



UPPSALA
UNIVERSITET

UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för Neurovetenskap

Sjukgymnastprogrammet

Examensarbete 15 hp, grundnivå

RÄTTAD OCH GODKÄND

EFTER GRANSKNING

Sjukgymnasters upplevelse av rehabiliteringsplaner som en del i arbetet på strokeenhet

Författare

Barck, Eva

Niemi-Andersson, Ewa

Redovisad januari/2013

Handledare

Urell, Charlotte

MSc, leg sjukgymnast

Inst för Neurovetenskap

Sjukgymnastik

Uppsala Universitet

SAMMANFATTNING

Syfte: Att undersöka en grupp sjukgymnasters erfarenheter och upplevelser av att använda rehabiliteringsplaner för patienter på strokeenheter i Landstinget Gävleborg.

Design och metod: Deskriptiv kvalitativ design. Semi-strukturerade intervjuer av fem sjukgymnaster. Kvalitativ innehållsanalys användes för databearbetning.

Resultat: Sjukgymnasterna såg rehabplan som ett användbart arbetsinstrument i akut strokevård. Tidiga samtal om mål bidrog till att ge patienterna motivation och insikt om sin situation men hjärnskadan kunde försvåra patientdelaktighet. Rehabplanen upplevdes ha potential att fungera som samlande dokument för teamets rehabiliteringsarbete. Sjukgymnasterna ansåg sig föra en ständig kamp för rehatänkandet i teamet. Journaltekniska problem försvårade överföring av rehabplanen till nästa vårdnivå.

Konklusion: Sjukgymnasterna såg nyttan med tidiga mål, men förde en ständig kamp för att samla teamet kring rehabplanen. Studien antyder att rehabplanen som arbetsinstrument inte nyttjas i hela sin tänkta potential. Kunskap om syftet med rehabplaner och samarbetet kring dem måste vidareutvecklas. Studien kan bidra med tankar när rutiner kring rehabplaner ska upprättas i andra sammanhang.

Key words: rehabilitation - stroke unit - multidisciplinary team - goal setting - qualitative research

ABSTRACT

Purpose: To investigate a group of physiotherapists' experiences of using treatment plans for patients in stroke units in Landstinget Gävleborg.

Design and method: Descriptive qualitative design. Semi-structured interviews. Qualitative content analysis was conducted.

Results: The physiotherapists found treatment plans to be useful in early rehabilitation of stroke patients. Early goal setting assist to give the patients motivation and understanding of their situation, but brain injury could make participation difficult. Treatment plans was perceived to have the potential to act as a unifying document for the team though the physiotherapists felt a constant struggle for rehab thinking in the team. Technical problems hindered the transfer of treatment plans to the next level of care.

Conclusion: The physiotherapists saw the benefits of early goal setting, but held a constant struggle to gather the team around the treatment plan. The study suggests that the treatment plan as working instrument is not being used in all its potential. The study may contribute when forming routines for treatment plans in the future.

Key words: rehabilitation - stroke unit - multidisciplinary team - goal setting - qualitative research

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND.....	1
Stroke.....	1
Strokeenhet	1
Strokeenheter i Landstinget Gävleborg.....	2
Rehabiliteringsplaner.....	2
Rehabiliteringsplaner i Landstinget Gävleborg.....	3
Att sätta mål inom rehabilitering.....	4
Problemformulering	5
Syfte och frågeställning	6
METOD	6
Design	6
Urval	6
Datainsamlingsmetod.....	7
Genomförande	7
Databearbetning.....	7
Etik.....	9
RESULTAT	9
Tema 1: Sätta mål tillsammans med patienten	9
Påbörja samtal om mål.....	10
Mål ger motivation och insikt.....	10
Följa upp och avsluta mål.....	11
När hjärnskadan försvårar.....	11
Guida mot lämpliga mål	12
Formulera något mätbart.....	12
Tema 2: Samling av teamet	15
Samlande dokument	15
Samlande mål.....	15
Samordna tidiga rehabiliteringsåtgärder	15
Kampen att samla teamet	16
Tema 3: Rehabplanen i journalen.....	17
Mallen i journalen	17

Föra rehabplanen vidare	17
Registrering genererar pengar	18
DISKUSSION.....	18
Resultatsammanfattning	18
Resultatdiskussion	19
Sätta mål tillsammans med patienten.....	19
Samling av teamet.....	22
Rehabplanen i journalen	23
Metoddiskussion.....	24
Klinisk betydelse och framtida forskning.....	25
Konklusion	25
REFERENSER	26

BILAGOR

Bilaga 1: Underlag till rehabplan

Bilaga 2: Journalmall för rehabplan

Bilaga 3: Intervjuguide

Bilaga 4: Informationsbrev, chefer

Bilaga 5: Informationsbrev, sjukgymnaster

BAKGRUND

Stroke

Stroke är den av våra stora folksjukdomar som kräver flest vård dagar vid våra sjukhus. För personer som drabbats av stroke krävs också stora resurser i kommunala särskilda boenden och kommunal hemtjänst. Stroke är ett samlingsnamn för infarkt i hjärnan (ca 85 %), intracerebrala blödningar (ca 10 %) samt subaraknoidala blödningar (ca 5 %). Cirka 30 000 personer insjuknar årligen i Sverige (1).

Stroke kan beroende på skadans lokalisering och omfattning ge många olika funktionsnedsättningar, både fysiska och intellektuella. Dessa kan i sin tur även medföra sociala konsekvenser.

Naturalförloppet hos patienter som överlever den akuta fasen innebär oftast en viss spontan förbättring den första tiden. En god rehabilitering, som utgår från den enskilda patientens förutsättningar i olika faser, är dock nödvändig för att patienten ska kunna återfå ett så aktivt och oberoende liv som möjligt (2).

Strokeenhet

En person som insjuknat i akut stroke bör vårdas på en strokeenhet (3,4). Vård på strokeenhet medför en minskad risk för att personen som fått stroke dör (4,5) eller får sänkt aktivitetsnivå (4). Även behovet av boende på institution minskar (4). Studier (6,7) visar att gynnsamma effekter av vård på strokeenhet kvarstår även efter fem och tio år.

Socialstyrelsen har i sina Nationella riktlinjer för strokesjukvård (8) gjort en definition av en strokeenhet: "En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästintill helt och hållet tar hand om patienter med stroke och som består av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga om strokevård". Denna definition baseras på Stroke Unit Trialists Collaboration (SUTC) och European Stroke Initiative (EUSI).

Socialstyrelsen (9) har vidare beskrivit en strokeenhets innehåll mer i detalj. Man säger att ett multidisciplinärt team med expertkunnande ska finnas och teamet ska ha möten minst en gång per vecka. Teamet ska innefatta läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och logoped samt ha tillgång till dietist och psykolog helst med neuropsykologisk inriktning. Patient och närstående ska under vårdtiden också få detaljerad information och utbildning. Vidare ska det finnas ett fastställt program för registrering och åtgärder av vanliga problem för att undvika och i förekommande fall snabbt åtgärda medicinska och andra komplikationer. Sist men inte minst ska mobilisering och tidig rehabilitering av patienten starta omedelbart.

Strokeenheter i Landstinget Gävleborg

I Landstinget Gävleborg finns det idag strokeenheter på vart och ett av de tre sjukhusen. Strokeenheten vid sjukhuset i Gävle utgör en separat vårdavdelning med 26 vårdplatser. Vid sjukhuset i Hudiksvall har strokeenheten 12 vårdplatser och vid sjukhuset i Bollnäs finns en strokeenhet med 10 vårdplatser. I Bollnäs drivs strokeenheten liksom de flesta andra vårdverksamheter på sjukhuset sedan april 2012 av Aleris Specialistvård på uppdrag av Landstinget Gävleborg. Vården är dock underställd samma vårdprogram som landstingets övriga sjukhus och man använder också samma datajournalssystem.

Ett vårdprogram för stroke finns sedan 2009 framtaget för Landstinget Gävleborg (10). Det bygger på de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård (3) och ligger till grund för all strokesjukvård som bedrivs i landstinget. Vårdprogrammet var en av de bidragande orsakerna till att Landstinget Gävleborg 2012 belönades med det prestigefyllda Mona Britton-priset för God Strokevård (11) vid stroketeamkongressen i Göteborg.

Samtliga tre strokeenheter deltar i kvalitetsregistret Riks-Stroke (1). Där redovisas bland annat medelvårdtider. Enligt Riks-Stroke's årsrapport från 2011 varierar medelvårdtiden på de tre strokeenheterna mellan 10 och 14 dagar. Genomsnitt för riket är 12 dagar. Den korta vårdtiden betyder att många patienter bara hinner påbörja sin rehabilitering på strokeenheten för att sedan behöva erbjudas fortsatta insatser och träning på nästa vårdnivå.

Rehabiliteringsplaner

Först under de senare åren har begreppet rehabiliteringsplaner allt mer kommit i fokus i den svenska sjukvården. Detta trots att det sedan en längre tid varit inskrivet i svenska lagar och förordningar. I den svenska Hälso- och sjukvårdslagen (12) finns det sedan år 2000 inskrivet att landstingen är skyldiga att erbjuda sina invånare rehabilitering, 3 b §. Det anges vidare i denna paragraf att "Habilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå". En motsvarande paragraf, 18 b §, ger ett motsvarande ansvar även till kommunerna. Detta innebär att det i Sverige är lagstadgat att rehabilitering ska planeras och att den enskilde, det vill säga patienten eller brukaren, skall vara delaktig i den planeringen.

I regeringspropositionen (13) som ligger till grund för lagtexten framgår det tydligt att denna plan skall vara en individuell plan som ska utgå från den enskildes egna mål, behov och intressen. Planen

skall vara en skriftlig handling och den ska vara utformad så att den ger möjlighet till uppföljning, utvärdering och förändringar.

År 2007 utfärdade Socialstyrelsen en föreskrift om "Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering", SOSFS 2007:10 (14). Denna föreskrift skapades mot bakgrund av att samarbetet mellan kommuner och landsting inte alltid fungerade på det sätt det borde, speciellt inte för personer med komplexa sjukdomar och funktionsnedsättningar (15). Föreskriften säger att där det finns behov av samordning mellan olika huvudmän, skall en person utses som ska vara ansvarig för den samordningen. Den personen är skyldig att se till att en rehabiliteringsplan för samordningen upprättas och att den genomförs "tillsammans med den enskilde och med respekt för dennes självbestämmande och integritet" (14). Socialstyrelsen definierar en rehabiliteringsplan som en "vård- och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för den enskilde" (16). En sådan rehabiliteringsplan ska bl.a. innehålla mål för de samordnade insatserna och en tidsplan för dessa.

En föreskrift från Socialstyrelsen som den ovan nämnda SOSFS 2007:10, är bindande, vilket betyder att det är en rättsregel och inte bara en rekommendation (14). Både när det gäller lagtexten och föreskriften ovan, HSL 3 b § och SOSFS 2007:10, är det tydligt att myndigheterna lägger ansvaret för rehabiliteringsplanering på huvudmännen och inte på de enskilda yrkesutövarna (15,17). Det är alltså ett ansvar för de enskilda landstingen att tillsammans med kommunerna utarbeta rutiner för hur rehabiliteringsplaner skall upprättas och användas.

Rehabiliteringsplaner i Landstinget Gävleborg

I vårdprogrammet för stroke i Landstinget Gävleborg (10) beskrivs hur rehabiliteringsprocessen för strokepatienter bör utformas. Upprättande av en rehabiliteringsplan (rehabplan) lyfts fram som en viktig del i rehabiliteringen. En landstingsövergripande rutin (18) har skapats för upprättande av rehabplan. Denna rutin har tillkommit som en lokal tolkning och sammanvägning av ovan nämnda lag och föreskrift (14,17). Rutinen "beskriver kravet på samordning av rehabiliteringsinsatser, då patienten behöver samordnade insatser som berör annan vårdnivå samt då patienten behöver samordnade insatser från olika yrkesgrupper" (19).

Enligt rutinen (18) kan en rehabplan påbörjas var som helst i vårdkedjan för att fortsätta på annan vårdnivå om behov finns. Om patienten överförs till en annan vårdnivå ska också rehabplanen förmedlas dit efter patientens samtycke.

Rutinen (18) beskriver att patientens behov ska vara i centrum och att en bedömning ska göras utifrån strukturen i WHO's "Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa", ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (20). Rehabiliteringen

ska vara målinriktad och utgå från patientens funktionsnedsättning, svårigheter i aktivitet och delaktighet samt omvårdnadsbehov. Patientens hinder och resurser skall kartläggas och hans eller hennes egna förväntningar och prioriteringar fångas upp. För att underlätta detta kan "Underlag till rehabplan" (bilaga 1) lämnas till patienten inför upprättandet av rehabplanen. Om patienten av någon anledning inte själv kan medverka när en rehabplan upprättas bör anhöriga helst involveras. I annat fall får teamet utforma rehabplanen "för patientens bästa, och patient och anhöriga får göras delaktiga i efterhand genom motivering av delmål och insatser" (21). Det betonas även i rutinen att rehabiliteringsarbetet ska bedrivas utifrån mål och att dessa ska formuleras på aktivitets- och delaktighetsnivå.

Ett gemensamt interdisciplinärt förhållningssätt förespråkas, "alla medlemmar i teamet runt patienten ansvarar för att vara delaktiga vid upprättande av rehabplanen" (22). Regelbundna teammöten anses viktiga och rehabplanen är tänkt att vara ett gemensamt arbetsinstrument i samband med att mål planeras, utvärderas och revideras.

Rehabplanen ska enligt rutinen (18) föras till patientjournalen. Olika lösningar finns beroende på flera olika journalsystem i Landstinget Gävleborg. I Melior, det datajournalsystem som används på länets strokeenheter, finns en färdig mall för rehabplan (bilaga 2).

Att sätta mål inom rehabilitering

För sjukgymnaster är det vedertaget att mål för behandlingar ska sättas i samråd med patienten. I "Etiska regler för sjukgymnaster" (23) står det att "Sjukgymnasten ska fortlöpande diskutera och bestämma behandlingsmål och åtgärder i samråd med patienten så att patienten blir delaktig och tar eget ansvar". Även Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjukgymnaster (24) anger att sjukgymnaster ska kunna "i samråd med patienten och/eller patienten närstående person samt i samverkan med vårdpersonal fastställa mål och delmål samt en plan för sjukgymnastisk behandling...".

Att teamet på en strokeenhet gemensamt sätter upp mål för patienternas rehabilitering är även det gängse praxis (3,25). Överhuvudtaget anses mål vara en central del i rehabiliteringsprocessen (25,26). Trots detta och trots att myndigheter genom lagar och föreskrifter föreskriver att mål ska sättas vid rehabilitering visar en review sammanställd av Levack et al (27) 2006 att det fortfarande saknas entydig evidens för att målsättning inom rehabilitering verkligen påverkar rehabiliteringsresultatet positivt. Levack et al (27) konstaterar att den evidens som finns är motstridig och behäftad med metodologiska svagheter. Däremot, konstaterar författarna, finns evidens för att målsättning har psykologiska fördelar, inte minst för patienterna.

Forskningen när det gäller målsättning under framför allt de senaste årtiondena har i stor grad centrerats runt tanken att patienten själv skall vara den som, så långt det är möjligt, formulerar målen för sin rehabilitering. Leach et al (28) definierar i en artikel från 2010 tre olika förhållningssätt till målsättning inom rehabilitering; terapeutkontrollerad, terapeutledd respektive patientcentrerad målsättning. Det sistnämnda förhållningssättet, konstaterar författarna, stöter på vissa hinder vid tillämpning. Rosewilliam et al (29) publicerade år 2011 en större review över den kvantitativa och kvalitativa forskningen runt just patientcentrerad målsättning inom strokerehabilitering. Denna review sammanfattar arton kvalitativa och åtta kvantitativa studier i ämnet gjorda mellan 1980 och 2010. Konklusionen är att patientcentrerad målsättning ännu tillämpas minimalt på grund av varierande hindrande faktorer. Rosewilliam (29) konstaterar också att det ännu saknas tillräcklig evidens som utvärderar effekten av patientcentrerad målsättning med avseende på patienternas rehabiliteringsresultat.

Young et al (30) har studerat patienternas och personalens upplevelse av att arbeta med gemensam målsättning på en rehabiliteringsklinik. Både patienterna och personalen var i denna studie ense om att gemensam målsättning ökade patienternas motivation. Personalen ansåg dessutom att målsättandet var till nytta för själva teamarbetet, att det förbättrade deras fokus och samarbete i det att de arbetade mot gemensamma fastslagna mål.

Problemformulering

Strokepatienter bör enligt de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård (3,9) initialt vårdas på en strokeenhet och där tas om hand av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga om strokesjukvård. Mobilisering och tidig rehabilitering bör startas omedelbart.

Ett vårdprogram (10) som bygger på de Nationella riktlinjerna för strokesjukvård finns framtaget i Landstinget Gävleborg. Där beskrivs bland annat rehabiliteringsprocessen och en rehabplan ses som ett viktigt stöd i denna. En länsövergripande rutin (18) för rehabplaner finns framtagen. Enligt denna har alla medlemmar i teamet runt patienten ansvar för att vara delaktiga vid upprättande av en rehabplan. I rutinen sägs även att patienten ska vara delaktig i upprättandet, och om han eller hon inte kan medverka, beskrivs hur anhöriga kan involveras. Enligt rutinen ska rehabplanen användas som ett arbetsinstrument där de uppställda målen ska styra rehabiliteringsprocessen.

Medelvårdtiden vid de tre strokeenheterna i Gävleborg ligger på mellan tio och fjorton dagar (1). Detta betyder att de flesta patienterna bara hinner påbörja sin rehabilitering på strokeenheten, för att sedan fortsätta på nästa vårdnivå. Rehabplanen ska då enligt rutinen (18) vidareförmedlas till nästa vårdnivå, som en del av överrapporteringen, förutsatt att patienten samtycker till detta.

Ingen utvärdering har hittills gjorts av hur rehabplaner i den form som beskrivs i rutinen för Landstinget Gävleborg, fungerar som arbetsinstrument på en strokeenhet. Som ett första led i att undersöka det har vi valt att undersöka detta utifrån sjukgymnasters perspektiv.

Syfte och frågeställning

Syftet med studien var att undersöka en grupp sjukgymnasters erfarenheter och upplevelser av att använda rehabiliteringsplaner för patienter på strokeenheter i Landstinget Gävleborg utifrån följande frågeställning:

- Vilka erfarenheter och upplevelser har en grupp sjukgymnaster av att använda rehabiliteringsplaner på strokeenhet?

METOD

Design

För studien valdes en kvalitativ och deskriptiv design (31) baserad på intervjuer. En kvalitativ ansats valdes då syftet var att fånga upp och beskriva erfarenheter och upplevelser av att använda rehabplaner på ett djupare och mera förutsättningslöst sätt än vad som hade kunnat uppnås genom exempelvis en enkät.

Urval

Studien genomfördes via ett strategiskt urval. Inklusionskriterier: Sjukgymnaster som sedan minst sex månader tillbaka arbetade på någon av de tre strokeenheterna i Landstinget Gävleborg eller hade gjort det under minst sex månader sedan rutinen för rehabplaner (18) började gälla för hela länet i juni 2011. Urvalet gjordes med tanke på att få stor bredd vad gällde ålder, år i yrket samt erfarenhet av arbete med strokepatienter. Vid urvalet eftersträvades även att sjukgymnaster från länets samtliga tre strokeenheter skulle inkluderas. Hjälp att hitta personer som uppfyllde kriterierna togs av personliga kontakter på respektive strokeenhet. Bland de sjukgymnaster som uppfyllde kriterierna tillfrågades fem om intresse att delta i studien. De första fem som tillfrågades svarade ja.

Undersökningsgruppen kom att bestå av fem personer mellan 27 och 53 år och de hade varit verksamma som sjukgymnaster mellan 3 och 21 år. Erfarenheten av att arbeta på strokeenhet varierade mellan 1,5 och 9 år. Samtliga hade dessutom arbetat med strokepatienter inom andra verksamheter än på strokeenhet. Länets alla tre strokeenheter fanns representerade bland de intervjuade.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer. Utifrån syftet och frågeställningen utformades en intervjuguide (bilaga 3) med fem övergripande frågeområden: "Upprättande av rehabiliteringsplan", "delaktighet från patient och anhöriga", "samarbete i teamet", "dokumentation" och "överföring till nästa vårdnivå". En pilotintervju genomfördes och ytterligare några frågor lades till i intervjuguiden. Dessa frågor har markerades med avvikande symbol i intervjuguiden. Pilotintervjun inkluderades sedan i studien. Intervjufrågorna var öppna för att ge informanterna möjlighet att så fritt som möjligt berätta om sina erfarenheter och upplevelser av rehabplaner. Fördjupande följdfrågor ställdes utifrån informanternas svar.

Genomförande

Ett informationsbrev (bilaga 4) skickades i maj 2012 till cheferna för sjukgymnasterna på de berörda strokeenheterna. Tillåtelse att genomföra intervjuerna på arbetstid erhöles muntligt. Fem sjukgymnaster informerades och tillfrågades via telefon om deltagande i studien. De fick även skriftlig information (bilaga 5) om bl.a. syftet med studien, dess utformning samt att de när som helst hade rätt att avbryta intervjun utan att ange orsak. De tilltänkta informanterna ombads även att returnera ett skriftligt medgivande (bilaga 5) till att delta. Tidpunkt och plats för intervjuerna valdes i samråd med informanterna. De fem intervjuerna genomfördes under maj och juni 2012 i avskilda rum på respektive sjukgymnasts arbetsplats. Längden på intervjuerna varierade mellan 47 och 62 minuter och de spelades in för att sen kunna transkriberas. Under varje intervju var det den ene av författarna som utförde intervjun medan den andre var bisittare. Bisittaren gavs vid några tillfällen under intervjun möjlighet att ställa kompletterande frågor. Båda författarna agerade omväxlande intervjuare och bisittare vid de fem intervjuerna.

Databearbetning

Som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys, en metod som beskrivits av bland andra Lundman och Graneheim 2008 (32,33). Metoden fokuserar på tolkning av texter och har bland annat visat sig vara användbar inom omvårdnadsforskning.

Som ett första steg i analysprocessen transkriberades *analysenheterna*, det vill säga intervjuerna, ordagrant men med viss varsam redigering från talspråk till skriftspråk. Suckar, skratt, pauser etc. markerades inte i utskriften. Intervjuerna lästes därefter igenom av författarna var för sig under samtidig genomlysning av ljudupptagningarna. Detta för att få en helhetsbild av materialet samtidigt som transkriberingarnas överensstämmelse med de ursprungliga ljudupptagningarna säkerställdes. Efter gemensam reflektion över innehållet i analysenheterna delade författarna tillsammans in

textinnehållet i *domäner*. Indelningen i domäner skall enligt analysmetoden utgöra ”en grov struktur som är möjlig att identifiera med låg grad av tolkning” (33). I detta fall följde domänerna i stora drag de frågeområden som hade använts vid intervjuerna.

Analysenheterna genomsöktes därefter av författarna var för sig och *meningsbärande enheter* identifierades och placerades i respektive domäner. Meningsbärande enheter utgörs av citat ur texten som hålls samman av sitt innehåll och sammanhang. Citaten bör vara så homogena i sitt textinnehåll att de inte rymmer flera betydelser, dock utan att vara så korta att innehållet blir fragmentiserat (33). Efter gemensam jämförelse nåddes samsyn mellan författarna beträffande identifiering av textens meningsbärande enheter.

I det nästföljande steget kondenserades meningsenheterna. *Kondensering* innebär att texten i de ursprungliga citaten komprimeras, det vill säga kortas, utan att det centrala innehållet går förlorat (33). Efter att inledningsvis ha kondenserat några citat tillsammans delade författarna analysmaterialet i två delar och utförde kondenseringen på var sin del. Författarna reflekterade därefter gemensamt över de utförda kondenseringarna och enades om deras slutgiltiga utformning.

Parallellt i analysprocessen började vissa övergripande teman anas i analysmaterialet. Ett mödosamt arbete följde där författarna arbetade med att sammanföra de meningsbärande enheterna i *kategorier* som i sin tur inordnades under ett fåtal övergripande *teman*. Lundman och Graneheim (33) påpekar att kategorierna vid kvalitativ innehållsanalys till sitt innehåll bör vara internt enhetliga samtidigt som de bör vara ömsesidigt uteslutande. Resultatet av den fullbordade kategoriseringen bör alltså vara att varje enskild meningsenhet endast passar in under en enda kategori.

För att kunna urskilja underkategorier i de framväxande kategorierna gjordes även en *kodning* av de kondenserade meningsenheterna. Kodning innebär att de kondenserade meningsenheterna förses med kortfattade etiketter som beskriver deras huvudsakliga innehåll mera abstrakt (33). Hela arbetet med kodning och kategorisering innebär en successiv abstraktion av innehållet i analysmaterialet. Under hela denna process böljade arbetet fram och åter mellan å ena sidan det stora perspektivet i de övergripande temana som växte fram till att å andra sidan gå tillbaka till formuleringarna i de ursprungliga citaten. Vid vissa tillfällen var det även motiverat att gå tillbaka till de ursprungliga ljudupptagningarna för att beakta citatens betydelse i den ursprungliga kontexten. I denna del av arbetet genomfördes också en så kallad triangulering (31,34) vilket innebar att materialet granskades av och diskuterades med två utomstående erfarna forskare. Syftet med trianguleringen var att ytterligare beakta trovärdigheten i resultaten. I trianguleringen granskades hur kondenseringen och abstraheringen utförts och huruvida indelningen i kategorier och teman var adekvat och

återspeglade utgångsmaterialet. Den slutgiltiga indelningen av materialet i teman, kategorier och underkategorier fastslogs därefter. Stegen i kondenseringsprocessen framgår av exemplen i tabell 1.

Etik

Intervjumaterialet behandlades konfidentiellt. Ljudfilerna överfördes till dator med personligt lösenord och raderades sen direkt från den digitala diktafonen. Intervjuerna transkriberades och benämndes med siffror samt förvarades efter utskrift på ett sådant sätt att informationen inte var tillgänglig för andra än författarna. Ljudfilerna på respektive författares dator sparades till dess studien var färdigskriven och raderades därefter.

Tabell 1. Exempel på databearbetningsprocessen

MENINGSENHET	KONDENSERAD MENINGSENHET	KOD	UNDER-KATEGORI	KATEGORI	TEMA
(Ang rehabplan) "När man kan få hela gruppen att ... jag har jobbat i det Externa stroketeamet ... och där var det lättare att få hela gruppen tillsammans med patienten runt någonting. Då blir den ett jättebra redskap. Så på avdelningen, även om vi som dom kallar för "paramedicinare" gör det, så kanske inte avdelningspersonalen är med på samma sätt." [3]	När hela teamet och patienten kan samlas runt rehabplanen blir den ett jättebra redskap (som i Externa stroketeamet). På avdelningen är det så för "paramedicinarna", men avdelnings-personalen är inte med på samma sätt.	Önskan att involvera	Involvera läkare och omvårdnads-personal	Kampen att samla teamet	Samling av teamet

RESULTAT

Vid sammanställning av data från de fem intervjuerna framträdde ett antal kategorier med underkategorier vilka inordnades i tre övergripande teman. Teman, kategorier och underkategorier exemplifierade med kondenserade meningenheter redovisas översiktligt i tabell 2. De fem olika informanterna har i texten liksom i tabellen benämnts med siffrorna [1] till och med [5].

Tema 1: Sätta mål tillsammans med patienten

Det första temat handlade om sjukgymnasternas upplevelser och erfarenhet av att sätta mål tillsammans med patienter på en strokeenhet.

Påbörja samtal om mål

En grundläggande tanke när det gäller rehabplaner är att de skall utgå från patientens egna mål. Eftersom patienterna på en strokeenhet anländer till avdelningen med en akut hjärnskada betonade de intervjuade sjukgymnasterna att de sällan såg det möjligt att tala med patienten om mål vid det första behandlingstillfället. Sjukgymnasterna angav att det oftast dröjde till den andra eller tredje träffen och ibland upp till en vecka eller längre innan tanken på mål kunde föras på tal. I vissa fall kunde det även vara så att man inte alls under vårdtiden på strokeenheten kunde komma fram till den punkten där man påbörjade en rehabplan. En av informanterna uppgav att det t.ex. kunde gälla situationer när patienten efter relativt kort vårdtid skulle överföras till hemrehabilitering. I ett sådant fall informerades patienten om att rehabplan skulle upprättas i hemmet. *”Vi kan prata om att det kommer en rehabplan, men vi lämnar det till externa stroketeamet så de kan sätta... ’då har ni hunnit att tänka och landa’...”* [4].

Det ”Underlag för rehabplan” (bilaga 1) som finns framtaget i Landstinget Gävleborg användes i olika grad. De intervjuade sjukgymnasterna uppgav att de ansåg att det optimala var att lämna ut underlaget till patienten i god tid, innan rehabplanen skulle upprättas, för att patienten skulle kunna förbereda sig, men att det på grund av de korta vårdtiderna sällan var möjligt. Flera av sjukgymnasterna brukade inleda samtal om mål i samband med behandlingstillfällen. Upprättandet av själva rehabplanen kunde ske vid ett speciellt samtal mellan patient, sjukgymnast, arbetsterapeut samt vid enstaka tillfällen en representant från någon ytterligare yrkeskategori. Det förekom även att de olika yrkesgrupperna samtalade med patienten om mål var för sig.

Mål ger motivation och insikt

Flera av de intervjuade sjukgymnasterna betonade att proceduren att upprätta rehabplan hjälpte patienten till insikt om sin situation. En av sjukgymnasterna uttryckte: *”... mycket tycker jag poängen är att liksom göra patienten medveten om vad som kanske är svårt. Ibland vet de knappt och tycker att de kan allt - och ibland är det att göra dem medvetna om att de faktiskt kan saker”*[5]. Man menade att samtalet runt mål hjälpte patienterna att i någon mån landa i sin situation och börja rikta blicken framåt, mot framtiden.

Flertalet av sjukgymnasterna upplevde att upprättande av en rehabplan påverkade patienternas motivation positivt, att tydliga mål gav motivation till träning och inriktning framåt. En av sjukgymnasterna påpekade att även om patientens vårdtid på strokeenheten var kort och man inte hann träna så länge efter det att rehabplanen upprättats, så var det ändå väl använd tid att göra en rehabplan, att detta i sig var en viktig del i rehabiliteringen.

Flera av sjukgymnasterna framhöll att det var viktigt att de mål som sattes skulle vara patientens egna mål och att rehabplanen skulle vara patientens eget dokument, inte bara sjukgymnastens och arbetsterapeutens.

Följa upp och avsluta mål

Bland annat på grund av de relativt korta vårdtiderna upplevde sjukgymnasterna att det var svårt att göra rehabplanen till ett så levande dokument som man menade att den var tänkt att vara. De mål som kunde uppnås under vårdtiden var ofta kortsiktiga delmål och det var sällan som man hann att *både* avsluta mål som blivit uppnådda och dessutom formulera nya.

En av sjukgymnasterna hade för vana att alltid förse patienten med en kopia så snart rehabplanen upprättats. I övrigt uppgav informanterna att patienterna borde få ett exemplar av sin rehabplan vid utskrivning, men att detta inte tillämpades konsekvent. En av de intervjuade sjukgymnasterna beskrev att detta med att få sin rehabplan med sig vid utskrivning var något mycket positivt för patienterna, att det blev en bekräftelse på att de hade tränat och gjort framsteg. Dessutom, menade denna sjukgymnast, uppskattade patienterna att teamet på sjukhuset hade uppmärksammat och utgått från patientens egna unika livssituation och arbetat målinriktat för att hjälpa patienten vidare. Detta blev tydliggjort med rehabplanen.

När hjärnskadan försvårar

Alla de fem intervjuade sjukgymnasterna tog upp problematiken runt att försöka formulera mål tillsammans med en patient som har en nytillkommen hjärnskada. De situationer som främst nämndes här gällde patienter med afasi och patienter som så gott som helt saknade insikt om sin skada. Här användes olika strategier för att hantera situationerna.

En av sjukgymnasterna beskrev att man vid afasi brukade ta hjälp av logopeden vid samtal runt rehabplanen. Man kunde till exempel använda sig av bilder som stöd vid samtalet. En annan av sjukgymnasterna beskrev hur de försökte lösa kommunikationsproblem genom att använda sig av frågor som kunde besvaras med ja eller nej.

De intervjuade framhöll att det fanns situationer när man inte såg det som möjligt att ens försöka samtala om mål tillsammans med patienten utan där istället sjukgymnasterna valde att själva formulera mål för patientens träning. Endast en av sjukgymnasterna nämnde att det förekom att man i dessa situationer aktivt tog hjälp av anhöriga vid utformandet av en rehabplan.

Guida mot lämpliga mål

Samtliga sjukgymnaster beskrev i intervjuerna dilemmat när patienterna hade förväntningar som sjukgymnasterna trodde var alldeles för höga eller när de föreslog mål som verkade orealistiska. För sjukgymnasterna uppstod här en svår balansgång mellan viljan att försöka hjälpa patienterna till en mera realistisk framtidsvision och önskan att inte beröva dem hoppet. Flera av sjukgymnasterna beskrev att den strategi de använde i dessa situationer var att försöka rikta patientens blick mot ett mera kortsiktigt men realistiskt mål istället. En av sjukgymnasterna uttryckte: *”Man hjälper ju dem att beta av... Man säger ’vi tar detta nu... och sedan får vi se’. ’Din dröm är detta och den är det viktigt att du har kvar och vi skall sträva åt det hållet, men vi ska börja här’. Så man försöker ta dem till nuet”*[4]. Flera av informanterna uppgav att de då kunde skriva in patientens kanske orealistiska förslag till mål under ”patientens förväntningar” eller under ”långsiktiga mål”. De ansåg att det trots allt var viktigt att dessa långsiktiga mål skulle få finnas kvar då de var motiverande för patienten. En annan strategi som användes för att hantera patienters orealistiska förslag på mål var att hänvisa till den begränsade rehavtiden på strokeenheten. En av informanterna förklarade: *”Men patienternas vilja ska i alla fall finnas där. Men det är ju också svårt. Det är svårare att skriva ett mål och sen göra en tidsplanering på något man inte tror kommer att fungera. Det går ju inte... nu jobbar jag inom slutenvården och då kan man försöka förklara att vissa saker ’kanske vi inte hinner här, men du kommer att fortsätta träna under flera år’. Och då kan man väl säga att den delen kommer man undan lite på det sättet”*[3].

Formulera något mätbart

Även om patienterna inte uppgav direkt orealistiska mål beskrev de intervjuade sjukgymnasterna att de var med och påverkade formuleringarna av målen. Framför allt gällde detta formuleringen av de kortsiktiga mål och delmål som sjukgymnasterna uppskattade skulle kunna uppfyllas under vårdtiden på strokeenheten. Flera av sjukgymnasterna uppgav att patienterna uttryckte stora övergripande mål på aktivitets- eller delaktighetsnivå men att de själva ”tog över” när det gäller formulering av just delmål. Det syfte som främst angavs till detta var att sjukgymnasterna eftersträvade mål som de ansåg var mätbara.

Någon av informanterna uppgav att ibland var patienterna inte i stånd att själva formulera några mål eftersom de befann sig i chockfas. I de fallen upplevde sjukgymnasten att patienten tacksamt tog emot hjälp med att formulera de närliggande målen.

Tabell 2. Översikt teman, kategorier, underkategorier samt exempel på kondenserade meningsenheter

TEMA	KATEGORI	UNDERKATEGORI	KONDENSERAD MENINGSENHET
Sätta mål tillsammans med patienten	Påbörja samtal om mål		Jag brukar upprätta rehabplan efter ett par träffar. Det är lättare för patienten att sätta mål om han eller hon fått landa lite i vad som hänt. [2]
			Man försöker få till samtal med patienten om mål på något sätt. Ibland görs det gemensamt med arbetsterapeut. Ibland görs det var yrkesgrupp för sig i samband med ett träningstillfälle. [2]
	Målger motivation och insikt		Om du har en motiverad patient kan rehabplanen förstärka motivationen. Målen blir tydliga. Man hjälper dem att se framåt. Det inte är slut i och med att de fått en stroke utan de kan komma framåt - de kan göra något åt sin situation. Det blir "en spark i baken". [4]
	Följa upp och avsluta mål		Vår tanke är att patienten ska vara delaktig i sin rehabplan. Att låta patienten starta sina tankar om problem och möjligheter och hjälpa till insikt är ett viktigt syfte. [5]
	När hjärnskadad försvarar		Vi skriver in uppfyllda mål i rehabplanen, om inte annat när patienten skrivs ut. Ibland gör vi även nya mål. Förhoppningsvis skrivs rehabplanen ut till patienten samt skickas vidare vid utskrivning. [1]
Samling av teamet	Guida mot lämpliga mål		Vi får tänka på delmålen som vår del och det som vi jobbar med. Patientens visioner och mål får tas över av nästa vårdnivå. Målen kan förändras och bli annorlunda när patienten kommer till sin hemmiljö. [4]
			Vid afasi tar vi hjälp av logopeden när vi skriver rehabplanen. Vi använder t.ex. bilder. Men om patienterna inte ens kan nicka eller peka om de håller med, då känns det inte bra att skriva en rehabplan "ovanför deras huvud". [5]
	Formulera något mätbart		Om patienten saknar insikt och inte kan se sina egna nedsättningar är det svårt att diskutera mål och upprätta rehabplan. [3]
	Samlande dokument	Gemensamt dokument	Jag har mera aning än patienten om vad som kan vara rimligt. Så där kan jag vara med och styra... eller snarare guida till rätt mål. Så att patienten får en vision som verkar rimlig. Man vet att det kan bli bättre men man vill inte ge för höga förväntningar heller. Man har lärt sig att inte säga för mycket. [5]
	Samlande mål	Rehabplanen växer fram mer formellt	Patienten kan sällan uttrycka mål som går att utvärdera tydligt. Då får vi ta patientens förväntningar och mål och kanalisera dem till ett mål. [3]
			Största nyttan med rehabplanen är att det blir ett samlat dokument med patientens mål i fokus. Det blir mer patientfokuserat. Och att alla måste tänka till hur de kan bidra för att målen ska nås. [2]
			Rehabplanen kan öppnas och börja upprättas före funktionsronden utifrån samtal med patienten eller vad som sjukgymnast och arbetsterapeut bedömer som rimligt. På funktionsronden kan planen sen justeras. [4]
			Om jag upprättat en rehabplan tillsammans med patienten kan arbetsterapeut, kurator och logoped också fylla på den med sina delar eftersom dokumentet är öppet till patienten skrivs ut. [1]
			Flera yrkesgrupper kan vara involverade i samma mål, t.ex. att klara att gå på toaletten. Jag tränar t.ex. balans och styrka, arbetsterapeuten ADL och undersköterskorna följer ju patienten till toa. Alla står som ansvariga för målet. [4]

Tabell 2. Översikt teman, kategorier, underkategorier samt exempel på kondenserade meningssenheter (fortsättning)

TEMA	KATEGORI	UNDERKATEGORI	KONdenserad MENINGSSENHET
Forts Samling av teamet	Samordna tidiga rehabiliterings- åtgärder		Rehabplanen används som ett underlag i funktionsronden - för att notera i vilket skick patienten är och hur vi ska kunna komma vidare. Den fungerar nästan som en blandning mellan rehabplan och vårdplan. Till en början tyckte vårdpersonalen att det var konstigt att smärtildring skulle skrivas in i rehabplanen. Nu är det naturligt. Man ser att det kan vara en förutsättning för att komma vidare med rehabiliteringen. [4]
			Det skulle kunna finnas en nytta med att tidigt upprätta en rehabplan. Det skulle bli tydligt för all personal vad målet är, t.ex. att patienten ska sitta uppe och nu gör vi så här för att nå dit. [1]
	Kampen att samla teamet	Sjukgymnast och arbetsterapeut "bär" reha tänkandet	Sjukgymnaster och arbetsterapeuter har mest koll på rehabplanen. Sköterskor och undersköterskor som träffar patienten mest har tyvärr minst koll - och läkarna. Min uppfattning är att övrig personal inte alls eller väldigt sällan läser rehabplanen i journalen. [2]
		Bristande teamarbete på funktionsronden	Tanken är att alla i teamet skall vara involverade i rehabplanen och arbeta med den på funktionsronderna. Men jag upplever att det är mest sjukgymnast, arbetsterapeut och kanske kurator som jobbar med rehabplanen, och som informerar de andra om målen på funktionsronden. [1]
Rehabplanen i journalen			Det skulle kunna vara bättre teamarbete runt rehabplanerna och funktionsronderna skulle kunna vara mer av ett forum för detta, men tid saknas. [1]
		Involvera läkare och omvårdnadspersonal	Rehabplanen finns i journalen, men där tittar inte vårdpersonalen så ofta. Vi sätter den också i patientens pärm och pratar om den på funktionsronderna. Vi har provat olika sätt att sprida rehabplanen till alla, men att nå ut till undersköterskorna är det svåraste. De är inte alltid med på funktionsronderna heller. [5]
			Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vet att det finns en rehabplan, men de läser nog inte den så ofta. Vi märker på frågorna vi får att de sällan läser våra journalanteckningar överhuvudtaget. Det är vi som får berättas på teamkonferenserna vilka mål som är satta. Vi måste alltid kämpa för att rehabplanerna ska bli lästa. [3]
		Inte ett så levande dokument	Idealt skulle vara att rehabplanen var ett levande dokument som vi tog upp med bildkanon på teamkonferensen. Att alla yrkeskategorier samarbetade runt den. Och att patienten skulle ha sitt exemplar som uppdaterades. [3]
	Mallen i journalen		Det har jobbat med rehabplanens utformning och jag tycker den fungerar ganska bra nu. Den är lätt att hitta och lätt att skriva i, men jag är ovan att arbeta enligt ICF. [1]
	Föra rehabplanen vidare		Tanken är att nästa vårdnivå ska fortsätta på samma rehabplan, men det fungerar inte på grund av journalsystemet. Om jag har öppnat planen måste ju jag signera den och de kan inte bara ta över den. Och det går inte heller att "klippa och klistra" i systemet. Så oftast upprättas det en ny rehabplan. [4]
	Registrering genererar pengar		Rehabplaner som upprättas och registreras ska generera pengar till strokeenheten. Jag känner mig osäker om det fungerar. Det känns viktigt ekonomiskt för kommande patienters skull. [1]

Tema 2: Samling av teamet

Det andra temat som framträdde i materialet berörde rehabplanens roll i förhållande till teamarbetet på strokeenheten. De fem intervjuade sjukgymnasterna beskrev samtliga att de såg att rehabplanen fungerade som, eller hade potential att fungera som, ett samlande dokument för teamets rehabarbete.

Samlande dokument

Sjukgymnasterna beskrev alla rehabplanen som ett användbart teamredskap. Man menade att rehabplanen var en hjälp för teamet i att samlas runt och samverka runt patienten och dennes rehabilitering. Man betonade också att det var viktigt att det var ett formellt dokument, att detta gav en tydlighet i rehabiliteringsarbetet så att var och en i teamet kunde se vad deras ansvar var i att hjälpa patienten vidare. En av sjukgymnasterna uttryckte rehabplanens roll: *”Det är så mycket som händer runtom men detta är en samlingsplats. Det är torget där vi jobbar runt patienten”*[4].

Sjukgymnasterna beskrev att rehabplanen kunde växa fram på olika sätt. I vissa fall var det en av teammedlemmarna som startade rehabplanen i journalen genom att fylla i det han eller hon hade kommit fram till tillsammans med patienten. Därefter kunde andra teammedlemmar gå in och fylla på med de mål som berörde deras profession. Andra beskrev att teamet tillsammans satt på funktionsronden och skapade rehabplanerna i journalen.

Samlande mål

Några av de intervjuade sjukgymnasterna angav att rehabplanen också fungerade som samlande för teamet på så sätt att flera yrkesgrupper kunde vara involverade i samma mål. Detta innebar alltså att olika professioner arbetade utifrån sina respektive yrkeskunskaper för att det gemensamma målet skulle uppfyllas.

Samordna tidiga rehabiliteringsåtgärder

I olika grad hade rehabplanen även utvecklats till att ha en samlande funktion även i arbetet runt patienter som var så nyinsjuknade att de inte ännu kunde vara delaktiga i att sätta mål för sin rehabilitering. Här skiljde det sig dock en del mellan de tre olika strokeenheterna. På en ort hade man tagit fasta på och betonat att rehabplanen, i enlighet med grundidén i lagen, skulle göras *i samverkan med patienten* och där hade man ingen tanke på att använda rehabplan när den inte innehöll patientens egna mål. På de andra orterna däremot hade man i olika grad sett att rehabplanens mall i datajournalen även kunde vara ett utmärkt redskap för att *samordna de tidiga rehabinsatserna*, då alltså patienten ännu inte kunde vara delaktig. I de exempel där detta förfaringssätt var mest utvecklat kunde rehabplanen i tidigt skede fungera som ett mellanting mellan

vårdplan och en ordinär rehabplan och till exempel innehålla åtgärder som smärtlindring som förberedelse för att patienten skulle klara den inledande mobiliseringen.

Kampen att samla teamet

Gemensamt för alla informanterna var att de beskrev en frustration över att de, tillsammans med arbetsterapeuterna, upplevde att de ständigt fick kämpa för att samla teamet på strokeenheten runt ett rehabiliteringstänkande. Deras upplevelse var att för sköterskor, undersköterskor och läkare tenderade det medicinska perspektivet att dominera.

Rehabiliteringsfokus kunde för dessa yrkeskategorier komma i andra hand och då inte sällan på grund av tidsbrist. De intervjuade sjukgymnasterna beskrev det som att det var de som tillsammans med arbetsterapeuterna utgjorde kärnan i teamet och fick bära rehabiliteringsarbetet. *”Alla involverar sig inte lika mycket. Att det fortfarande är våra papper, vårt ansvar. Att man inte ser det som en gemensam... för mej, jag vet ju att det är en gemensam sak, men det ligger så mycket på mitt ansvar eller på arbetsterapeutens – för att de andra tycker att det är våran sak. ... de är så inne på sin omvårdnad och på de medicinska bitarna”* [4]. Man upplevde alltså att teamet ännu såg rehabplanerna främst som sjukgymnastens och arbetsterapeutens ansvar, men att man kunde se att en successiv förändring i tankesättet ändå var på väg.

I linje med föregående upplevde sjukgymnasterna att teamarbetet på funktionsronderna kunde förbättras. Medan man på någon av orterna hade rehabplanerna i centrum på funktionsronderna spelade de på andra orter en betydligt mindre framträdande roll. Som tänkbara orsaker till detta angavs att man inte hade möjlighet att visa rehabplanerna med hjälp av bildkanon, att funktionsronderna var korta eller att ovana hyrläkare var osäkra på funktionsrondens funktion. Flera av informanterna angav att funktionsronden tenderade att bli en träff där teammedlemmar endast informerade varandra om sina mål istället för att arbeta gemensamt runt rehabiliteringen. Vissa av informanterna angav att det var svårt att få med alla yrkeskategorier till funktionsronden. Andra talade om en positiv utveckling där alla yrkeskategorier i allt större utsträckning deltog på funktionsronderna och även vågade vara aktiva.

När det gällde initiativ och idéer för att försöka göra framför allt sjuksköterskor och undersköterskor mer delaktiga i arbetet runt rehabplanerna visade sjukgymnasterna prov på en stor uppfinningsrikedom. Olika modeller hade prövats för att öka medvetenheten hos omvårdnadspersonalen om patienternas mål och aktuella träning. Sjukgymnasterna hade provat att dra ut journalkopior av rehabplanen och sätta i patienternas pärmar. Någon hade försökt med kort som undersköterskorna skulle bära med sig i fickan och flera hade arbetat med att försöka lyfta fram

patienternas rehabmål på morgonmöten och andra samlingar. Trots att man upplevde att ständiga påminnelser behövdes och att omvårdnadspersonalen ofta hade alltför lite tid för att fullt ut hinna arbeta med rehabilitering kämpade man oförtrutet vidare för de idéer man trodde på. På de orter där strokeenheten endast utgjorde en del av vårdavdelningen såg man också ett påtagligt problem i att personalen cirkulerade och att all personal därför inte hade samma kunskap om eller intresse för strokerehabilitering.

Tema 3: Rehabplanen i journalen

Det tredje temat rörde praktiska aspekter runt rehabplanens hantering i journalsystemet.

Mallen i journalen

På samtliga tre strokeenheter användes journalsystemet Melior där en mall hade utarbetats för hantering av rehabplaner enligt rutinen för Landstinget Gävleborg. Flertalet av informanterna kommenterade denna mall i intervjuerna och flertalet ansåg att mallen nu efter en del förändringar fungerade väl som arbetsredskap. Någon av informanterna ansåg att rehabplanen var svår att hitta i journalen medan andra ansåg att det var lätt att söka fram den.

Föra rehabplanen vidare

Enligt rutinen (18) skall rehabplanen efter medgivande av patienten föras vidare till nästa vårdnivå när en patient skrivs ut. Samtliga informanter betonade vikten av att rehabplanen följde patienten vidare genom vårdkedjan. Däremot såg man flera praktiska problem när det gällde detta. I de fall nästa instans i vårdkedjan hade tillgång till samma datajournal fanns möjligheten att de på ett enkelt sätt kunde ta del av och läsa patientens rehabplan. Däremot, påpekade en av informanterna, var det inte tekniskt möjligt att bara fortsätta på den öppnade rehabplanen vid nästa vårdinstans. Orsaken till detta var att den person som öppnat rehabplanen i journalen även var tvungen att signera den. På så sätt stängdes rehabplansmallen när patienten lämnade en vårdenhet. Det var inte heller möjligt att "klippa och klistra" i journalen så att den tidigare rehabplanen enkelt kunde kopieras. På grund av detta, påpekade sjukgymnasterna, var nästa vårdgivare hänvisade till att påbörja en ny rehabplan i journalen.

Några av informanterna påpekade att rehabplanen fungerade som en mycket bra överrapportering när patienten fördes vidare i vårdkedjan, att den var mycket mer komplett än andra överrapporteringsmallar. Flera av de intervjuade sjukgymnasterna beklagade att rehabplanen inte gick att bifoga i Meddix (35), det vårdsamordningssystem som används för överrapportering. Ibland var detta orsaken till att rehabplanen inte alls fördes vidare i vårdkedjan. De flesta av informanterna beskrev dock att de trots det gjorde omfattande ansträngningar för att rehabplanen skulle föras

vidare. I de fall nästa vårdgivare hade tillgång till samma datajournalssystem kunde man ringa upp och berätta att det fanns en rehabplan upprättad som gick att läsa. I andra fall kunde man faxa över rehabplanen eller skicka den per post. Någon av informanterna kände sig dock osäker på om rehabplanen fyllde någon funktion i nästa del av vårdkedjan: *”Det är lite tveksamt, tycker jag. Det har man ju egentligen ingen koll på. Jag vet inte riktigt, men jag hoppas ju det – när man har lagt ner tid på den. Men jag känner mig inte säker på att det är så. Det får man ju inte så mycket återkoppling på – hur det fortsätter sedan.”*[5]

Registrering genererar pengar

Några av de intervjuade sjukgymnasterna lyfte fram att man vid införandet av rehabplaner i landstinget hade påpekat att registrerade rehabplaner skulle generera pengar till strokeenheterna. Någon av informanterna påpekade att detta var en viktig aspekt eftersom mer pengar till enheterna skulle innebära bättre vård för patienterna men uttryckte dock osäkerhet om systemet fungerade då det inte nämnts så mycket efter rehabplanernas införande.

En av sjukgymnasterna påpekade att det var viktigt att rehabplanen gjordes för patientens skull och inte motiverat av pengar.

DISKUSSION

Resultatsammanfattning

De intervjuade sjukgymnasterna såg att rehabplanen fungerade som arbetsinstrument på en strokeenhet. Att resonera med strokepatienterna om mål ansågs kunna hjälpa dem till insikt om den nyuppkomna situationen och till att börja kunna rikta blicken framåt. Svårigheten med delaktighet från en patient med akut hjärnskada var tydlig. En medvetenhet fanns hos sjukgymnasterna att rehabplanen skulle innehålla patientens egna mål, men sjukgymnasterna uttryckte att de nästan alltid var med och påverkade målens formuleringar. Olika strategier användes för att sätta upp mål som ansågs rimliga och mätbara. Rehabplanen upplevdes ha potential att fungera som ett samlande dokument för teamets rehabiliteringsarbete. Erfarenheten hos sjukgymnasterna var dock att innehållet i varje enskild patients rehabplan alltför ofta inte var känt för alla i teamet.

Funktionsronderna, ett regelbundet återkommande tillfälle för teamet att diskutera patienternas rehabilitering, upplevdes kunna bli mer strukturerade och rehabplanen ansågs kunna fylla en mer framträdande funktion där. Sjukgymnasterna upplevde sig, ofta tillsammans med arbetsterapeuterna, föra en ständig kamp för att få till ett rehabiliteringstänkande hos alla i teamet

runt patienterna. Mallen för rehabplanen i journalen ansågs fungera bra under tiden på strokeenheten, men vid utskrivning uppstod ofta problem att få den att följa patienten i vårdkedjan.

Resultatdiskussion

Sätta mål tillsammans med patienten

Vårdtiderna på strokeenheterna i Landstinget Gävleborg är som tidigare nämnts korta. Det betyder att patienterna under sin vistelse där fortfarande befinner sig i ett akut skede efter sin stroke. Man skulle därför kunna ifrågasätta rutinen att redan på detta tidiga stadium involvera patienterna i samtal runt mål för rehabiliteringen. De fem intervjuade sjukgymnasterna i denna studie var dock överens om att det i det flesta fall var fullt möjligt att påbörja samtala om mål redan på en strokeenhet. Trots att målsättningsamtalen ibland försvårades eller i vissa fall omöjliggjordes av patienternas akuta hjärnskada såg samtliga sjukgymnaster fördelar med att samtala med patienterna om mål redan i det akuta skedet. Alla de intervjuade sjukgymnasterna i studien betonade dock att de avvaktade något med att påbörja målsamtal. De första samtalen om mål gjordes vid andra eller tredje patientmötet och i vissa fall först efter en vecka eller senare. Laver et al (36) publicerade år 2010 en studie där 15 strokepatienter intervjuades akut, subakut samt sex månader efter stroke angående hur de såg på sin förmåga och beredskap att sätta mål för rehabiliteringen. I subakut skede uppgav sju av dessa patienter att de ansåg att de inte varit kapabla att sätta mål i det akuta skedet av sin sjukdom. Ändå hade sex av dessa sju varit med och formulerat någon typ av mål i den akuta fasen. Resterande åtta patienter ansåg att de varit kapabla att sätta mål redan första veckan efter stroke. Flera av informanterna i Lavers (36) studie lyfte dock fram att de tidiga målen kunde behöva revideras under rehabiliteringens gång. Bland de intervjuade sjukgymnasterna i vår studie nämndes även tanken att patienternas mål i många fall skulle komma att revideras när patienterna kommit vidare från den akuta fasen. Framför allt fanns en förståelse av att målen skulle komma att förändras när patienten åter "landat" i sin hemmiljö. Laver (36) föreslog själv som ett resultat av sin studie att patienter inte kunde anses kunna delta i målsättning på ett meningsfullt sätt under de första sju dagarna efter stroke. Utifrån våra fynd kan man dock ana att även tidigt uppsatta mål kan fylla en viktig funktion för patienter i deras rehabiliteringsprocess.

De intervjuade sjukgymnasterna i vår studie lyfte specifikt fram två positiva effekter av att sätta mål tillsammans med patienten redan på strokeenheten. Det första var att de menade att samtalet runt mål hade en positiv inverkan på patienternas *motivation*. Att ökad motivation är en av de viktigaste effekterna av målformulering är allmänt vedertaget i målsättningsteori (37). Även inom rehabilitering har den motivationsskapande effekten av att patienten är med och formulerar sina egna mål ansetts viktig. Leach et al (28) lyfte i sin forskning fram att patientcentrerad målsättning enligt terapeuterna

ökade patienternas motivation. På den neurologiska rehabiliteringsklinik som studerats av Young et al (30) hade man en rutin att ha ett möte var fjärde vecka, teamet, patienten och i vissa fall även anhöriga, där man enades om mål för den kommande fyraveckorsperioden. Young (30) fann att detta uppskattades av både patienter och anhöriga och att patienterna särskilt lyfte fram att den gemensamma målformuleringen ökade just deras motivation. Eftersom patienterna tänkte att terapeuterna i teamet inte skulle komma överens med dem om mål som var orealistiska såg dessa också målsättningsförfarandet även som ett mått på sin prognos, ett sätt att steg för steg få en karta över framtiden.

Den andra positiva effekten som sjukgymnasterna i vår studie lyfte fram – förutom motivationsskapandet – var att samtalet runt mål bidrog till att öka patienternas *insikt* om sin situation. Detta är en effekt av samtal runt mål i den akuta fasen som vi inte hittat nämnd i tidigare forskning. Att få hjälp att faktiskt konstatera vad som hänt, vilka färdigheter som i den akuta situationen inte längre fungerar och vilka förmågor som faktiskt fortfarande finns kan antas vara en värdefull funktion för en nyinsjuknad strokepatient. Detta skulle i sig kunna motivera ett tidigt samtal om mål.

Sjukgymnasterna i vår studie betonade att det var viktigt att de mål som sattes i samband med att rehabplanen upprättades verkligen skulle vara patienternas egna mål. Ändå framkom det att sjukgymnasterna till stor del var med och styrde formuleringarna av målen. Denna ambivalenta inställning speglar väl den diskussion om patientcentrerade mål som pågått i litteraturen (28,29,38–42) under de senaste decennierna.

Ett område där denna ambivalens blev tydlig gällde de situationer där sjukgymnasterna ansåg att de mål som patienterna formulerade *inte var realistiska*. Dessa situationer hanterades av sjukgymnasterna med hjälp av olika strategier. En strategi var att hänvisa till att målet inte skulle hinna uppnås under behandlingsperioden på enheten. En annan strategi var att ge ett motförslag på ett delmål som sjukgymnasten ansåg vara mera realistiskt. Barnard et al (42) publicerade 2010 ett arbete där samtal mellan terapeuter och patienter runt mål analyserades med hjälp av så kallad samtalsanalys. Båda strategierna nämnda ovan beskrevs av författarna i denna studie.

Det var också viktigt för de intervjuade sjukgymnasterna i vår undersökning att i alla fall de närliggande målen som formulerades skulle vara *mätbara*. Här uppstod en konflikt i det att patienterna själva nästan aldrig uttryckte mätbara mål. Sjukgymnasterna beskrev att de även i sådana lägen "tog över" och själva formulerade målen. Även här fanns paralleller i tidigare forskning (28,42). Leach et al (28) konstaterade att målformuleringarna i de flesta av de

målsättningsituationer som studerades i deras arbete kunde anses vara terapeutledda snarare än strikt patientcentrerade. Hon noterade även att många av de mål som sattes av terapeuter var på kroppsfunktionsnivå och att en anledning som angavs för detta var att mål på kroppsfunktionsnivå uppfattades vara lättare att mäta objektivt.

Barnard et al (42) beskrev att i princip inget av de mål som patienterna uttryckte i de målformuleringsituationer man analyserade skrevs ner utan att omformuleras av terapeuterna eller vårdpersonalen. De kvaliteter som terapeuterna och vårdpersonalen främst eftersträvade när de omformulerade målen var att målen skulle vara uppnåeliga och, som man uttryckte det, formulerade enligt god målsättningsstandard.

Levack et al (41) publicerade 2011 en artikel med titeln "Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities". Författarna beskrev att konflikt uppstod i målsättningsituationer när patienterna uttryckte mål som inte var i överensstämmelse med vad Levack (41) definierade som terapeuternas prioriterade mål (privileged goals). Prioriterade mål var sådana mål som överensstämde med vad terapeuterna ansåg vara deras yrkesroll och sådana mål som var lojala mot vårdens finansiella och organisatoriska krav. Sådana mål kunde handla om att patienten skulle kunna återvända till hemmet tidigt men säkert. De prioriterade målen handlade främst om fysisk funktion, var sådana som kunde uppnås inom kort tidsram och var försiktigt satta för att verkligen kunna uppnås. Levack (41) ifrågasatte utifrån sina fynd om fullt ut patientcentrerat förhållningssätt när det gäller målformuleringar överhuvudtaget var möjlig på en strokerehabiliteringsklinik med tanke på ekonomiska begränsningar och hälso- och sjukvårdens organisation.

Leach (28), Parry (40) och Laver (36) menade samtliga att det är brist på kunskap som till stor del gör det svårt för patienterna att fullt ut delta i målformuleringar och såg ökad utbildning för patienterna som en möjlig lösning. Detta är av naturliga skäl mera tillämpligt i en subakut rehabiliteringssituation.

Sjukgymnasterna i vår studie beskriver ett målformuleringsförfarande vid strokeenheterna i Landstinget Gävleborg som skulle kunna betecknas som "terapeutlett men på grundval av patientens egna önskningar". Målen tillkommer genom ett samarbete mellan patienterna och vårdpersonalen. I ljuset av framför allt Levacks (41) forskning som beskrivits ovan är detta ett högst rimligt förhållningssätt.

Samling av teamet

De intervjuade sjukgymnasterna i vår studie såg att rehabplanen hade en viktig roll att fylla som samlande dokument för teamet, en roll som hade potential att ännu mer utvecklas. Just samordning av olika vårdgivares och aktörers insatser för en patient eller brukare var den centrala grundtanke som låg till grund för socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2007:10 (14,15) om rehabiliteringsplaner. Även tidigare forskning har pekat på vikten av gemensamma mål i teamarbetet (25,30). Schut et al (25) slog redan 1993 fast att målformulering var en nödvändig förutsättning för arbete i ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam. Young et al (30) konstaterade att mål som var gemensamma för rehabiliteringsteamet och patienten gav målinriktning och fokus åt teamet och ökade motivationen både hos patienter och rehabiliteringspersonal.

I vår studie framkom att mallen för rehabplan i varierande utsträckning även hade börjat användas för att koordinera teamets insatser under den allra tidigaste fasen av rehabiliteringen. En hel del forskning har under de senaste fem åren fokuserat på betydelsen av en tidig mobilisering av patienter efter stroke (43–46). Bernhardt et al (43) publicerade 2008 fas två av den så kallade AVERT-studien där effekterna av mycket tidig mobilisering efter stroke jämfördes med fördröjd mobilisering. Den tidiga mobiliseringen innebar att samtliga nyinsjuknade strokepatienter som uppfyllde givna fysiologiska säkerhetskriterier mobiliserades inom 24 timmar och därefter togs upp till sittande och stående minst två gånger per dygn. Den tidiga och intensivare mobiliseringen visade sig vara säker och därför fullt möjlig att använda. Den medförde ingen högre dödlighet och inte heller större andel komplikationer i jämförelse med ett tidigare standardförfarande. En parallell studie på samma försöksmaterial (44) visade att den tidigt mobiliserade gruppen återvände till självständig gång signifikant mycket tidigare än referensgruppen och hade signifikant bättre värden för aktiviteter i dagligt liv (ADL) och motorisk funktion tre månader efter insjuknandet. En undersökning utförd i Schweiz (45) visade att risken för komplikationer efter stroke minskade vid tidig mobilisering. Enligt en Cochranereview (46) 2009 fanns ännu inte tillräckligt med evidens för att säkert fastslå nyttan med mycket tidig mobilisering efter stroke men ovan nämnda forskning antyder att teamets gemensamma rehabiliteringsinsatser tidigt efter stroke kan ha en avgörande betydelse för patienterna. Ett förfarande där teamet har rutiner för att sätta mål för och samordna patientens rehabilitering i ett tidigt skede kan därför vara mycket betydelsefullt.

En stor del av materialet i vår intervjustudie handlade om sjukgymnasternas kamp för att, som de upplevde det, få med sig framför allt sjuksköterskor och undersköterskor fullt ut i rehabiliteringsarbetet, i att patienternas hela vardag skulle vara rehabiliterande.

Forskning som den ovan nämnda AVERT-studien (43) har visat på nyttan av en tidig och aktiv strokerehabilitering. Också i vissa strokemodellstudier gjorda på djur (47,48) har man kunnat visa att en berikad miljö (enriched environment) tycks ha en tydlig positiv inverkan på både funktion och kognition efter stroke. På grundval av sådan forskning finns en strävan inom strokevården idag att tillämpa vad man skulle kunna kalla ett 24-timmars-omhändertagande av strokepatienter för att uppnå bästa möjliga rehabiliteringsresultat. Strokeenheten vid St. Olavs Hospital i Trondheim, Norge är en av de kliniker som har fått stå som modell för en sådan typ av aktiv strokerehabilitering. Askim et al (49) visade, i en observationsstudie från denna klinik att det var fullt möjligt för patienter på en strokeenhet att vara uppe ur sina sängar den största delen av dagen och utföra högre motoraktiviteter – såsom förflyttningar, stående, gång eller trappgång - under upp till 20 % av den tiden. Ett sådant arbetssätt byggde på ett nära integrerat samarbete mellan sjukgymnaster och sköterskor (49). Sjukgymnasterna i vår studie upplevde omvårdnadsperspektivet hos sköterskor och undersköterskor ibland tog överhanden över rehabiliteringsperspektivet. Barecca et al (50) undersökte strokessjuksköterskors upplevelse av sin roll och de speciella utmaningar som dessa möter på en rehabiliteringsklinik. Sköterskorna uppskattade sin speciella roll inom strokevården och upplevde att de gjorde en viktig insats i rehabiliteringen. De upplevde dock ofta att de saknade resurser, inte minst tid, för att fullt ut kunna utföra sin uppgift och att deras insats inte fullt ut värderades av andra teammedlemmar. Barecca (50) fann att den rehabiliterande rollen i omvårdnaden – att stå bredvid och låta patienterna försöka själva - var i kontrast mot den traditionellt omvårdande roll som sjuksköterskorna tränats till i sin utbildning. Sköterskorna kämpade inte bara med sin egen benägenhet att vilja ”hjälpa patienterna” för mycket utan också med att de kunde bli kritiserade av patienterna för att de inte ”gjorde sitt jobb och hjälpte till”. Flera av fynden i Bareccas (50) studie är intressanta i förhållande till materialet i vår undersökning. Sjukgymnasterna såg just tidsbrist som en huvudsaklig orsak till att sköterskor och undersköterskor inte kunde fokusera på rehabilitering i den utsträckning som man önskade. De såg också att tänkande runt olika yrkesroller spelade in. I rehabplanen skall det anges vid varje mål vilka som har ansvar för att målet skall uppfyllas. Sjukgymnasterna såg att rehabplanen, om den fick en central plats i vardagsarbetet på avdelningen, skulle kunna hjälpa till att göra det gemensamma ansvaret för rehabiliteringen tydligt.

Rehabplanen i journalen

Rutinen (18) för rehabplaner i Landstinget Gävleborg säger att om patienten överförs till en annan vårdnivå ska också rehabplanen förmedlas vidare dit om patienten samtycker till detta. Det är intressant att se att de rent praktiska, tekniska aspekterna har en viss betydelse för att en sådan här intention verkligen blir genomförd.

Metoddiskussion

Resultatet baseras på fem sjukgymnasters erfarenhet av att använda rehabplan på strokeenhet. Samtliga intervjuer gjordes i ett och samma landsting och utifrån sjukgymnasternas upplevelse av hur detta fungerade utifrån landstingets specifika rutin. Detta gör att resultatet inte går att överföra till andra grupper och situationer (31,51). Då undersökningsgruppen kom att bestå av sjukgymnaster från samtliga strokeenheter i länet, med varierande grad av erfarenhet av att arbeta med strokepatienter, och med tanke på att dessa fem utgjorde cirka hälften av dem som överhuvudtaget uppfyllde inklusionskriterierna, skulle resultatet kunna anses relativt representativt för sjukgymnaster på strokeenheter i Landstinget Gävleborg.

Valet av semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod upplevdes som relevant, eftersom ämnet inte tidigare var studerat (31,51). Utifrån en intervjuguide ställdes till att börja med stora öppna frågor och sjukgymnasterna fick därigenom möjlighet att så fritt som möjligt utveckla sina svar. Följdfrågor ställdes sedan utifrån var och ens svar för att erhålla en fördjupad förståelse. Under intervjuerna var en av författarna "huvudintervjuare" och en "bisittare". Bisittaren höll sig lite i bakgrunden för att minska risken för en känsla av ojämnt "maktförhållande" mellan intervjuare och informant och för att intervjusituationen skulle bli lugn istället för att riskera att bli rörig. Bisittaren hade dock möjlighet att vid några tillfällen ställa kompletterande frågor. Att båda författarna deltog vid samtliga intervjuer och fick del av informanternas kroppsspråk upplevdes också som en styrka i samband med databearbetningen.

Det faktum att en av författarna själv arbetade på en av de mindre strokeenheterna har naturligtvis påverkat förförståelsen och därigenom hela processen att samla in och analysera data (51). Denna författare kände delvis två av de intervjuade, en från den egna arbetsplatsen, mer väl och den andra från en annan enhet, endast ytligt. Dessa två sjukgymnaster intervjuades av den andra författaren, vilket upplevdes minska risken för att förförståelse skulle påverka intervjusituationen.

Under hela analysprocessen eftersträvade författarna fortlöpande mycket reflektion kring innebörden och tolkningen av insamlad data för att stärka trovärdigheten i resultatet (51). Detta gjordes oftast först var för sig och sedan tillsammans. För att få ytterligare perspektiv på databearbetningsprocessen, om indelningen i teman och kategorier via kondensering av meningsenheter återspeglade utgångsmaterialet, gjordes en triangulering (31,51) vid vilken materialet granskades av och diskuterades med två utomstående erfarna forskare. Detta gjorde att teman och kategorier blev mer stringenta (33).

Klinisk betydelse och framtida forskning

Studien antyder att rehabplanen som arbetsinstrument inte nyttjas i hela sin tänkta potential. Rehabplanen skulle kunna användas mer i teamarbetet i ett tidigt skede med patientens bästa för ögonen. Studien visar också att rehabplanen skulle kunna ha en ännu tydligare central roll i stroketeamens funktionsronder och vardagsarbete. För att detta ska vara möjligt krävs att samtliga i teamet har kunskap om syftet med rehabplaner och funktionsronder. En dator med bildkanon i de konferensrum där funktionsronden hålls skulle rent konkret kunna sätta rehabplanen mer i centrum på teamkonferenserna. Återkommande samtal i teamet kring hur man arbetar tillsammans med patienternas rehabplan och rehabilitering skulle också kunna vara en konkret åtgärd för att optimera arbetet. Vidare behövs diskussion om och åtgärder kring hur rehabplanen enklare skulle kunna överföras i samband med byte av vårdnivå.

I framtiden vore det intressant att få en helhetsbild av hur rehabplaner fungerar i praktiken för nyinsjuknade strokepatienter. Denna studie handlar endast om några sjukgymnasters erfarenheter och upplevelser. Studien skulle dock kunna bidra till en del av helhetsbilden. Den skulle kunna ligga till grund för intervjuer av andra yrkeskategorier och för vidare undersökning och identifiering av vari problem och möjligheter med rehabplan ligger. Även patienters, anhörigas och nästa vårdnivås syn på rehabplaner skulle behöva undersökas. Studien skulle också kunna bidra med tankar i samband med att riktlinjer och rutiner kring hur man ska arbeta med rehabplaner ska upprättas även i andra sammanhang.

Konklusion

De intervjuade sjukgymnasterna såg rehabplanen som ett användbart arbetsinstrument på en strokeenhet. De såg nyttan med tidiga mål, men förde en ständig kamp för att samla teamet kring rehabplanen. Studien antyder att rehabplanen som arbetsinstrument inte nyttjas i hela sin tänkta potential. Kunskap om syftet med rehabplaner och samarbetet kring dem måste vidareutvecklas. Studien kan bidra med tankar när rutiner kring rehabplaner ska upprättas i andra sammanhang.

REFERENSER

1. Riks-stroke - Välkommen till Riks-Stroke [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.riks-stroke.org/index.php>
2. Fagius J (red), Aquilonius S-M (red). Neurologi. 4e uppl. Stockholm: Liber; 2006.
3. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 - Stöd för styrning och ledning [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-11-4>
4. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD000197.
5. Smith EE, Hassan KA, Fang J, Selchen D, Kapral MK, Saposnik G. Do all ischemic stroke subtypes benefit from organized inpatient stroke care? Neurology. 03 Augusti 2010;75(5):456–62.
6. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD000197.
7. Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Håheim LL. Stroke unit treatment. 10-year follow-up. Stroke. Augusti 1999;30(8):1524–7.
8. Stroke_Vetenskapligt_underlag2009.pdf, s. 75 [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/Stroke_Vetenskapligt_underlag2009.pdf
9. Stroke_Vetenskapligt_underlag2009.pdf [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17790/Stroke_Vetenskapligt_underlag2009.pdf
10. Vårdprogram Stroke - Landstinget Gävleborg [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Vardprogram-Stroke/>
11. Landstingets strokevård belönas - Landstinget Gävleborg [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.lg.se/Startsida/ikorthet/Landstingets-strokevard-belonas/>
12. Sahlin J. Hälso- och sjukvårdslagen : med kommentarer. Stockholm: Norstedts juridik; 2000.
13. Regeringens proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade - riksdagen.se [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/om-stod-och-service-till-vissa_GG03159/?text=true

14. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-10>
15. Samverkan i re/habilitering – en vägledning [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-4>
16. Socialstyrelsen - Termbank [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>
17. Johnsson L-Å, Sahlin J. Hälso- och sjukvårdslagen : med kommentarer. 8e uppl. Stockholm : Norstedts Juridik; 2010.
18. Rutin_rehabplan.pdf [Internet]. [citerad 14 December 2012]. Hämtad från: http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/bra_sjukskrivning/Rehabiliteringsg arantin/rutin/Rutin_rehabplan.pdf
19. Rutin_rehabplan.pdf, s.1 [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/bra_sjukskrivning/Rehabiliteringsg arantin/rutin/Rutin_rehabplan.pdf
20. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - ICF [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1>
21. Rutin_rehabplan.pdf, s.6 [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/bra_sjukskrivning/Rehabiliteringsg arantin/rutin/Rutin_rehabplan.pdf
22. Rutin_rehabplan.pdf, s.2 [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: http://www.lg.se/Global/Jobba_med_oss/vardgivarportalen/bra_sjukskrivning/Rehabiliteringsg arantin/rutin/Rutin_rehabplan.pdf
23. Etik, s.31 [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/kvalitetsutv/Sidor/Etik.aspx>
24. Kompetensbeskrivningar för sjukgymnaster, s.7 [Internet]. [citerad 13 December 2012]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1999/1999-3-1>
25. Schut HA, Stam HJ. Goals in rehabilitation teamwork. Disabil Rehabil. December 1994;16(4):223–6.
26. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. Clin Rehabil. April 2009;23(4):291–5.
27. Levack WMM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. Clin Rehabil. September 2006;20(9):739–55.

28. Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disabil Rehabil.* 2010;32(2):159–72.
29. Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil.* Juni 2011;25(6):501–14.
30. Young CA, Manmathan GP, Ward JCR. Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. *J Rehabil Med.* Mars 2008;40(3):190–4.
31. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice.* Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
32. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* Februari 2004;24(2):105–12.
33. Lundman B, Graneheim UH. *Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M, Höglund-Nielsen, B (red), Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008.*
34. Backman J. *Rapporter och uppsatser. Lund: Studentlitteratur; 2008.*
35. MEDDIX - IT-stöd - LIO [Internet]. [citerad 16 December 2012]. Hämtad från: <http://www.lio.se/Riktlinjer/Vardprocess--och-varldprogram/Samverkan-vid-in--och-utskrivning-av-patient/MEDDIX---IT-stod/>
36. Laver K, Halbert J, Stewart M, Crotty M. Patient readiness and ability to set recovery goals during the first 6 months after stroke. *J Allied Health.* 2010;39(4):e149–154.
37. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol.* September 2002;57(9):705–17.
38. Holliday RC, Antoun M, Playford ED. A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair.* September 2005;19(3):227–31.
39. Maitra KK, Erway F. Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *Am J Occup Ther.* Juni 2006;60(3):298–310.
40. Parry RH. Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clin Rehabil.* September 2004;18(6):668–82.
41. Levack WMM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns.* November 2011;85(2):206–13.

42. Barnard RA, Cruice MN, Playford ED. Strategies used in the pursuit of achievability during goal setting in rehabilitation. *Qual Health Res.* Februari 2010;20(2):239–50.
43. Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Collier J, Donnan G. A very early rehabilitation trial for stroke (AVERT): phase II safety and feasibility. *Stroke.* Februari 2008;39(2):390–6.
44. Cumming TB, Thrift AG, Collier JM, Churilov L, Dewey HM, Donnan GA, m.fl. Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke.* Januari 2011;42(1):153–8.
45. Diserens K, Moreira T, Hirt L, Faouzi M, Grujic J, Bieler G, m.fl. Early mobilization out of bed after ischaemic stroke reduces severe complications but not cerebral blood flow: a randomized controlled pilot trial. *Clin Rehabil.* Maj 2012;26(5):451–9.
46. Bernhardt J, Thuy MN, Collier JM, Legg LA. Very early versus delayed mobilisation after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD006187.
47. Janssen H, Bernhardt J, Collier JM, Sena ES, McElduff P, Attia J, m.fl. An enriched environment improves sensorimotor function post-ischemic stroke. *Neurorehabil Neural Repair.* Desember 2010;24(9):802–13.
48. Johansson BB. Functional and cellular effects of environmental enrichment after experimental brain infarcts. *Restor. Neurol. Neurosci.* 2004;22(3-5):163–74.
49. Askim T, Bernhardt J, Løge AD, Indredavik B. Stroke patients do not need to be inactive in the first two-weeks after stroke: results from a stroke unit focused on early rehabilitation. *Int J Stroke.* Januari 2012;7(1):25–31.
50. Barreca S, Wilkins S. Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *J Adv Nurs.* Juli 2008;63(1):36–44.
51. Malterud K, Midenstrand M. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en introduktion.* Lund: Studentlitteratur; 2009.

Rehabplan Underlag

Datum:

Mina förväntningar på lång sikt/det här vill jag kunna uppnå i framtiden:

Mina förväntningar på kort sikt/det här vill jag uppnå de närmaste veckorna:

Det här har jag svårt med:

Mina resurser/det här kan jag:



Deltagande kommun:

Datum:

19 12 12 12 – 1212
 TOLVANSSON TOLVAN
 TOLVGATAN 12
 12121 TOLVSTAD
 Tel: 1212-12 1212
 Närmaste anhörig:

REHABPLAN

Rehabiliteringsperiod och plats

Aktuell diagnos (ange även restriktioner inkl tidsangivelse)

Övriga sjukdomar

Socialt/boende

Patienten delaktig i upprättandet av rehabplan Ja Nej

Anhörig delaktig i upprättandet av rehabplan Ja Nej

REHABILITERINGSTEAM (markera vem som är samordnare)

Namn

Ansvarig läkare:

BEDÖMNING

Kroppsfunction och kroppsstruktur

Datum Förmåga att kunna använda kroppen – resurser och nedsättning/avvikelser

Aktivitet och delaktighet

Datum Förmåga att kunna utföra aktiviteter i vardagen – resurser och begränsning/inskränkning

Omgivningsfaktorer; resurser och hinder

Personfaktorer; resurser och hinder

PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING

Egna förväntningar och prioriteringar				
Huvudmål				
På lång sikt				
På kort sikt				
Delmål	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Måluppfyllelse*
Övriga åtgärder		Ansvarig	Tidsplan	Utvärdering
Rehab fortsätter				
Patienten har fått en kopia <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				

* Vid måluppfyllelse kan siffror användas: 0 = ej uppnått, 1 = delvis, 2 = uppnått

Intervjuguide

- = Frågor som lades till intervjuguiden efter pilotintervjun

Öppningsfråga

- Berätta vad du tänker på när du hör ordet rehabplan.

Upprättande av rehabiliteringsplan

- Beskriv hur det vanligtvis brukar gå till när en patient kommer till avdelningen.
- Vad tycker du är viktigt när man upprättar en rehabplan?
- Beskriv för vilka patienter rehabplaner upprättas.

Delaktighet från patient och anhöriga

- Beskriv hur du ser på patientens roll när det gäller rehabplan.
- Beskriv hur du ser på de anhörigas roll när det gäller rehabplan.
- Beskriv en gång då du verkligen tycker att ni lyckades få patient och anhöriga delaktiga i arbetet med rehabplan.
- Beskriv en gång när du tycker att det var särskilt svårt att få patient och anhöriga delaktiga i arbetet med rehabplan.
- Du har en erfarenhet av hur det kan utveckla sig för en strokepatient. Patienten har inte samma erfarenhet. Hur påverkar det målen?
- Hur skulle du vilja att det fungerade?

Samarbete i teamet

- Berätta hur du tänker kring teamets arbete och rehabplan.
- Berätta om någon gång när du kände dig riktigt nöjd med samarbetet.
- Berätta om någon gång när du kände att samarbetet inte fungerade.
- Berätta i vilken mån du upplever att olika teammedlemmar känner till vad som står i rehabplanen?
- Hur skulle du vilja att det fungerade?

Dokumentation

- Vad tänker du om att rehabplanen ska skrivas ner?
- Det finns en mall i journalsystemet – berätta vad du tänker om den.

Överföring till nästa vårdnivå

- Vad händer med rehabplanen när patienten ska skrivas ut från avdelningen?
- Hur tänker du kring att rehabplanen sänds vidare till nästa vårdgivare?

Avslutningsfrågor

- Vad upplever du vara största nyttan med rehabplaner på strokeenhet?
- Vad upplever du vara största svårigheterna med rehabplaner på strokeenhet?
- Har du någon ytterligare tanke angående rehabplaner som du skulle vilja ta upp?



2012-xx-xx

Till dig som arbetar som chef för sjukgymnasterna vid någon av strokeenheterna i Landstinget Gävleborg

Vi är två legitimerade sjukgymnaster som arbetar vid Sjukgymnastik Specialistvård Hudiksvall respektive på Neurodivisionen, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vi går nu en kurs i Vetenskapsmetodik vid Uppsala universitet. Inom ramen för denna kommer vi att skriva en uppsats på 15 högskolepoäng.

Syftet med studien vi planerar att genomföra är att undersöka en grupp sjukgymnasters erfarenheter och upplevelser av att använda rehabiliteringsplaner för patienter på strokeenheter i Landstinget Gävleborg.

För att uppnå detta vill vi intervjua sammanlagt fem sjukgymnaster. Deltagandet kommer att vara frivilligt och de sjukgymnaster som tillfrågas kommer att få en skriftlig information om syftet med studien och tillvägagångssättet. Urvalet kommer att göras med tanke på att få stor bredd på de intervjuade sjukgymnasterna vad gäller ålder, kön, år i yrket och erfarenhet av arbete med strokepatienter. Det är önskvärt att inkludera sjukgymnaster från samtliga tre strokeenheter i Landstinget Gävleborg.

Varje intervju beräknas ta cirka en timma och önskvärt skulle vara att dessa kan genomföras på arbetstid. Intervjuerna är tänkta att ske under tidsperioden maj till augusti 2012. Tidpunkt och plats för varje intervju kommer att väljas så att det bäst passar verksamheten och den enskilde sjukgymnasten. Intervjuerna kommer att spelas in och analyseras. Tanken är att få fram en bred bild av de erfarenheter som sjukgymnasterna har av att använda rehabiliteringsplaner som arbetsredskap på strokeenhet. Intervjumaterialet kommer att behandlas konfidentiellt.

Vi skulle önska att få ditt medgivande att utföra detta och kommer därför att kontakta dig per telefon inom den närmaste veckan.

Ewa Niemi-Andersson
Leg sjukgymnast
Sjukgymnastik Specialistvård Hudiksvall
Tel. 0650-922052
ewa.niemi.andersson@lg.se

Eva Barck
Leg sjukgymnast
Neurodivisionen, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Tel. 018-611 52 54
eva.barck@akademiska.se

Handledare
Charlotte Urell
MSc, leg sjukgymnast
Inst. för Neurovetenskap, Sjukgymnastik
Uppsala Universitet
charlotte.urell@neuro.uu.se



2012-xx-xx

Till dig som tillfrågas att delta i en studie om att använda rehabiliteringsplaner på strokeenhet

Vi är två legitimerade sjukgymnaster som arbetar vid Sjukgymnastik Specialistvård Hudiksvall respektive på Neurodivisionen, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vi går nu en kurs i Vetenskapsmetodik vid Uppsala universitet. Inom ramen för denna kommer vi att skriva en uppsats på 15 högskolepoäng.

Syftet med studien är att undersöka sjukgymnasters erfarenheter och upplevelser av att använda rehabiliteringsplaner för patienter på strokeenheter i Landstinget Gävleborg. Tanken är att få fram en bred bild av de erfarenheter som sjukgymnasterna har av att använda rehabiliteringsplaner som arbetsredskap. Cheferna på respektive strokeenhet är informerade och har gett sitt medgivande till studien.

Vi kommer att genomföra semistrukturerade intervjuer med fem sjukgymnaster. Intervjuerna kommer att göras med hjälp av öppna frågor utifrån förutbestämda frågeområden. Urvalet av dem som ska intervjuas kommer att göras med tanke på att få stor bredd på de intervjuade vad gäller ålder, kön, år i yrket och erfarenhet av arbete med strokepatienter. Vi ämnar inkludera sjukgymnaster från samtliga tre strokeenheter i Landstinget Gävleborg.

Deltagandet är frivilligt och du är fullständigt fri att avbryta din medverkan, utan att ange orsak, vid vilken tidpunkt som helst. Varje intervju beräknas ta cirka en timma och kommer att genomföras på arbetstid. Tidpunkt och plats för intervjun bestämmer vi tillsammans så att det bäst passar dig och den verksamhet du arbetar i. Intervjun kommer att spelas in och materialet från samtliga intervjuer kommer att sammanställas.

Allt intervjumaterial kommer att behandlas konfidentiellt. Naturligtvis kommer du som deltagare att få ta del av den färdiga studien.

Om du vill medverka i studien är vi tacksamma om du fyller i bifogat medgivande och sänder till Ewa Niemi-Andersson. Använd gärna bifogat kuvert.

Har du frågor är du välkommen att kontakta någon av oss.

Ewa Niemi-Andersson
Leg sjukgymnast
Sjukgymnastik Specialistvård Hudiksvall
Tel. 0650-922052
ewa.niemi.andersson@lg.se

Eva Barck
Leg sjukgymnast
Neurodivisionen, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Tel. 018-611 52 54
eva.barck@akademiska.se

Handledare
Charlotte Urell
MSc, leg sjukgymnast
Inst. för Neurovetenskap, Sjukgymnastik
Uppsala Universitet
charlotte.urell@neuro.uu.se



Medgivande från sjukgymnast på någon av strokeenheterna i Landstinget Gävleborg

Undertecknad har erhållit muntlig och skriftlig information om syftet med studien "*Sjukgymnasters upplevelse av rehabiliteringsplaner som en del i arbetet på strokeenhet - en kvalitativ studie*" och om hur insamlade data kommer att användas. Försäkran har getts, att möjlighet finns att dra sig ur vid vilken tidpunkt som helst, utan att ange orsak. Undertecknad ger sitt tillstånd att intervjuas för studien.

Ort

Datum

Namn-teckning

Namn-förtydligande