissa områden fördubblats. Förutom att strotalen ökar i utvecklingsländerna är också konsekvenserna av stroke ännu mer påtagliga. Funktionsnedsättningar och dödlighet efter ett strokeinsjuknande är mer än 10 gånger så vanligt jämfört med länder som har en väl utvecklad sjukvård (8, 9).

Strokeförekomst i Sverige

Varje år insjuknar ca 30 000 personer i stroke i Sverige. De flesta av dessa, fler än 80 %, är över 65 år. Något fler män än kvinnor drabbas av stroke. Av samtliga som insjuknar består 75% av förstagångsinsjuknaden och 25 % av återinsjuknanden i stroke. På svenska sjukhus är stroke den somatiska sjukdom som svarar för flest vårddagar, närmare en miljon vårddagar per år. Därutöver krävs omfattande insatser i kommunal regi. Baserat på data från det nationella kvalitetsregistret Riksstroke har total samhällskostnad beräknats uppgå till 18,3 miljarder kronor årligen (1).

Vård på strokeenhet

Efter ett strokeinsjuknande ger multidisciplinär vård mest framgångsrika resultat. Vård på strokeenhet med ett samlat omhändertagande av personal utbildade i strokevård ger kvarstående positiva effekter. Patienterna blir mer funktionellt oberoende och fler återgår till sin tidigare bostad (10). Sannolikheten att överleva ett strokeinsjuknande är högre om vården sker på en strokeenhet (11). Strokeenheter finns idag på de flesta sjukhus i Sverige. Andelen akuta strokepatienter som erhåller vård på strokeenhet ökar kontinuerligt och under 2012 fick 90 % av patienterna vård på strokeenhet (1). Efter vården på strokeenhet saknas enhetliga och tydliga modeller för hur vård och rehabilitering bäst bör organiseras (3).

Tidig understödd utskrivning

Utöver vård på strokeenhet rekommenderar Socialstyrelsen i riktlinjerna för strokesjukvård tidig understödd utskrivning för patientgruppen med mild till måttlig stroke. Rekommendationen citeras:

Hälso- och sjukvården kan

- *skriva ut strokepatienter med milda till måttliga symtom från sjukhuset tidigare under förutsättning att patienten får rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med kunskap om strokesjukvård (prioritet 3) (2, sid 30).*

Rekommendationen grundar sig på en vetenskaplig granskning i riktlinjerna som drar slutsatserna (evidensstyrka 2) att arbetssättet medför förkortad vårdtid på sjukhus, minskad aktivitetsnedsättning och ökad patientnöjdhet. I det specialiserade teamet ska sjukgymnast och arbetsterapeut ingå med tillgång till läkare, sjuksköterska, logoped och kurator som är specialutbildade inom stroke (exempelvis genom strokekompetensbevis). Teamet ska vara knutet till en strokeenhet och ha regelbundna möten om aktuella patienter (12).

Enligt Socialstyrelsen är definitionen på milda till måttliga strokesymptom Barthels index 50 eller mer vid start av denna vårdform (12). Barthels index är en skala som används för att mäta förmågan att utföra aktiviteter i dagliga livet (13).

En Cochraneöversikt från 2012 (14) baserad på 14 randomiserade kontrollerade studier med sammanlagt 1957 patienter visade att patienter som fick tidig understödd utskrivning snabbare återhämtade sin aktivitetsförmåga och med större sannolikhet kunde bo kvar i sitt eget hem. Dessutom blev vårdtiden på sjukhus kortare. Förutsättningen var att patienten fick rehabilitering i hemmet av ett stroteam med kunskap om strokesjukvård (14). Fördelarna har visats kvarstå även i ett längre perspektiv. Strokeenhetsvård i kombination med tidig understödd utskrivning ökade sannolikheten för patienten att bo kvar sitt hem efter 5 år (15).

Fördelarna med tidig understödd utskrivning är dock under diskussion eftersom de långa vårdtider som beskrivs i Cochraneöversikten (14) inte längre är aktuella i svensk sjukvård. Elva av de fjorton studier som ingick publicerades för mer än tio år sedan. För närvarande pågår en randomiserad studie i Göteborg med syfte att undersöka nyttan för patienten och kostnadseffektiviteten med tidig understödd hemgång. Tidiga, preliminära resultat av studien tyder på att patienter och närstående upplever ökad trygghet och att patienterna tycks ha ökade möjligheter att återfå funktions- och aktivitetsförmåga om tillgång finns till tidig understödd utskrivning (16).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att patienten ses som en person som har egen förmåga att delta i planeringen av vård, behandling och rehabilitering. Medbestämmande och autonomi betonas, och patientens resurser är i fokus. Det innebär att patient och personal i hög grad samarbetar kring beslut. För patienten innebär personcentrerad vård större möjligheter till inflytande och ökade möjligheter att ta ansvar för egenvård (17, 18). Personcentrerad vård är ett erkänt begrepp som kan och bör tillämpas inom många discipliner som har med människors vård och omsorg att göra (19, 20).

Förbättringskunskap

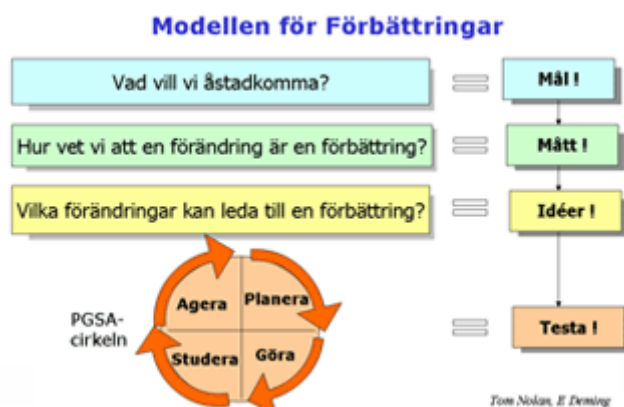
Hälso- och sjukvård befinner sig ständigt i förändring. För att möta utvecklingen behöver den professionella kunskapen hos sjukvårdspersonal kombineras med kunskaper i förbättringskunskap (21). Förbättringskunskap är ett begrepp översatt från engelskans ”Profound knowledge” som beskrevs av William Edward Demings i mitten av 1900-talet (22). Begreppet innefattar de olika teorier som kan användas för att förändra och förbättra, och bygger på fyra hörnstenar:

- Systemförståelse, se kopplingar mellan de mindre delarna och helheten.
- Mätningar och förståelse för variation
- Kunskap som bygger på erfarenheter, observationer och reflektion.
- Psykologi, innefattande gruppdynamik, motivation, kreativitet mm (22).

Den grundläggande metoden inom förbättringskunskap är förbättringsmodellen som består av två delar. Den första delen är Nolans tre frågor som är viktiga att ställa inför en förändring:

- Vad vill vi åstadkomma?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Vilka förändringar kan göras som leder till förbättring?

Frågorna används tillsammans med PDSA-cykeln (Plan-Do-Study-Act) som är en modell för att planera små förändringar, testa, utvärdera och dra lärdomar, för att till sist antingen modifiera eller genomföra förändringen (22).



Figur 1. PDSA-cykeln (23)

Lokala förutsättningar

På strokeenheten som beskrivs i denna uppsats fanns inte möjlighet för patienterna erhålla tidig understödd hemgång före förbättringsarbetets start 2013. De nationella riktlinjerna hade tidigare inte följts avseende denna rekommendation. Personal på kliniken hade under en längre tid framfört önskemål och behov av att utveckla omhändertagandet i samband med utskrivning. Klinikledningen strävade efter att flytta ut specialiserad geriatrisk vård från sjukhuset till patientens hem. Det fanns ett team som arbetade med palliativ vård i patienternas hem samt ett pågående projekt där ett mobilt geriatriskt team samarbetade med primärvården i hemmen kring de allra äldsta, sköra patienterna. Interventionen i det aktuella förbättringsarbetet låg linje med dessa arbetssätt och stöttades av klinikledningen. På landstingsnivå fanns också intentionen att utveckla omhändertagandet av strokepatienter. I skriften *Budget med verksamhetsplan 2013* står skrivet att landstinget i vården och omsorgen för de sjuka äldre ska förbättra rehabiliteringsinsatserna och i detta arbete bland annat fokusera på patienter med stroke (24).

Avsedd förbättring

Intentionen med förbättringsarbetet var att förbättra kvaliteten på vården för patienter med mild till måttlig stroke genom att förändra arbetssättet och starta ett klinikanslutet strokehemteam. Med det nya arbetssättet skulle följsamhet till rekommendationerna i nationella riktlinjer skapas. Syftet med förbättringsarbetet var att patienterna skulle uppleva ett tryggt omhändertagande i samband med utskrivning, samtidigt som strokeprocessen effektiviserades genom kortare vårdtid på sjukhus.

Frågeställningarna i förbättringsarbetet var: Förändrades patienternas upplevelse av trygghet i samband med utskrivningen från sjukhus med det nya arbetssättet? Förändrades patienternas vårdtid? Hur påverkades kostnader/personalresurser? Förändrades antalet återinläggningar?

Syfte

Syftet med studien av förbättringsarbetet var att beskriva erfarenheter hos patienter, närstående och personal vid införandet av tidig, understödd utskrivning från sjukhus med stöd av ett stroketeam för patienter med mild till måttlig stroke.

Frågeställningar:

Vilka erfarenheter beskriver personalen att de erhållit i samband införandet av det nya arbetssättet med tidig understödd utskrivning? Hur upplever patienterna tidig utskrivning från sjukhus och stödet av ett stroketeam i hemmet efter utskrivningen? Vilka erfarenheter beskriver de närstående?

Material och metod

Forskningsmiljö

Studien genomfördes på en strokeenhet på ett länssjukhus i södra Sverige. Avdelningen bestod av 22 vårdplatser. Tio platser var avsedda för akut insjuknade strokepatienter i alla åldrar och med olika svårighetsgrader, från milda symptom som snabbt gått i regress till svårt strokedrabbade palliativa patienter. På enhetens övriga 12 platser vårdades geriatriska patienter som efter sitt strokeinsjuknande var i behov av en längre tid på sjukhus för fortsatt vård och rehabilitering. På avdelningen arbetade sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kurator. Logoped och dietist anlätades vid behov på

remiss från annan enhet. Sjuksköterskor och undersköterskor var anställda på vårdavdelningen med en vårdenhetschef som ansvarig, Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kurator ingick i klinikens rehabiliteringsenhet. Läkarna som ansvarade för den akuta strokeenheten hade medicinsk specialitet och var anställda på medicinkliniken. För de geriatriska patienterna hade klinikens läkare med geriatrisk specialitet ansvaret. De geriatriska läkarna var direkt underställda klinikens verksamhetschef.

Strokekompetensutbildningar genomfördes regelbundet på avdelningen. Senaste tillfället var hösten 2012, så vid studiens genomförande hade flertalet i personalen utbildning i strokevård. På uppdrag av sjukhusledningen hade förbättringar i strokeprocessen varit i fokus under de senaste två åren. Ungefär 1 ½ år före den aktuella studien genomfördes ett större förbättringsarbete där man införde ett direktspår förbi akutmottagningen till röntgen för strokepatienter. Samtidigt infördes behandling med trombolys på avdelningen, något som tidigare skett på hjärtvårdsavdelningen. Efter att på avdelningen en längre tid ha arbetat med förändringar i samband med ankomst till sjukhuset var det aktuellt att identifiera förbättringsmöjligheter i samband med utskrivning. Arbetssättet i det aktuella förbättringsarbetet rekommenderades i de nationella riktlinjerna för stroke, och ledningen var positiv till att under tre månader prova ett arbetssätt med understödd hemgång för patienter med mild till måttlig stroke.

Planering av förbättringsarbetet

Planeringen och genomförandet av förbättringsarbetet inspirerades från metodiken agil projektledning (25). Det agila arbetssättet innebar att förändringar hanterades kontinuerligt under projektiden och att projektgruppen hade hög kompetens och tog ett stort egenansvar i utförandet.

I samråd med vårdenhetschefen på strokeenheten tillfrågades personal med kunskap om strokevård och intresse för förbättringsarbete om deltagande i projektet. Sex representanter utsågs och samtliga var positiva till att arbeta i projektet. Gruppen bestod av två arbetsterapeuter, två sjukgymnaster och två sjuksköterskor.

Vid det inledande mötet fördes en dialog om det lokala problemet utifrån kunskapsbaserad vård och rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för strokesjukvård. Ett resonemang fördes kring förbättringsmetoderna Nolans tre frågeställningar och PDSA-hjulet. Värdekompassen gav stöd för att identifiera mätningar och balanserade mått (45).

För att komma igång med planeringen inför uppstart användes en projekttavla inspirerad av agil projektledning med kolumner för ”Vad behöver göras/kollas?”, ”Ansvarig”, ”Påbörjat” och ”Klart”. Exempel på områden i kolumnen för ”Vad behöver göras/kollas” var dokumentation, bokning av hembesök, transporter, checklista för lämplig patient, yrkesspecifika mätinstrument, informationsbrev till patienten, formulär för tidsåtgång vid hembesök och hjälpmedelshantering. Utifrån projekttavlan och ansvarsområden arbetade projektledaren och medarbetarna i projektgruppen med olika områden för att skapa möjlighet att starta upp.

I samband med förberedelserna gjordes en kommunikationsplan eftersom många instanser var involverade för att processerna i strokesjukvården skulle fungera. Ett flertal personer och enheter, både inom och utanför organisationen, behövde informeras och några var direkt delaktiga i uppstartsarbetet. Klinikinternt gavs information och möjlighet till att ställa frågor på arbetsplatsträffar och i ledningsgrupp. En sekreterare involverades för att skapa en lathund

för bokning av patientbesök och dokumentation i journalsystemet. Information och dialog med andra vårdgivare i strokeprocessen fördes. Detta gällde vårdplaneringsteam, representanter från kommunen och rehabiliteringsmedicinska kliniken. Ansvarig enhet för transporter och försäkringsbolag tillfrågades avseende regler för transport av patienter.

Genomförande av förbättringsarbetet

Baslinjemätningar av vårdtid och patienternas upplevelse av trygghet påbörjades i oktober 2013. Det nya arbetssättet startade upp i början av december. Under jul- och nyårshelgen gjordes ett uppehåll på tre veckor i rekryteringen av patienter eftersom personalbemanningen inte var tillräcklig för att genomföra hembesök. Projektet avslutades i slutet av mars 2014.

Patienter lämpliga för tidig hemgång identifierades av teamet på strokeenheten med stöd av en checklista (bilaga 1). Arbetsterapeut och sjukgymnast informerade patienten muntligt och skriftligt och frågade om patienten var intresserad av tidig utskrivning med stöd av strokehemteamet. Ett första hembesök planerades och genomfördes medan patienten fortfarande var inlagd på sjukhuset i de fall detta bedömdes lämpligt. På det första hembesöket åkte arbetsterapeut och sjukgymnast tillsammans med patienten från strokeenheten till hemmet. I hemmet kontrollerades utifrån patientens behov förmågan att ta sig in och ut i sin bostad, förflyttningar i bostaden, hjälpmedelsbehov, toalettbesök med mera. Teamet och patienten upprättade i samråd en rehabiliteringsplan som dokumenterades i patientens journal. Utskrivning från sjukhus planerades i teamet och man tog ställning till eventuellt behov av vårdplanering. Före utskrivning fattade teamets läkare beslut om att patienten var medicinskt utskrivningsklar. Ett schema för hembesök planerades i samråd med patienten. I de flesta fall följde arbetsterapeut och/eller sjukgymnast med patienten hem i samband med utskrivning. Rehabilitering i hemmet utfördes med 1-3 besök/vecka under max 2 veckor. Om medicinska frågor uppstod i samband med hembesöken kontaktades sjuksköterska och/eller läkare på strokeenheten som vid behov hade telefonkontakt med patienten. I samband med sista hembesöket utvärderades rehabiliteringsmålen. Om behov fanns av fortsatta rehabiliteringsåtgärder gjordes en överrapportering till primärvård eller kommun.

Metoder för utvärdering av förbättringsarbetet

Mätningar avseende vårdtid och mätningar om patientens upplevelse av trygghet i samband med utskrivning påbörjades 6 veckor innan projektet startade. Samma mätningar fortgick under projektets genomförande för att kunna jämföra mätetalen i samband med förbättringsarbetet.

Identifiering av patienter och vårdtid utifrån Barthels index

I nationella riktlinjer för stroke definieras svårighetsgraden av stroke utifrån Barthels index (13). Indexet mäter förmågan att klara dagliga aktiviteter och patienten ska erhålla 50-100 poäng för att ingå i patientgruppen mild till måttlig stroke (2). För att i detta projekt kunna identifiera patienter med mild till måttlig stroke började arbetsterapeut och sjukgymnast bedöma alla nyinkomna patienter enligt Barthels index (bilaga 2). Data för att få fram vårdtiden för varje enskild patient i den aktuella patientgruppen kunde sedan hämtas genom journalgranskning.

Trygghet

Patientens upplevelse av trygghet mättes på en VAS-skala (26). VAS-skalan är ursprungligen utformad för att mäta smärta, men kan även användas för mätningar av andra subjektiva upplevelser (27, 28). Inför utskrivning fick patienten frågan ”Hur trygg känner du dig inför utskrivningen från sjukhuset? Patienten ombads ange en siffra mellan noll och 10 där noll definierades som ”Inte alls trygg” och 10 definierades ”Helt trygg” (bilaga 3). Fem till sju dagar efter utskrivning ringdes patienten upp och fick svara på frågan ”Hur trygg har du känt dig hemma de första dagarna efter du skrevs ut från sjukhuset?” Återigen ombads patienten ange en siffra på samma skala (bilaga 4).

Registrering av kostnader/personalresurser

Antal patienter och hembesök dokumenterades för att möjliggöra beräkningar av påverkan på kostnader/personalresurser. Ett schema med tidsåtgång för hembesök inklusive transporter fylldes i av personalen.

Registrering av återinläggningar

Antalet återinläggningar registrerades genom journalgranskning.

Design av studien av förbättringsarbetet

Studien av förbättringsarbetet var en fallstudie (29) med kvalitativ design (30, 31) och en interaktiv ansats (32).

Metoden fallstudie bidrar till kunskaper avseende kvalitetsförbättringar i den komplexa sjukvården (33). Eftersom en stor variation av data samlas in kan faktorer som är viktiga för förbättringsarbete identifieras och därmed besvara fallstudiens frågeställningar. I forskningsområden inom hälso- och sjukvård där tyngpunkten ligger på att förklara, beskriva och förstå ett fenomen lämpar sig fallstudiemetodik bättre än randomiserade studier som traditionellt sett är vanliga och högt ansedda inom medicinsk vetenskap (34).

Forskning med en interaktiv ansats bidrar till kunskap och kompetensutveckling för forskare och involverad personal (32). Under projekttiden arbetade författaren till denna uppsats som enhetschef för de arbetsterapeuter och sjukgymnaster som deltog i förbättringsarbetet. Dialog fördes kring beslut och andra situationer som uppstod flera gånger varje vecka. Samtalen tillkom på olika sätt; genom planerade möten, korta oplanerade öga-mot-öga-träffar under arbetsdagen och genom telefonsamtal.

Metoder för att studera förbättringsarbetet

De metoder som användes för utvärdering av studien var semistrukturerade intervjuer (31) med patienter och närstående och en fokusgruppsintervju (35) med involverad personal.

Intervjuer

Patienter och närstående intervjuades efter avslutad hemrehabiliteringsperiod. Intervjuerna genomfördes i patientens hem av författaren till denna rapport och spelades in. Vid intervjutillfället var respondenten ensam i rummet med intervjuaren. En patient valde att bli intervjuad i samband med ett träningstillfälle på klinikens dagrehabilitering. Intervjun genomfördes enskilt i ett samtalsrum. Som grund vid intervjuerna användes frågeguider som sammanställts för projektet. Frågeguiderna utformades av författaren. Före intervjuerna påbörjades fick författaren återkoppling på frågeguiderna av två personer som var involverade

i projektet. En frågeguide utformades för samtalet med patienten (bilaga 5) och en annan för samtalet med den närstående (bilaga 6). Intervjuerna var semistrukturerade och frågeguiderna användes som stöd för intervjuaren i samtalet. Ordningsföljden på frågorna varierade och alla frågor behövde inte ställas utan resonemangen kom ibland spontant från respondenten (36).

Personal intervjuades i en semistrukturerad fokusintervju. En intervju i fokusgrupp innebär att data insamlas vid ett gruppsamtal som handlar om ett specifikt ämne (35). Semistrukturerade fokusgrupper är ofta lämpligt när studien är explorativ, man vill utforska hur människor resonerar kring ett visst område (36). I gruppsamtalet medverkade personal som varit involverade i förbättringsarbetet. Samtalet leddes av en person som inte varit direkt involverad i projektet men som är anställd på strokeenheten och väl insatt i det dagliga arbetet på enheten. Moderatoren fick före intervjun några korta skriftliga instruktioner (bilaga 7) om sin roll som opartisk samtalsledare (35). Orsaken till att författaren till denna rapport avstod från att närvara vid intervjun var att de dubbla rollerna som chef och samtalsledare skulle kunna påverka respondenternas öppenhet vid intervjun. En frågeguide som utarbetats av författaren till rapporten användes som stöd i gruppsamtalet (bilaga 8). Före intervjun gav handledare, coach och moderator återkoppling på frågeguiden.

Intervjuerna med patienter, anhöriga och personal spelades in och skrevs ner ordagrant. Författaren skrev ner patient- och anhörigintervjuerna, medan en sekreterare transkriberade innehållet i fokusgruppsintervjun. Texterna lästes igenom ett flertal gånger och analyserades med kvalitativ innehållsanalys vilket innebar att meningsbärande enheter med studiens frågeställningar som utgångspunkt plockades ut. Underkategorier och kategorier identifierades och teman formulerades (31).

Etiska överväganden

Både personal och patienter har ett etiskt ansvar att delta i kvalitetsutveckling (37). När förbättringsprojekt genomförs är det av stor vikt att det finns strukturer för att försäkra sig om att förändringsarbetet håller en förväntad etisk standard.

Verksamhetschefen på kliniken gav ett muntligt godkännande till förbättringsarbetet och studien av detta arbete.

Deltagande i studien var frivilligt. Information gavs skriftligt och muntligt om studien och kring insamlingen av data (bilaga 9). All information kodades och kommer att förvaras enligt svensk lag i 10 år.

Särskild hänsyn togs till att viss datainsamling utfördes i patienternas hem, vilket kunde påverka patientens integritet. Informerat samtycke var därför av stor vikt (bilaga 10). Den förväntade nyttan bedömdes vara större än risken för upplevt integritetsintrång.

Forskaren i projektet var chef för några av medarbetarna i projektgruppen och ingick i klinikkens ledningsgrupp, vilket kunde påverka graden av öppenhet. Därför genomfördes intervjun i fokusgruppen av en annan person och transkriberades innan forskaren tog del av materialet för analys.

Resultat

Projektet pågick under perioden december 2013 – mars 2014. Uppehåll gjordes under tre veckor kring jul- och nyårshelgen eftersom personalstyrkan då var reducerad. Under projekttiden inkluderades tio patienter med mild till måttlig stroke. Åldern varierade mellan 65 och 93 år. Åtta patienter var män och två kvinnor. Totalt genomfördes 31 hembesök varav 17 av både arbetsterapeut och sjukgymnast tillsammans, tio av enbart arbetsterapeut och fyra av enbart sjukgymnast. Vid fyra tillfällen genomfördes ett hembesök tillsammans med patienten medan han/hon fortfarande var ineliggande, vid åtta tillfällen följde arbetsterapeut och/eller sjukgymnast med patienten hem i samband med utskrivningen och vid nitton tillfällen utfördes uppföljande besök i hemmet. Sjuksköterskorna ringde vid två tillfällen upp patienter som hade medicinska frågeställningar.

Efter avslutade insatser av strokehemteamet var tre patienter inte i behov av fortsatt uppföljning avseende rehabilitering. Tre patienter rapporterades vidare till arbetsterapeut och/eller sjukgymnast på vårdcentral och två patienter rapporterades till kommunens hemsjukvårdsteam. En patient fortsatte sin rehabilitering på geriatrika kliniken dagrehabilitering och en följdes upp på rehabiliteringsmedicinska kliniken. Se tabell 1.

Tabell 1. Ålder, kön, antal besök i hemmet och rapporterad uppföljning för patienterna i projektgruppen.

Patient nr	Ålder	Kön	Hembesök före utskrivning	Hembesök i samband med utskrivning	Antal uppföljningsbesök	Rapport fortsatt rehabilitering
1	82	M	Nej	Ja	2 AT+SG 1 SG	SG på VC
2	93	M	Nej	Ja	1 SG	Nej
3	71	M	Ja AT+SG	Ja AT	1 AT	AT och SG på VC
4	90	K	Nej	Ja AT	2 AT+SG	AT på ortopedklinik, SG på VC
5	71	M	Ja AT+SG	Ja	1 AT+SG 1 AT	Nej
6	65	M	Nej	Nej	2AT+SG	Rehabiliteringsmedicinsk klinik
7	85	M	Nej	Ja	2AT	Nej
8	92	M	Ja AT+SG	Ja AT	1 AT 1 SG	AT och SG i kommun
9	75	K	Nej	Ja AT	1 AT+SG 1 AT 1 SG	AT i kommun
10	72	M	Ja AT+SG	Nej	1 AT+SG	Dagrehabilitering på geriatrik klinik

M=man, K=kvinnor, AT=arbetsterapeut, SG=sjukgymnast, VC=vårdcentral

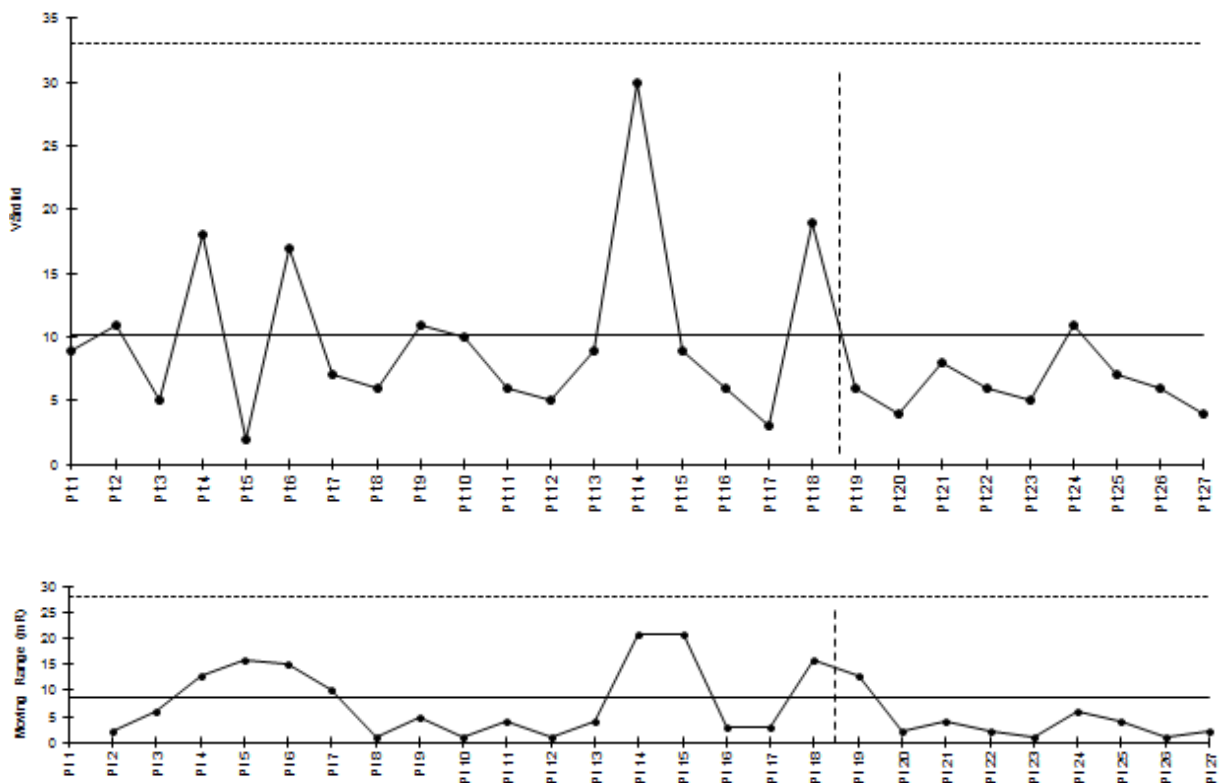
Resultat av förbättringsarbetet

Vårdtid

Vårdtiden inneliggande på sjukhus för patienterna i projektgruppen varierade mellan 4 och 37 dagar med ett medianvärde på 6 dagar. Medelvårdtiden, som är det mått som vanligtvis används inom sjukvården, var för de 10 inkluderade patienterna 9,4 dagar. Eftersom ett enstaka extremvärde på 37 dagar fanns i materialet gav medianen ett mer representativt värde för patienternas vårdtid i studiematerialet.

En baslinjemätning påbörjades under oktober månad för att identifiera om vårdtiden för patienter med mild till måttlig stroke (Barthels index 50-100) förändrades i samband med interventionen. Alla patienter bedömdes utifrån Barthels index och personalen noterade om det fanns ett kvarstående rehabiliteringsbehov när patienten skrevs ut från sjukhus. Genom journalgranskning i efterhand av strokepatienter med Barthels index 50-100 och ett kvarstående rehabiliteringsbehov noterades vårdtiden på samtliga patienter som kunde varit aktuella kandidater för strokehemteamet.

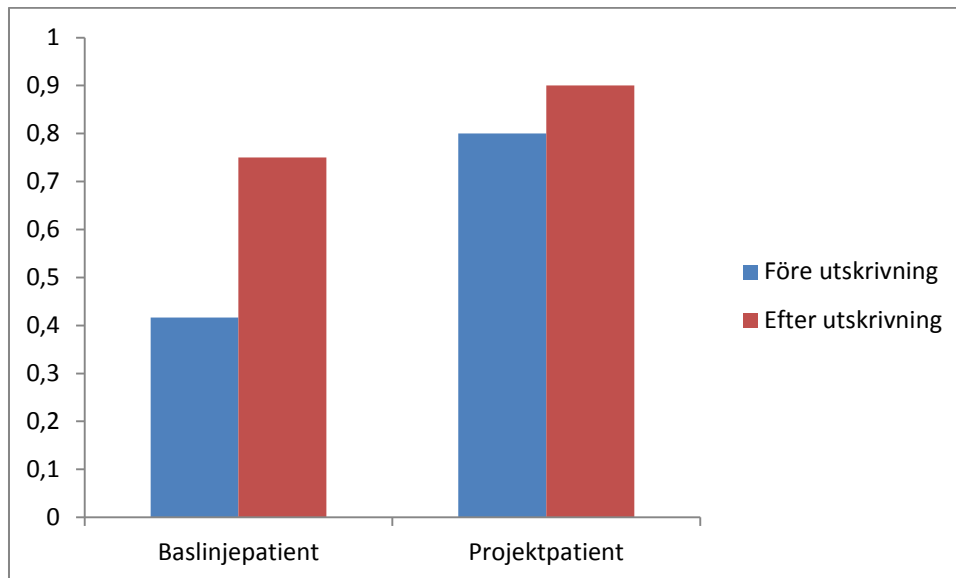
I figur 1 visas vårdtider för 27 konsekutiva patienter med mild till måttlig stroke i ett XmR-diagram. Patient 1-18 utgör baslinje och patient 19-27 ingick i projektgruppen. En streckad linje visar när projektet startade. Den 10:e patienten i projektgruppen med en vårdtid på 37 dagar har uteslutits ur analysen eftersom värdet bedömdes vara extremt och bero på medicinska komplikationer. En mindre variation kunde noteras i projektgruppen jämfört med baslinjen. Ett shift fanns i det nedre diagrammet efter interventionen vilket innebar att en förändring hade skett mot kortare vårdtider i projektgruppen.



Figur 1. Patienternas vårdtider. Den streckade linjen visar när projektet startade.

Trygghet

Flertalet patienter angav hög grad av upplevelse av trygghet inför utskrivning och efter 5-7 dagar hemma. Figur 2 visar andel patienter som angav VAS>8 före och efter utskrivningen. I projektgruppen angav något fler patienter både att de kände sig trygga inför hemgång och under de första dagarna i hemmet.



Figur 2. Upplevelse av trygghet inför och 5-7 dagar efter utskrivning

Återinläggningar

I projektgruppen hade inga patienter lagts in på sjukhus inom 30 dagar efter utskrivningen. Av de patienter som ingick i baslinjemätningen blev en patient återinlagd inom 30 dagar.

Kostnader och personalresurser

Tiden som sjukgymnast och arbetsterapeut var hemma hos patienten i samband med ett hembesök varierade mellan 30 och 75 minuter med ett medelvärde på 55 minuter. Tiden för transport var 15-30 min i vardera riktningen. Till detta kom tid för hämtning av bil och transporter inom sjukhuset. Tidsåtgången för ett hembesök beräknades därför till ca 2 timmar. Lönekostnaden för en sjukgymnast och arbetsterapeut under 2 timmar var 1178 kr (se beräkning i bilaga 11). Kostnaden för bilhyra var 200 kr/halvdagn (inklusive bensen). Totalt kostade ett hembesök där båda yrkeskategorierna deltog ca 1400 kr. Beräkningen av tidsåtgång gällde enbart själva hembesöket. Utöver detta lades tid på administration som bokning av bil, bokning av hembesök i journalhanteringssystemet Cosmic, telefonsamtal och dokumentation av insatserna i journal, som inte beräknats.

Kostnaden för en patient ineliggande på geriatrisk klinik beräknades av klinikens ekonom till 6000 kr per vård dygn.

Resultat av studien

Intervjuer med patienter

Av de tio patienter som ingick i projektgruppen intervjuades nio. En patient avböjde deltagande.

Patienternas erfarenheter redovisas i temat Individens personliga resurser. I analysen identifierades sju underkategorier och två kategorier.

Tabell 2. Patienternas erfarenheter

Underkategorier	Kategorier	Tema
Rehabilitering i hemmiljö	Aktivitet och delaktighet	Individens personliga resurser
Individuellt anpassad rehabilitering		
Upplevd säkerhet		
Synpunkter på vårdtid		
Kunskap om stroke och rehabilitering	Det professionella teamet	
Kontinuitet och delaktighet i planering		
Värdet av uppföljning		

Rehabilitering i hemmiljö

Flera patienter uppgav att det finns fördelar med att träna i hemmiljö.

”Det är klart att hemma är ju bäst för då kommer man ju in i rätt miljö med en gång.”

”Hemma är ju den miljön man lever i, där man ska komma in i rutinerna igen, så där blir det ju direkt nyttiga frågor och så”

”Bra att dom här hemma sa vad jag skulle träna när dom såg hur jag hade det.”

Individuellt anpassad rehabilitering

Patienterna beskrev också att rehabiliteringen blev anpassad utifrån deras individuella resurser och förutsättningar.

”Vi var inne på datorn och skrev... för min handstil hänger ju inte med som du ser... så hon (arbetsterapeuten) gav tips.”

”Man har ju idrottat mycket innan och då vill man ju komma igång igen... Hon sjukgymnasten var ju fantastisk, och även om jag sa vissa grejor så kunde hon tipsa om annat och mer och det var ju jättebra.”

”... och hon följde med till affären och såg hur det gick när jag handlade.”

Upplevd säkerhet

En aspekt som flera patienter tog upp var säkerhet.

”Det var jättebra när jag skulle hem tack vare att de där två tjejerna följde med och tittade så att jag kunde gå i trapporna och att det funkade i badrummet... eftersom jag är själv här hemma.”

”Sjukgymnasten fick mig att använda käppen inne här. Den har jag nästan jämt inne nu... inte förut... och det är ju en säkerhet.”

”Likadant sa hon (arbetsterapeuten) att du ska inte stå upp när du tar på dig byxorna utan du ska sitta ner, annars ramlar jag ju framåt och då hamnar jag på tv:n.”

Synpunkter på vårdtid

Flera patienter tyckte att de hade legat inlagda lagom länge på sjukhuset, och att de var redo att åka hem när det var dags. Några uttryckte att de hade legat onödigt länge. Ingen uppgav att vårdtiden hade varit för kort.

”Det var lagom länge eftersom de skulle kontrollera blodtrycket... men jag tyckte sjukhusvistelsen var jobbig med fyrabäddssalen och de här svårt sjuka... Oh, jag längtade hem!”

”Det begriper inte jag. Jag fick ju lita på vad läkaren sa, som patient vill man ju ligga på sjukhus så kort som möjligt.”

”Jag tyckte det var lite för länge, ett par dar för långt. Alltså flera dagar hände det ingenting... Det kunde varit kortare i mitt fall.”

”Jag tyckte att jag kunde åkt hem tidigare, men dom inväntade svar från Linköping som tog sån tid.”

Kunskap om stroke och rehabilitering

Några patienter beskrev betydelsen av att ha tillgång till information.

”... och så hade jag ju dom att fråga om det var något och det tyckte jag var jättefint. Det är ju så med stroke vet du att träning så fort som möjligt hjälper, du kan inte börja träna efter ett halvår, då är det för sent. Dom var ju här och hjälpte mig komma igång med det här med träning här hemma.”

”Man fick ju information när dom körde en video där på avdelningen och då fick man ju lite koll... men det kan ju vara svårt att ta in allt när man är på sjukhuset.”

Kontinuitet och delaktighet i planering

Patienterna beskrev att de tyckte det var värdefullt med kontinuiteten att personal från sjukhuset följde med hem. Några resonerade också om betydelsen av att få hjälp med fortsatt planering av rehabiliteringen och att vara delaktiga i den.

”... gillade det här med att samma människor var med hemma så det inte kommer annat folk.”

”Dom hjälpte mig att planera. Arbetsterapeuten tog ju kontakt med vårdcentralen vet du och jag har fått komma ner där.”

”Man gjorde ingenting förrän S.(arbetsterapeuten) kom från rehab och gjorde ett hembesök och såg att det inte funkade... Sen ordnade hon att jag äntligen kom vidare till en kompetent person.”

Värdet av uppföljning

Några patienter beskrev värdet av uppföljning efter sin sjukhusvistelse.

”Jag tycker allt att det är bra att dom kommer och tittar efteråt för dom kommer ju på sånt som man inte har tänkt på själv för dom är ju proffs på sånt här...”

”Det var ju just att dom kom hem hit som gjorde att det blev någon ordning på det, för jag var för borta för att ta hand om mig själv riktigt.”

”Det är ju när man kommer hem man inser att ja riktigt bra är jag ju inte. Det var en förändring i tillvaron som var påtaglig och jag insåg att jag inte kan leva riktigt som förut. Då tycker jag det är bra att någon kommer hem och tittar till.”

Intervjuer med närstående

Sex närstående intervjuades, samtliga kvinnor. Fem var hustru/sambo till patienten och en var dotter. Deras erfarenheter kunde delas in i fem underkategorier och två kategorier. Resultatet redovisas under temat Dialog mellan patient, närstående och personal.

Tabell 3. Närståendes erfarenheter

Underkategorier	Kategorier	Tema
Delaktighet	Kontakten med sjukvården	Dialog mellan patient, närstående och personal
Kontinuitet och uppföljning		
Förtroende och engagemang		
Synpunkter på vårdtid		
Stöd i anhörigrollen	Säkerhet i hemmet	
Minskad oro/trygghet		

Delaktighet

De närstående beskrev värdet i att få ta del av information och att vara delaktiga i planering. Flertalet var nöjda med informationen, men några uttryckte att de saknade samtal med läkare i samband med utskrivningen.

”Jag pratade med doktorn innan och fick den information jag behövde. Och vi fick en bok och tittade på en video så det var okey.”

”Jag har inte pratat med någon läkare öga mot öga så jag fick reda på vad som hände... saknade det... Dom har bara pratat direkt med K. (patienten).

”Dom ringde ju och talade om att det kommer med en sjukgymnast och en terapeut... så det var jag var beredd på ... det fungerade jättebra.”

”Jag fick vara med och planera när dom sa att dom skulle komma med här och kolla honom hemma.”

”Arbetssterapeuten frågade om jag kunde tänka mig att ta hem honom eftersom han var såpass rörlig.”

Kontinuitet och uppföljning

De närstående beskrev också värdet av kontinuitet med samma personal som hade träffat patienterna på sjukhuset och att sjukhusvistelsen följdes upp i hemmet.

”När man är sjuk behöver man veta vem man ska ta tag i och fråga. Och när dom var hemma nu började man lära känna dom på ett annat sätt. Även om de inte kunde svara på alla frågor så kunde dom ju hänvisa oss dit vi ska. Lite så kände jag, en säkerhet, att det var bra med samma personer här hemma, folk som han redan kände.”

”Dom förklarade mycket och vi diskuterade saker som man inte hade gjort om man suttit inne på sjukhuset tror jag. För man ser allt i en annan dager när man är hemma.”

”Det är ju oerhört viktigt med uppföljning och liksom att man kan anpassa sig till sitt boende och se att man klarar sin vardag.”

Förtroende och engagemang

De närstående uppskattade engagemanget och personalen vilket bidrog till ett förtroende för sjukvården.

”Han har fått förtroende för sjukvården efter detta, det hade han inte innan... Och jag med... Totala intrycket från strokeenheten har varit positivt.”

”Det känns som att dom bryr sig, det var någon som tog tag i det även när man är hemma.”

Synpunkter på vårdtid

Flertalet av de närstående ansåg att vårdtiden var lagom lång. En uttryckte att hon upplevt viss oro och gärna sett att han legat inlagd lite längre.

”Han var lagom länge på sjukhuset. Det tycker jag. Jag var redo att ta emot honom.”

”Det var rätt lagom både för hans del och för min att han fick va där några dagar.”

”För min del eftersom man blir lite orolig för vad som kan hända så hade jag gärna sett att ha fick stanna lite till, men det gick ju bra sen...”

Stöd i anhörigrollen

Vid intervjuerna resonerade flera av de närstående kring upplevelsen av säkerheten i hemmet för de stokedrabbade. Teamet som kom hem till patienten stöttade de närstående i att minska riskerna i hemmet.

”Han hade ett par tofflor som han var väldigt kär i och som jag har varit väldigt orolig för, för dom har ingen kappa där bak. När dom kom hit sa dom att du får inte gå med dom i trappan.... Är så glad att jag fick hjälp med det.”

”Dom kunde säga till honom att han skulle ha rollatorn ute och käppen inne. Inte så lätt för mig att säga hur det ska vara utan det är bättre att någon annan talar om det, eller hur?”

”Självklart är det ju bra att man ser hur dom klarar sig att ta sig runt i hemmiljön... och så fick han ju skjuts hem också... Hon (sjukgymnasten) kom med en rollator och pappa och han såg så glad ut.”

Trygghet/minskad oro

De närstående beskrev också att det kändes tryggt och att deras egen oro minskade tack vare att teamet gjorde hembesök.

”Bra att dom var här en gång innan han skrevs ut för då visste man att det funkade med trappor och att han råkade här hemma om man säger med sängen och toaletten och hur han hade det med vardagsgrejor.”

”Han har fått jättemycket hjälp och då blir det ju lugnare för en annan också.”

”Det kändes mycket, mycket, mycket tryggare när nån följde med hem såhär, man känner sig inte så utlämnad.”

”Då visste jag ju att han klarade trapporna och kunde gå upp och ner, och dom kollade badrummet så att det fungerade där.”

Intervju i fokusgrupp

Analysen av personalens erfarenheter resulterade i 14 underkategorier och 4 kategorier. Analysen sammanfattas i temat Sjukvårdens komplexitet.

Tabell 4. Personalens erfarenheter

Underkategorier	Kategorier	Tema
Nöjdhet hos patienter och närstående	Kvalitet för individen	Sjukvårdens komplexitet
Trygghet och kontinuitet		
Patientsäkerhet		
Tidsåtgång	Resurser	
Prioriteringar och urval		
Vårdtider		
Teamarbete och roller	Kommunikation/samarbete	
Kommunikation internt och externt		
Inflytande och arbetsglädje	Arbetstillfredsställelse	
Kontinuerlig förbättring		

Nöjdhet hos patient och närstående

I fokusgruppen beskrevs att patienter och närstående överlag var mycket nöjda med strokehemteamet. Gruppen resonerade också om att de hade fått mer kontakt med närstående i samband med hembesöket jämfört med vad som är brukligt i det vanliga omhändertagandet på strokeenheten.

"Alla patienter har varit väldigt positiva och anhöriga har varit jättepositiva också. Mmm, ja. Det har väl varit det allra bästa"

"De har blivit hemskjutsade och det har gått smidigt. Oh fantastiskt liksom, jag känner mig ju som kungen var det en som sa. Ni kommer med röda mattan och rullar ut... (flera hummanden och skratt)"

"Vi träffar ju inte anhöriga på det sättet i ren aktivitet (i det vanliga arbetssättet)... här blir det ju att vi tränar dem praktiskt i olika aktiviteter i hemmet... och man ger muntlig handledning även till anhöriga."

Trygghet och kontinuitet

Fokusgruppsdeltagarna återkom vid flera tillfällen till värdet för patienterna med kontinuiteten av att samma personer som de träffat på sjukhuset även följer med hem. De beskrev att känslan av trygghet ökar både för patient, närstående och för dem som personal.

"Det känns som det är en förutsättning för att det ska flyta bra, att man känner patienterna ganska väl... för att slippa ta om allt igen."

"Framför allt att det känns tryggt och bra för patienten, de vet precis vem det är som följer med hem eftersom det är samma person som de har träffat på sjukhuset."

"Involvera alla så att det är rätt sjukgymnast och arbetsterapeut (från avdelningen) som följer med hem."

"Vi hade ju någon här på slutet som inte var så pigg som de övriga och han upplevde ju en väldigt trygghet att vi var med då."

”Anhöriga har kunnat ställa frågor till personer som känner patienten och också vet om sjukdomen.”

Patientsäkerhet

Säkerhetsaspekten för patienterna i hemmet återkom vid upprepade tillfällen under intervjun. Personalen uttryckte också att man ibland känner en tveksamhet inför hemgång hur det ska gå för patienten, men att arbetssättet gjorde att den osäkerheten minskar.

”Man har fått möjlighet att uppmärksamma både patienter och anhöriga på eventuella risker och svårigheter och sådant.”

”Sen är det ju väldigt bra att se patienten i den egna miljön och prova där, när man vet vilka svårigheter patienten har och verkligen testa det där på plats... hjälpmedelsbehov och antihalkmattor och vad det kan vara för något... det är ju en annan sak att komma hem och se hur det verkligen är och få prova.”

Tidsåtgång

Fokusgruppen återkom vid flera tillfällen under intervjun till att ett problem hade varit att hembesöken var tidskrävande, och likaså administrationen runtomkring. De resonerade också om att utvecklingsarbete i sig innebär en ökad tidsåtgång både i planering och genomförande.

”Det var väldigt mycket olika rutiner runt om hur det skulle registreras i datorn och tillvägagångssättet, så det tog lite tid att komma in i det.”

”För mig har stressen tagit en del av kanske själva glädjen”

”Man stressar (skratt). Flexen går upp. (skratt)”

”Och när man jobbar deltid som jag gör blir man ju ännu mer begränsad.”

”Jobba med förändringar tar längre tid än man tror.”

”Viktigt att man får mer tid avsatt både i planering och genomförandet kanske.”

Prioriteringar och urval

För att kunna genomföra projektet har en hel del prioriteringar fått göras mellan olika arbetsuppgifter. Det har också varit en utmaning att selektera vilka patienter som är mest lämpade för arbetssättet.

”Sällan tråkigt att vara med och utveckla en verksamhet men det tar samtidigt både kraft och energi och kräver prioriteringar...”

”Jag kan känna att man hela tiden ska stjäla tid från övriga sysslor.”

”Svårt att vara spontan liksom, att nu har vi en patient som ska åka hem men då har vi en massa andra saker inbokade.”

”Nackdelen är att det tar mycket tid från de patienter som är inneliggande.”

”Lite etiskt kan jag känna... att liksom man kan erbjuda bara till vissa patienter och inte till alla.”

”Svårt att definiera kategorin.”

”... lite svårt att få in rutinerna... och hitta rätt personer eller patienter... Vilken var den ultimata strokehemteamspatienten? Den har vi inte hittat än. (flera skratt) utan det har ju blivit lite som det blivit.”

”... Barthel 50-100, det har vi ju sett att det ibland inte stämmer riktigt...” *”Nej precis. Utan det har varit vår känsla att det här kanske är en lämplig patient.”*

Vårdtider

Personalen resonerade om vårdtider och ställde sig tveksamma till om arbetssättet som testats överlag har kortat vårdtiderna för de aktuella patienterna. Exempel framkom både på ett tillfälle där arbetssättet förlängt vårdtiden och ett exempel där den troligen förkortats.

"Vi känner en osäkerhet i gruppen om vi verkligen har förkortat vårdtiderna något, men hade alternativet varit att ligga kvar längre på sjukhuset så är det nog många patienter som ser en nytta här och det gör man väl från sjukhusledningen också tänker jag."

"Jag tror inte att vårdtiderna har blivit varken längre eller kortare. Vid något tillfälle kanske det faktiskt har blivit förlängt en dag för att vi ska hinna med att förbereda hembesöket"

"... men sett till hur otrygg han var och hur osäkra vi kände oss, kändes det ju som att vi säkert hade försökt förlänga hans vårdtid ganska kraftigt om det var så att vi inte hade haft möjlighet att följa med honom hem."

"En del har ju uttryckt att vill hem, alltså inte stanna kvar på sjukhuset."

Teamarbete och roller

Teamarbetets betydelse framkom flera gånger under intervjun. Sjuksköterskornas roll i teamet har varit begränsad vilket framkommer tydligt. Värdet av stöttande sekreterare framkom också. Projektledarens roll i förbättringsarbetet diskuterades, att engagemanget hade varit större om projektet startats av annan anledning än att det skulle resultera i en forskningsuppgift.

"Det är bra just vid hemgång tycker jag att man kan titta på saker utifrån olika professioner(arbetsterapeut och sjukgymnast) både vad gäller förflyttning och hjälpmedelsbehovet."

"... väldigt hjälpsamma sekreterare. Absolut."

"Man skulle helst vilja involvera ett helt team."

"Lite tråkigt att det har varit en sådan situation som har gjort att vi inte ska belasta till exempel sjuksköterskor och läkare för det finns inte resurser till det."

"Vi fick ju aldrig till det hundraprocentigt, arbetsfördelningen, vem som gjorde vad."

"Jag som sjuksköterska har inte varit inblandad alls mycket. Det har varit någon patient bara som jag har varit inblandad på."

"Samtidigt har vi gärna velat att sjuksköterskor också ska ha tänkt till och påtalat om det varit lämpliga patienter."

"En dam hade väldigt mycket frågor om mediciner och att det var fel mediciner... det tog väldigt mycket av vår tid."

Som sjuksköterska, behöver inte vara någon speciell, alla skulle kunna ta den rollen, att ta tag i det om det blir något strul medicinsk. Då är alla införstådda och slår inte ifrån sig när frågorna kommer."

"Positivt med en engagerad projektledare samtidigt som vi ibland har befunnit oss långt därifrån."

"Kommer från någon som har en forskningsuppgift... inte samma entusiasm när det inte kommer från en själv."

Kommunikation internt och externt

Kommunikationens betydelse både internt inom avdelningen och externt mot kommunen framkom, samt att det är många personer involverade kring strokepatienterna.

"Det behöver bli mer känt på enheten, det behöver involvera oss alla. Inte bara utföras av en projektgrupp utan av alla i så fall."

”Arbets sättet är inte helt känt hos alla på avdelningen.”

”Väldigt många människor som blir involverade, speciellt när det gäller här inom vården... viktigt att alla är välinformerade, att alla är insatta.”

”Det behöver utvecklas och bli mer känt utåt och bli mer samarbete med kommun.”

”Osäkerhet med de som behöver hjälp med någonting... vårdplaneringar och insatser och hur vi ska förhålla oss till det.”

Inflytande och arbetsglädje

Deltagarna i fokusgruppen beskrev att de haft möjlighet att påverka i projektet och att man känt arbetsglädje, både i själva arbets sättet och i att vara med i förbättringsarbetet.

”Man har bestämt mycket själv liksom... På det sättet har det varit effektivt känns det som.”

”Det som har varit bra tycker jag... Vi har inte behövt vänta på någon taxi eller vänta på tillbakavägen... Kört med egna bilar.”

”Det har ju varit väldigt positivt att faktiskt få följa med hem och se vad vi det är vi skickar hem patienterna till.”

”Det är sällan tråkigt att vara med och utveckla en verksamhet.”

”Det är ju väldigt kul att göra något nytt och få testa någonting.”

Kontinuerlig förbättring

I intervjun framkom att kontinuerlig utveckling av arbets sättet pågått under projektiden. Tankar kring hur man kan fortsätta att utveckla arbets sättet vidare framkom också. Här resonades bland annat kring utvecklingen av det hembesök som genomfördes hos flera av patienterna medan de fortfarande var inneliggande.

”Man ser ju vad som fungerade och vad som inte fungerade, och det blir ju ett förändringsarbete till det bättre hela tiden då.”

”Jag tror att rutinerna har satt sig lite mer, som nu på slutet. Att man vet ungefär hur gången är.”

”Men det har ju blivit så att vi under vägens gång har utvecklat och det är ju också jättebra.”

”Ta med lite svårare patienter och försöka gå hem med dem i alla fall om det nu är möjligt. Det måste man ju få testa, eller få och få, man måste våga göra det.”

”Just hembesök tror jag vi kan tänka lite annorlunda och åka hem innan allt är klart.”

”Vi hade kunnat möta vissa av dem här i någon slags öppenvård eller någonting, hade ju varit otroligt mycket mer tidseffektivt...”

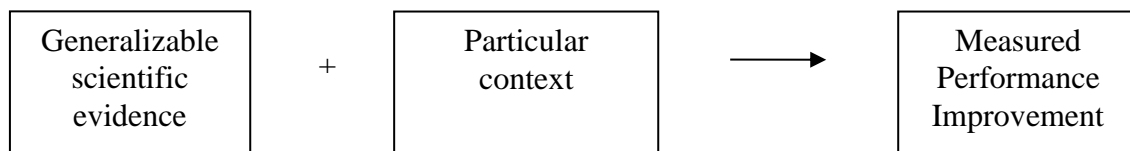
Diskussion

Resultatdiskussion

Arbets sättet med tidig understödd hemgång innebar nöjda och trygga patienter och närstående. Vårdtiderna kan ha kortats något, men viss tveksamhet finns i mätningarna, så några slutsatser kring kortare vårdtider kunde inte säkerställas. Personalen beskrev en kvalitetsförbättring för patienterna, men arbets sättet var tidskrävande.

I de nationella riktlinjerna för strokesjukvård rekommenderas tidig understödd utskrivning för patienter med mild till måttlig stroke (2). Denna rekommendation hade tidigare inte följts på strokeenheten där det beskrivna förbättringsarbetet genomfördes. Riktlinjerna saknar dock en

detaljerad beskrivning av upplägg och organisation av arbetssättet med tidig understödd utskrivning, vilket kan ses som ett kunskapsgap. I det beskrivna förbättringsarbetet var ambitionen att testa ett förändrat arbetssätt för att uppnå följsamhet till de nationella riktlinjerna i syfte att höja kvaliteten för patienten och korta tiden inlagd på sjukhus. Batalden och Davidoff (38) har i en formel (figur 2) beskrivit hur olika kunskapsområden kan kombineras och resultera i en förbättring. I det aktuella förbättringsarbetet infördes evidensbaserad kunskap i ett lokalt sammanhang.



Figur 2. Batalden och Davidoffs formel för förbättring (38).

Patienterna kände sig trygga och delaktiga i samband med utskrivning och planering, och var nöjda med arbetssättet. De beskrev fördelar med att komma igång i sin hemmiljö och att träningen var individuellt anpassad. Detta ligger i linje med begreppet personcentrerad vård där individens egna resurser är i fokus (18). Patienterna i projektgruppen var något tryggare än patienterna i baslinjemätningen. Troligen främjar arbetssättet att patienterna upplever personalen engagerad i hela deras situation, inte bara kring sjukdomen. I personcentrerad vård vill man komma ifrån att betrakta patienten utifrån sjukdomen eller funktionsnedsättningen, och i högre grad planera vård och rehabilitering i samförstånd med patienten (17). Forskning om stroke-rehabilitering stödjer personcentrerad vård. I en systematisk översikt har betydelsefulla faktorer vid implementering av stroke-rehabilitering i hemmet analyserats. En av faktorerna som identifierades var att både patient och personal bör vara involverade i återhämtningsprocessen och delaktiga i beslut om tidig understödd hemgång (39).

Personcentrerad vård handlar inte bara om individen utan även om patientens sociala sammanhang (19). För strokepatienterna hade närstående en betydelsefull roll, vilket framkom i intervjuerna. Personalen i strokehemteamet upplevde att kontakten med anhöriga ökade med det förändrade arbetssättet. I närståendeintervjuerna framkom betydelsen av dialog med sjukvården för inhämtande av information, delaktighet i planering, minskad oro och stöd i anhörigrollen. En kvalitativ studie av tidig understödd hemgång genomförd i Storbritannien visade liknande resultat. I studien intervjuades 27 strokepatienter och 15 närstående. I resultatet framkom att arbetssättet hade mottagits positivt av patienter och närstående samt att information var betydelsefullt. Närståendes behov av stöd betonades också (40).

Både patienter och närstående betonade värdet av information och att ha kunskap om stroke och rehabilitering. De resonerade också om betydelsen av att se över och resonera om fallrisker i hemmet. Att hembesöken genomfördes av ett specialiserat team med inriktning mot stroke bidrog sannolikt till en professionalitet i informationen. Forskning visar att personer som drabbas av stroke är i lägre grad fysiskt aktiva både före och flera år efter insjuknandet jämfört med genomsnittet av befolkningen, samt att låg fysisk aktivitet ökar risken för återinsjuknande, hjärt-kärlsjukdomar och fallskador (41). Den information som gavs till patient och närstående, praktisk genomgång av aktiviteter och identifiering av fallrisker som ingår i hembesöken var viktig avseende sekundärpreventionen efter en stroke. En nyligen publicerad epidemiologisk metastudie visade att fysisk aktivitet vara lika effektivt som traditionell medicinering för att motverka förtida död efter stroke (42).

Resultatet av vårdtidsmätningen visade att vårdtiderna var något kortare för patienterna i projektgruppen jämfört med baslinjemätningen. Viss tveksamhet fanns dock i om mätvärdena i baslinjemätningen var fullt jämförbara med projektgruppens värden (se vidare i metoddiskussionen). Vid fokusgruppsintervjun framkom även där en tveksamhet ur personalens perspektiv om vårdtiderna alls hade påverkats av det nya arbetssättet. Förslag diskuterades i gruppen om hur man skulle kunna fortsätta att utveckla arbetssättet för att effektivisera genom att ännu tidigare planera in hembesök medan patienten fortfarande låg inlagd på avdelningen. För att utveckla detta vidare skulle all avdelningspersonal behöva involveras för att snabbt identifiera lämpliga patienter. I den Cochraneöversikt som de nationella riktlinjernas rekommendation baseras på, beskrevs en vårdtidsförkortning med i genomsnitt 7 dagar för enheter med tidig understödd hemgång (14). För patienterna i detta förbättringsarbete var den genomsnittliga vårdtiden 9,4 dagar. Förutsättningarna i de studier som ingick i Cochraneöversikten skiljde sig väsentligt från de förhållanden som idag är aktuella i svensk sjukvård, vilket också påtalats i en pågående studie i Göteborg (16).

En intressant iakttagelse i resultatet av patientintervjuerna var att korta vårdtider inte bara ska ses som en fråga om resurser och effektivitet. Patienterna uttryckte tydligt att korta vårdtider även har en kvalitetsaspekt för individen. Flera beskrev att man ville ligga på sjukhus kortast möjliga tid, och i några fall hade man önskat hemgång ännu tidigare än vad som blev aktuellt.

Tidsåtgången för hembesöket var ca 2 timmar exklusive administrativ tid. Arbetsformen var tidskrävande och noggranna övervägningar behöver göras för att även kunna säkerställa behovet av personal för de inneliggande patienterna på avdelningen. Hänsyn måste tas till den totala bemanningen på enheten, så kvaliteten för inneliggande patienter kan bibehållas. Personal- och bilkostnaden för ett hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast var ca 1400 kr och varje patient besöktes i genomsnitt vid tre tillfällen. Detta kan relateras till att kostnaden för ett vårddygn av en patient som vårdas inom specialiteten geriatrik i Jönköpings läns landsting 2013 beräknades ca 6000 kr enligt klinikens ekonom. En systematisk översikt av hembaserad strokehabilitering visade att kostnaderna var lägre jämfört med andra rehabiliteringsalternativ (39). Kostnadseffektivitet i tidig understödd hemgång har också framkommit i den Cochraneöversikt som tidigare nämnts (14). Arbetssättet i detta förbättringsarbete skulle sammanfattningsvis kunna bedömas som ekonomiskt försvarbart om vårdtiderna minskade med i genomsnitt ett dygn. En förutsättning för att nya arbetssätt ska kunna implementeras är att det ekonomiska fördelningssystemet inom sjukvården stödjer nya arbetsformer som exempelvis detta där hembesök kompletterar sjukhusvård, både före och efter utskrivning.

Återinläggning på sjukhus efter ett vårdtillfälle involverar resursutnyttjande och innebär sämre kvalitet för patienten. I den här studien analyserades återinläggningar som ett balanserande mått. Inga återinläggningar noterades i projektgruppen vilket var positivt. När man i framtiden strävar efter att utveckla arbetssättet mot kortare vårdtider kan detta mått vara angeläget att fortsätta följa.

Personalens erfarenheter sammanfattades i temat Sjukvårdens komplexitet. Diagnosen stroke är i sig komplex med olika svårighetsgrader, patienter i varierande åldrar och en stor variation av symptom och resttillstånd i efterförloppet. Resttillstånden kan innefatta svaghet, kognitiva svårigheter, dysfasi, trötthet, sväljningssvårigheter mm. Dessutom är flertalet patienter äldre vilket innebär ökad risk för andra sjukdomar och funktionsnedsättningar. Komplexiteten blir också uppenbar när man identifierar de olika enheter utöver strokeenheten som kan bli involverade i patientens eftervård; kommunens hemsjukvårdsteam,

rehabiliteringsmedicinsk klinik, vårdplaneringsteam och vårdcentraler. En tredje aspekt på komplexitet är multiprofessionaliteten. Kring strokepatienten är i regel ett flertal olika professioner involverade och personal med olika profession har ofta olika chefer. Att driva förändringar i den komplexa sjukvården kräver uthållighet och en förståelse för komplexiteten (43). En utmaning som bottnar i sjukvårdens komplexitet framkom vid fokusgruppsintervjun. Den utmaningen handlar om kommunikation, både internt och externt, och blir uppenbar med många aktörer inblandade.

Sammansättningen av ett team som ska jobba med förändringar är av stor betydelse, i synnerhet när arbetet kräver självständighet och självstyre i gruppen (25, 44). Kompetens, erfarenhet och engagemang är värdefullt. Projektgruppen bestod av personal med specifik kompetens i strokesjukvård. De hade också lång erfarenhet av patientgruppen och flera hade tidigare arbetat med hemrehabilitering vilket visade sig vara en stor tillgång. De visade också engagemang och var villiga att delta i projektet. I fokusgruppsintervjun resonerades om teamets betydelse och olika roller i samband med förbättringsarbetets genomförande. I projektgruppen såg man fördelar i att olika yrkesgrupper var involverade och att sjukgymnast och arbetsterapeut samarbetade vid hembesöken. Samtidigt upplevdes involveringen av medicinsk personal bristfällig. Det var endast två sjuksköterskor delaktiga i projektet, och de hade en konsultativ roll. Enhetens läkare var informerade och hade gett sitt positiva samtycke till att arbetssättet testades, men var inte direkt knutna till projektet. Orsaken till att sjuksköterskornas roll begränsades jämfört med den ursprungliga projektplanen var att under perioden fanns stora påfrestningar i arbetsmiljön på enheten. Det handlade om hög personalomsättning i sjuksköterskegruppen, svårigheter med bemanning och stress. Konsekvensen blev att sjuksköterskorna inte deltog i hembesöken utan rådfrågades om medicinska frågeställningar uppstod vid hembesöken och ringde då upp i efterhand. Även i rehabgruppen uppstod en del frånvaro och annat engagemang som påverkade bemanning och arbetsmiljö. Vid samma tid som projektet skulle komma igång beslutade dessutom sjukhusledningen om anställningsstopp på sjukhuset vilket skapade en osäkerhet och oro både hos personal och hos chefer. Rollen som samtidig projektledare, chef, studerande och forskare ställdes på prov eftersom det handlade om att väga olika intressen mot varandra. I fokusintervjun framkom att detta haft viss negativ påverkan på gruppen, och att det hade funnits en större entusiasm om förbättringsarbetet tydligare hade haft sitt ursprung från gruppen snarare än från en forskningsuppdrag. Framgångsfaktorer i utvecklingsarbete är tidig involvering av personal i mikrosystemen och ledningens stöd (45).

Metoddiskussion

Fallstudie var en lämplig metod att använda. Variationen av källor för datainsamling gav en bredd i resultatet som ledde fram till svar på frågeställningarna. De kvantitativa mätningarna av vårdtider och trygghet i kombination med resultaten av den kvalitativa innehållsanalysen, bidrog med förståelse kring patienters, närståendes och personals upplevelser. Den ökade förståelsen gällde både aspekter på vårdtider och trygghet, och gav en bredare bild av de erfarenheter som upplevdes. Kvantitativa mätningar av kostnader och återinläggningar kompletterade studien med balanserade mått. I studier som inriktas på att beskriva implementeringar av kvalitetsförbättring i ett komplext sammanhang bidrar fallstudien som metod (33).

En osäkerhet i metoden var urvalet av patienter till baslinjemätningarna före projektets start. Urvalskriterierna var Barthels index 50-100, strokediagos och ett kvarstående rehabiliteringsbehov. Det är dock inte säkert att alla de patienter som ingick i baslinjen skulle

ha blivit aktuella för strokehemteamets insatser. Sällningen i baslinjematerialet och i projektmaterialet kan ha varit olika. Exempelvis kan patienter som hade mycket kort vårdtid diskuteras. Patient nummer fem och sju i baslinjen hade vårdtider på två och tre dagar, och det var svårt att i efterhand värdera om de hade haft behov av stöd vid hemgång eller inte. Den patient som hade längst vårdtid i baslinjemätningen låg inlagd 30 dagar. Han hade Barthels index 50, alltså ganska uttalade funktionsnedsättningar, och behövde sannolikt därför en lång vårdtid. Han skrevs ut till hemmet, och troligen hade strokehemteamet varit till hjälp för honom. En patient som deltog i projektet hade också en anmärkningsvärd lång vårdtid, 37 dagar. Han hade Barthels index 95, men vårdtiden blev lång på grund av medicinska komplikationer och därför har värdet uteslutits i styrdiagrammet som visualiserar vårdtider före och under förbättringsarbetet. Tveksamhet föreligger alltså i om patienterna i baslinjen och projektpatienterna är helt jämförbara, och en medvetenhet om detta behöver finnas med vid tolkning av resultaten.

Bedömning av alla enhetens patienter med Barthels index påbörjades under hösten för att identifiera gruppen mild/måttlig stroke enligt nationella riktlinjer. Det var dock tidkrävande för involverad personal och den konkreta nyttan med mätningarna ifrågasattes. Vid ett möte i januari beslutade personalen och projektledaren i samråd att avsluta mätningarna som involverade alla patienter på avdelningen. I stället övergick personalen till att endast bedöma Barthels index på de patienter som var aktuella för strokehemteamet. Beslutet fick stöd i en reliabilitetsstudie av Barthels index (46). Där framgick att skillnaderna var små mellan en bedömning av funktionsnivån utifrån Barthels index jämfört med att fråga en personal med kännedom om patienten eller en närstående om patientens funktionsnivå. Det tidskrävande arbetet med ett urval baserat på Barthels index ersattes av att personalen i strokehemteamet utifrån sin erfarenhet resonerade med teamet och fattade ett gemensamt beslut om vilka patienter som var lämpliga.

Metoden intervju av patient kan diskuteras eftersom vanliga symptom efter stroke är kognitiva och språkliga nedsättningar. I viss mån har detta påverkat studien. Några av patientintervjuerna blev korta tidsmässigt och innehållet begränsades av minnes- och språksvårigheter. De patienter som hade mest uttalade begränsningar i kommunikationen hade dock närstående hemma, så i de fallen bidrog närståendintervjuerna till en mer komplett bild av erfarenheterna. Att undersöka patienternas erfarenheter är viktigt i kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård. Detta beskrivs i en systematisk översiktsartikel som sammanfattar evidens från 55 studier. Slutsatsen var att patienterfarenheter bör ses som en av tre hörnstenar i kvalitetsarbete tillsammans med patientsäkerhet och effektivitet (47).

En annan aspekt av kognitiv funktionsnedsättning som kan ha påverkat resultaten är nedsatt insikt. Några patienter kan ha skattat sig högt på trygghetsmätningen trots att uppenbara risker för exempelvis fall förelåg vid hemgång. Mest troligt är dock att patienter med nedsatt insikt fanns representerade i baslinjemätningen såväl som bland patienterna i projektgruppen vilket innebär att grupperna ändå kunde jämföras. Mätning av trygghet med VAS-skala var ett snabbt och enkelt sätt att få en bild av patientens upplevelse av trygghet. VAS-skalar används ofta för bedömning av smärta, men kan även användas för mätning av andra subjektiva upplevelser som illamående, sömnkvalitet och oro (27). Andra studier där just upplevelsen av trygghet har mätts på en VAS-skala har inte hittats vid litteratursökning. Några patienter uppgav att det var svårt att sätta en siffra på sin upplevelse av trygghet. Att komplettera mätningen av trygghet med patienternas kvalitativa beskrivning i intervjuerna gav en bredare bild av patientens totala upplevelse.

Något som med fördel hade kunnat planeras annorlunda var tiden för genomförande av projektet. Start i början av december var olyckligt eftersom det strax efter starten av det nya arbetssättet fick göras ett avbrott under jul- och nyårshelgen på grund av otillräcklig bemanning. Patienter rekryterades under totalt tre månader och flödet av patienter som inkluderades enligt checklistan var oregelbundet. En längre sammanhållen projekttid på 5-6 månader hade varit önskvärt för att kunna utvärdera under en längre tid. Under fokusgruppsintervjun beskrev en i personalen att det var först på slutet som rutinerna satt sig, och möjligtvis skulle upplevelsen av stress i personalgruppen kunnat minska om arbetsrutinerna hunnit blivit mer invanda.

Inspiration från Agil projektledning (25) användes i projektet och var till god nytta. Vid starten var projekttavlan till hjälp för att identifiera vad som behövde göras, när det sedan påbörjades och blev klart. Det blev tydligt för alla var man befann sig och vad som skulle utföras mellan träffarna i uppstarten. Det agila arbetssättet innebar att förändringar i arbetssättet hanterades under projektets gång och ledde till en löpande utveckling. Tankesättet stämmer väl överens med att arbeta utifrån PDSA-cykler med ständigt pågående förbättringar. Anpassningar efter patient och situation pågick hela tiden och innebar ett kontinuerligt lärande för alla. En medarbetare i projektgruppen uttryckte i slutet av projekttiden att *”varje patient är verkligen unik”*. Flexibilitet var en förutsättning för att kunna genomdriva arbetet utifrån patientens förutsättningar. Agil projektledning innebar också att personalen i projektgruppen hade ett stort ansvar och möjlighet att påverka arbetet. Detta var naturligt eftersom de i högre grad än projektledaren hade kompetensen kring strokepatienterna och hemrehabilitering. Projektledarrollen var mest en samordnande och coachande funktion.

I urvalet selekterades patienterna utifrån Barthels index och en checklista. Vissa urvalskriterier baserades på patientens funktions- och aktivitetsnivå och behövs för att bibehålla säkerheten, t.ex. förmåga att hantera telefon och kognitiv förmåga för att tillgodogöra sig rehabilitering. Andra urvalskriterier var baserade på transporttid till patientens hem. Detta måste övervägas noga vid ställningstagande till fortsatt arbetssätt. Enligt Socialstyrelsen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (48). Det uppnår vi inte om endast patienter i närområdet har möjlighet att få tillgång till strokehemteamets insatser. En av deltagarna i fokusgruppen uttryckte vid intervjun att det finns en etisk aspekt i att inte erbjuda arbetsmodellen till alla.

Interaktiv ansats innebär att forska tillsammans med de berörda, att lära och utvecklas ömsesidigt. Den kontinuerliga dialogen som fördes mellan forskare och personal bidrog till ett gemensamt lärande och praktiskt användbar kunskap, vilket förhoppningsvis kommer till god nytta i fortsatt utveckling av arbetssättet (32).

Slutsatser

Arbetssättet med tidig understödd utskrivning innebar att patienterna upplevde sig tryggare när de skrevs hem från sjukhuset. De beskrev också fördelar med att rehabiliteringspersonalen instruerade om träning och identifierade riskfaktorer i hemmiljön. Kontinuiteten i att samma personal som de träffat på sjukhuset följde med hem var uppskattat. Även närstående var positiva till arbetssättet. Betydelsen av information och delaktighet betonades, samt att de fått stöd i anhörigrollen i samband med hembesöken.

Vårdtiderna kortades något, men det finns en osäkerhet i mätningen. Formerna för arbetsmodellen behöver utvecklas vidare baserat på de erfarenheter som framkommit. En dialog i teamet med tidigare ställningstagande och planering av ett första hembesök i samråd med patient och närstående skulle troligen kunna påverka vårdtiderna ytterligare. Förutsättningen är att all personal involveras. Komplexiteten kring strokepatienterna med varierande symptom och många aktörer involverade kräver en individuell planering utifrån patientens resurser.

Förbättringsarbetet var engagerande, men tog tid och kraft för de medarbetare som var involverade. Förhoppningen är att lärdomarna från detta projekt kan bidra till fortsatt utveckling av rehabiliteringsprocessen i samband med utskrivning.

Referenser

1. Riksstroke. Årsrapport 2012. Umeå: Riksstroke; 2013. [Läst 2014-01-04]. Tillgänglig: http://www.riks-stroke.org/content/analyser/Riks-Strokes_Arsrapport%202012.pdf.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Mätzsch T, Gottsäter A. Stroke och cerebrovaskulär sjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2007.
4. 1177 Vårdguiden. Stroke - Slaganfall. Stockholm: 1177; 2013. [Läst 2014-01-04] Tillgänglig: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Stroke--slaganfall/>.
5. Rundek T, Sacco RL. Risk factor management to prevent first stroke. *Neurologic clinics*. 2008;26(4):1007-45.
6. World Health Organization. The global burden of disease 2004. Geneva: WHO; 2014. [Läst 2014-01-04]. Tillgänglig: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.
7. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014;383(9913):245-54.
8. Norrving B, Kissela B. The global burden of stroke and need for a continuum of care. *Neurology*. 2013;80(3 Suppl 2):S5-12.
9. Feigin VL. Stroke epidemiology in the developing world. *Lancet*. 2005;365(9478):2160-1.
10. Cochrane. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2013. [Läst 2014-05-08]. Tillgänglig: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000197.pub3/abstract>.
11. Asplund K, Hulter Asberg K, Norrving B et al. Riks-stroke - a Swedish national quality register for stroke care. *Cerebrovascular diseases*. 2003;15 Suppl 1:5-7.
12. Socialstyrelsen. Strokesjukvård: Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The barthel index. *Maryland state medical journal*. 1965;14:61-5.
14. Fearon P, Langhorne P. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2012. [Läst 2014-05-08]. Tillgänglig: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000443.pub3/abstract>.
15. Fjaertoft H, Rohweder G, Indredavik B. Stroke unit care combined with early supported discharge improves 5-year outcome: a randomized controlled trial. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2011;42(6):1707-11.
16. Sunnerhagen KS, Danielsson A, Rafsten L et al. Gothenburg very early supported discharge study (GOTVED) NCT01622205: a block randomized trial with superiority design of very early supported discharge for patients with stroke. *BMC neurology*. 2013;13:66.
17. Vårdhandboken 2014. Personcentrerad vård. Stockholm: Vårdhandboken; 2014. [Läst 2014-05-17]. Tillgänglig: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>.
18. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2001;322(7284):444-5.
19. Ekman I, Swedberg K, Taft C et al. Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2011;10(4):248-51.
20. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European heart journal*. 2012;33(9):1112-9.

21. Thor J. Improvement knowledge should be used when working for changes of health care. *Läkartidningen*. 2002;99(34):3312-4.
22. Langley GJ. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Fransisco, CA: Jossey-Bass;2009.
23. Qulturum. *Modellen för förbättringar*. Jönköping: Landstinget i Jönköpings Län; 2014 [Läst 2014-05-15]. Tillgänglig: <http://plus.lj.se/infopage.jsf?nodeId=31713>.
24. Landstinget i Jönköpings län. *Budget med verksamhetsplan 2013*. Jönköping; Elanders/NRS Tryckeri AB; 2012.
25. Gustavsson T. *Agil projektledning*. Stockholm: Sanoma utbildning; 2011.
26. Stubbs DF. Visual analogue scales. *British journal of clinical pharmacology*. 1979;7(1):124.
27. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing & health*. 1990;13(4):227-36.
28. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychological medicine*. 1988;18(4):1007-19.
29. Yin RK. *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
30. Doyle L, Brady A, Byrne G. An overview of mixed methods research. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(2):175-85.
31. Granskär M, Höglund-Nielsen B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
32. Svensson L. *Interaktiv forskning - för utveckling av teori och praktik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2002.
33. Baker GR. The contribution of case study research to knowledge of how to improve quality of care. *BMJ quality & safety*. 2011;20 Suppl 1:i30-5.
34. Vandenbroucke JP. Observational research, randomised trials, and two views of medical science. *PLoS medicine*. 2008;5(3):e67.
35. Wibeck V. *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur; 2010.
36. Henricson M. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
37. Lynn J, Baily MA, Bottrell M et al. The ethics of using quality improvement methods in health care. *Annals of internal medicine*. 2007;146(9):666-73.
38. Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality & safety in health care*. 2007;16(1):2-3.
39. Siemonsma P, Dopp C, Alpay L et al. Determinants influencing the implementation of home-based stroke rehabilitation: a systematic review. *Disability and rehabilitation*. 2014.
40. Copley CS, Fisher RJ, Chouliara N et al. A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(8):750-7.
41. Vahlberg B, Cederholm T, Lindmark B et al. Factors related to performance-based mobility and self-reported physical activity in individuals 1-3 years after stroke: a cross-sectional cohort study. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*. 2013;22(8):e426-34.
42. Naci H, Ioannidis JP. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2013;347:f5577.
43. Norbäck LE, Targama A. *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur; 2009.

44. Collins JC. Good to great and the social sectors: why business thinking is not the answer: a monograph to accompany Good to great: why some companies make the leap--and others don't. Boulder, Colorado: J. Collins; 2005.
45. Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. Quality by design: a clinical microsystems approach. San Fransisco, California: Jossey-Bass; 2007.
46. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. International disability studies. 1988;10(2):61-3.
47. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ open. 2013;3(1).
48. Socialstyrelsen. God vård: om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Bilagor

Bilaga 1. Checklista

Checklista för att identifiera lämplig patient till understödd hemgång

	Ja	Nej
Barthels index 50-100 poäng		
Medicinskt utskrivningsklar		
Kvarstående rehabiliteringsbehov – sjukgymnast och/eller arbetsterapeut		
Motiverad/kognitiv förmåga till att tillgodogöra sig rehabilitering		
Klarar att hantera telefon		
Boende i Jönköpings kommun		
Transporttid max 30 min		

Bilaga 2. Barthels Index

Äta	Duscha/bada	Raka sig/borsta tänder/tvätta sig	Klä sig	Tarmkontinens	Blåskontinens
0 – kan ej	0 – behöver hjälp	0 – behöver hjälp	0 – behöver hjälp	0 - inkontinent	0 - inkontinent
5- hjälp att dela, lägga upp	5 - självständig	5 – klarar alla moment själv	5 – gör hälften av momenten själv	5 – tillfälliga olyckor	5 – tillfälliga olyckor, kan inte hålla sig
10 - oberoende, kan skära, bre smörgås, ta mat			10 – sköter allt själv, knyter skor, knäpper knappar	10 - kontinent	10 - kontinent

Toalettbesök	Förflyttning säng-stol och tillbaka	Förflyttning på jämnt underlag	Trappor
0 – behöver hjälp	0 – kan ej, ingen sittbalans	0 – klarar ej 45 m eller immobiliserad	0 – kan ej
5 – behöver hjälp pga nedsatt balans, toalettpapper, rätta till kläder	5 – hjälp av 1 pers ligg till sitt, lyft eller 2 pers vid överflyttningen	5 – kör rullstol självständigt 45 m	5 – behöver hjälp, verbal, fysisk
10 - självständig	10 – lätt fysisk hjälp eller muntlig påminnelse	10 – kan gå 45 m med lätt hjälp eller tillsyn	10 - självständig
	15- självständig på ett säkert sätt	15 – kan gå 45 m självständigt med eller utan hjälpmedel	

Vad patienten **gör**, inte kan göra.

Bedömning behöver ej göras i direkt situation med patienten utan kan samlas in från teamet.

Att använda hjälpmedel för att bli självständig är ok.

Bilaga 3. Mätning av trygghet före utskrivning

Hur trygg känner du dig inför utskrivningen från sjukhuset?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls trygg

Helt trygg

Motivera svaret:

Kommentar:

Bilaga 4. Mätning av trygghet 5-7 dagar efter utskrivning

Hur trygg har du känt dig hemma de första dagarna efter du skrevs ut från sjukhuset?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inte alls trygg

Helt trygg

Vi kommer att ringa till Dig och ställa frågan ovan några dagar efter att Du skrivits ut från sjukhuset. Detta formulär kan du då ha framför dig som stöd. Därefter kan formuläret slängas.

Bilaga 5. Intervjuguide patient

Fakta om bakgrund:

Ålder, kön, aktuellt hälsotillstånd, socialt/boende

Inledning av samtal:

Berätta om när du insjuknade i stroke och beskriv tiden på sjukhuset.

Frågor:

Tyckte du att tiden inlagd på sjukhus var lagom lång? Kände du dig klar där när du lämnade sjukhuset? Varför/varför inte?

Hur upplever du att utskrivningen från sjukhuset fungerade?

Har du fått den information du behövt om stroke och rehabilitering?

Har du vetat vart du ska vända dig med frågor?

Har du känt dig delaktig i att formulera mål för din rehabilitering?

Hur har den första tiden hemma fungerat?

Har antalet hembesök varit lagom många? Fler/färre? Varför?

Hur har det gått efter det att strokehemteamet avslutade sina insatser hos dig?

Har du några råd till oss om hur vi skulle kunna förbättra våra arbetssätt i samband med utskrivning? Något vi skulle kunna göra annorlunda?

Andra synpunkter eller något du vill ta upp?

Bilaga 6. Intervjuguide närstående

Fakta om bakgrund:

Ålder, kön, socialt/boende

Inledning av samtal:

Berätta om hur det gick till när din närstående insjuknade i stroke och om tiden på sjukhuset.

Frågor till närstående:

Hur upplever du att utskrivningen från sjukhuset fungerade?

Kände du dig delaktig i planeringen?

Har du känt dig trygg i samband med att din närstående kom hem efter sin sjukhusvistelse? Har något känts osäkert?

Tyckte du din närstående var klar på sjukhuset när han/hon skrevs hem? Skrevs han/hon ut för tidigt? För sent? Beskriv varför.

Har du fått den information du behövt om stroke och rehabilitering?

Har du vetat vart du ska vända dig med frågor?

Hur har den första tiden hemma fungerat?

Hur upplever du att strokehemteamet har fungerat?

Har du några råd till oss om hur vi skulle kunna förbättra våra arbetssätt i samband med utskrivning?

Andra synpunkter eller något du vill ta upp?

Bilaga 7. Moderators roll

Moderators roll vid fokusgruppsintervju

- Ställa frågor utifrån intervjuguiden
- Vara en aktiv lyssnare, engagerad och opartisk
- Sprida värme och empati – Få gruppen att känna sig avspänd och bekväm.
- Se till att man håller sig till ämnet.
- Fördjupa frågorna vid behov:
 - Kan du utveckla lite mer?
 - På vilket sätt?
 - Hur menar du?
- Inte fastna för länge i en detalj.
- Hålla koll på tiden.

Bilaga 8. Intervjuguide fokusgrupp personal

Inledning av samtal av uppsatsens författare:

Hälsa välkomna. Moderatoren presenteras och rollen som opartisk samtalsledare beskrivs. Resonemang om att det som sägs under gruppintervjun inte ska föras vidare. Ramar för intervjun går igenom: Författaren kommer inte att delta. Samtalet spelas in. Sekreterare kommer att skriva ut den inspelade intervjun och materialet avidentifieras.

Möjlighet för gruppen att ställa frågor.

Frågor kring projektarbetet:

Hur tycker ni att arbetssättet med strokehemteamet har fungerat? Vad har fungerat bra? Vad har fungerat mindre bra?

Finns det någon tydlig patientnytta med arbetssättet? På vilket sätt har det kommit patienterna till nytta? Anhöriga?

Finns det några ökade risker?

Upplever du att vårdtiderna har påverkats för de patienter som ingått i projektet? Hur?

Hur har förändringen påverkat arbetssituationen för personalen?

Tycker du att dina professionella kunskaper har tagits tillvara och kommit till nytta i projektet? På vilket sätt?

Kan arbetssättet med strokehemteamet utvecklas vidare baserat på lärdomar under projekttiden? På vilket sätt?

Frågor om att förändra/förbättra verksamheten:

Vad är viktigt att tänka på när man arbetar med förändrings- och förbättringsarbeten?

Varför är just dess aspekter betydelsefulla?

Vilka lärdomar kan vi dra från detta förbättringsarbete? Något vi kan göra annorlunda nästa gång?

Andra synpunkter eller något ni vill framföra?

Bilaga 9. Deltagarinformation

Deltagarinformation

Tidig understödd utskrivning från strokeenhet

En fallstudie av ett förbättringsarbete inom rehabilitering

Bakgrund och syfte

Personer som drabbats av stroke är ofta i behov av rehabilitering. Enligt Nationella riktlinjer för strokevård rekommenderas att patienter med mild till måttlig stroke erbjuds fortsatt stöd och rehabilitering i hemmet efter utskrivning från sjukhuset. Stödet ska ges av ett specialiserat team som utgår från en strokeenhet. På Länssjukhuset Ryhov pågår ett förbättringsarbete där vi erbjuder understödd hemgång med stöd av ett strokehemteam. Syftet med den här studien är att undersöka patienters, närståendes och personalens erfarenheter av det nya arbetssättet.

Förfrågan om deltagande

Patienter med mild till måttlig stroke som vårdas på Geriatriska kliniken, avdelning B, Länssjukhuset Ryhov tillfrågas att delta i studien.

Hur går studien till?

Rehabiliteringen efter stroke planeras efter dina behov och önskemål, och fortsätter efter utskrivningen från sjukhuset i ditt hem. Personal från stroteamet kommer hem till dig 1-3 gånger per vecka under max två veckor. Om du därefter har fortsatt behov av rehabilitering fortsätter den i primärvårdens eller kommunens regi.

När strokehemteamet har avslutat sina insatser kommer du och eventuellt en närstående att bli intervjuad i hemmet. Frågorna kommer att handla om vilka erfarenheter du fått i samband med utskrivningen och hur du upplevt rehabiliteringen den första tiden hemma.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att spelas in och skrivas ned. Personuppgifter och insamlad data kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det. Analys och redovisning sker utan möjlighet att identifiera individer.

Frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt och du har rätt att avbryta deltagandet när som helst utan särskild förklaring. Om du inte vill delta eller vill avbryta kommer detta inte att påverka ditt fortsatta omhändertagande. Har du frågor eller vill avbryta ditt deltagande kan du kontakta Charlotte Jansson, Geriatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, tel. 036-32 25 05.

Bilaga 10. Informerat samtycke

Informerat samtycke

Tidig understödd utskrivning från strokeenhet –

En fallstudie av ett förbättringsarbete inom rehabilitering

Jag har fått information om vad det innebär att delta i den här studien och har haft tillfälle att ställa och få svar på eventuella frågor. Jag samtycker till att delta i studien samt till att resultaten får användas i forskningssammanhang.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt. Jag kan när som helst, utan förklaring, avbryta mitt deltagande utan att det påverkar mitt fortsatta omhändertagande. Vidare är jag medveten om att data som samlas in kommer att förvaras, hanteras och analyseras på ett sådant sätt att personuppgifter endast är tillgängliga för behöriga i projektet.

Jag har läst, förstått och godkänt deltagarinformationen och samtyckesformuläret.

Datum: _____

Underskrift patient: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____

Underskrift anhörig: _____

Namnförtydligande: _____

Bilaga 11. Beräkning av kostnader

Timlön

Uträkning av timlön (schablon enligt klinikens ekonom):

Månadslön x 12,2 x 1,4413 = Årslön inklusive semesterersättning och sociala avgifter

Årslön/12 = Månadslön

Månadslön/165 = Timlön

Timlön x 1,15 = Timlön som inkluderar overheadkostnader (IT, lokaler, ledning mm)

Sjukgymnast 2013

Medellön för sjukgymnaster i JSO; 29 430 kr/mån

Timlön; $29430 \cdot 12,2 \cdot 1,4413 / 12 / 165 \cdot 1,15 = 301 \text{ kr/timma}$

Arbetsterapeut 2013

Medellön för arbetsterapeuter i JSO; 28 163 kr/mån

Timlön; $28163 \cdot 12,2 \cdot 1,4413 / 12 / 165 \cdot 1,15 = 288 \text{ kr/timma}$

Hembesök

Hembesök 2 timmar för en arbetsterapeut och en sjukgymnast kostar $589 \cdot 2 = 1178$ i lön.

Bilhyra ett halvdrygn kostar 200 kr (inkl. bensin)

Totalt för hembesöket; 1378 kr