



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet
OM8311 Fördjupningsarbete i omvårdnad
15hp. Essay in Nursing Science, 15 ECTS credit points

Strokepatienters autonomi vid behandling av multiprofessionella rehabiliteringsteam

Datum: 080529
Författare: Fredrik Olsson

Handledare: Suzanna Hägglöf
Examinator: Lars Axelsson

Strokepatienters autonomi vid behandling av multiprofessionella rehabiliteringsteam

Författare: Fredrik Olsson

Handledare: Suzanna Hägglöf

Litteraturstudie

Datum 080529

Sammanfattning

Bakgrund: Strokepatienter svarar för flest sjukdagar inom den somatiska vården i Sverige och därför finns det ett samhällsekonomiskt intresse av att minska strokepatienters vårdtid. Ett samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården kan bidra till detta. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa autonomi hos strokepatienter med funktionshinder i samverkan med multiprofessionella rehabiliteringsteam. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturstudie genom granskning av 16 publicerade vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Resultatet av studien pekar på tre grundläggande förutsättningar för att rehabiliteringen skall leda till största möjliga autonomi hos strokepatienter. De tre förutsättningarna är information respektive stöd till patienten samt medvetna behandlingsstrategier. Ett multiprofessionellt rehabiliteringsteam kan vara den lämpliga behandlingsformen för att uppfylla dessa förutsättningar. Forskningen i ämnet var begränsad. Multiprofessionella team kan öka autonomi hos strokepatienter, men det finns behov av ytterligare forskning i ämnet.

Nyckelord: Multiprofessionella team, Rehabilitering, Stroke, Patient, Autonomi

Stroke patient's autonomy treated by multiprofessional rehabilitation team

Author: Fredrik Olsson

Supervisor: Suzanna Hägglöf

Literature review

Date 080529

Abstract

Background: Stroke patients have most days of illness connected to the somatic care in Sweden and that is why there is a national economical interest to reduce treatment days for stroke patients. Collaboration between different occupational groups within care could contribute to that. **Aim:** The aim of this study was to illuminate the autonomy of stroke patients with functional limitations in collaboration with multi-professional rehabilitation team. **Method:** The study was carried out as a literature study by reviewing 16 published scientific articles. **Result:** The result of the study indicates three fundamental conditions for the rehabilitation to achieve greatest possible autonomy of stroke patients. The meaning of autonomy is patient's self-determination, freedom, fulfilling desires and independence. This three conditions are information, patient support and aware of treatment strategies. A multiprofessional rehabilitation team could be the appropriate treatment organisation to fulfil these conditions. Scientific studies on this subject were few. Multiprofessional teams could improve stroke patient's autonomy, but further research is required.

Keywords: Multiprofessional team, Rehabilitation, Stroke, Patient, Autonomy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	10
Identifiering av patientens mål	10
Information	10
Stöd.....	10
Medvetna strategier från teamet	15
Mål.....	15
Observation.....	15
Paternalism	15
Samarbete	16
Kontinuitet.....	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Varje år insjuknar ungefär 30 000 personer i stroke i Sverige. En femtedel av dessa är under 65 år. Medelåldern ligger kring 75 år och risken att insjukna ökar med åldern. Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken och svarar för flest sjukdagar inom den somatiska vården i Sverige. De klassiska symtomen vid stroke, cerebrovaskulär sjukdom, är plötslig debut av hemipares, afasi, synstörningar och kognitiva störningar. Vården av strokepatienter har bevisats vara fördelaktig för de som vårdats av ett multiprofessionellt team (Yu & von Arbin 2005). Stroke medför inte endast motoriska bortfallssymtom utan kan ge svåra kognitiva problem som till exempel personlighetsförändringar hos den strokedrabbade. Strokepatienter kan behöva omfattande information och adaptation under lång tid med ett stort behov av olika nätverk för den drabbade och de närstående. Antalet strokepatienter som vårdas vid akutsjukhus har ökat något de sista 15 åren. Vårdtiderna under motsvarande period har närmast halverats, vilket ställer ökade krav på samverkan kring en god vård (Ågren 2006).

Sjuksköterskans främsta kompetensområden är ledarskap, samarbete, omvårdnadens teori och praktik samt forskning, utveckling och utbildning. Dessa kompetenser måste genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt mot patienten (Raadu 2007). Vid en strokeenhet sker ett samarbete mellan olika paramedicinska grupper, där alla är specialutbildade kring sjukdomen stroke (Yu & von Arbin 2005). I dessa grupper kan sjuksköterskan samarbeta, i ett så kallat multiprofessionellt team bestående av olika yrkesgrupper som till exempel massageterapeuter, kuratorer, dietister, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, ortopedtekniker och läkare, vilka arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. Samarbete kan också ske i team utan att det behöver ingå flera yrkesgrupper i gruppen, det blir då ett så kallat ”homogent team”. Likheter mellan dessa båda team är behovet av lagarbete för att få gruppen att samarbeta och fungera. Skillnader är till exempel olikheter i kommunikationssätt och sociala koder mellan deltagarna, som har en bakgrund i de olika yrkesrollerna. En av

fördelarna för det multiprofessionella teamet kan vara tanken om att olikheter föder kreativitet (Kvarnström & Wallin 1999). I en annan studie (Hyrkäs 2003) framkom det att arbetssättet hos multiprofessionella team klargjorde, stärkte och påverkade yrkesgränserna. Denna arbetsform gav också en förståelse för andra yrkesgruppers kompetens, det gemensamma uppdraget och målen (a.a.). Ett multiprofessionellt rehabiliteringsarbete kan bidra till att minska vårdtiderna för behandlade patienter, vilket i sin tur kan sänka kostnaderna för samhället (Norrefalk, Ekholm, Linder, Ekholm & Borg 2008).

Eriksson (1987) hävdar att människan ska få växa upp i en miljö som underlättar utveckling av personlig tro med stöd från sin omgivning. Individer som är i ett tillstånd då de är utestängda från livets olika möjligheter kan därför begränsas i denna utveckling. Att inte kunna få stöd utgör en form av ohälsa. Hälsa är ett inre tillstånd av att vara hel eller integrerad i sig själv men som samtidigt på olika sätt är beroende av tillgängligt stöd för att till exempel stärka autonomin (a.a.). Badley (1995) förklarar detta beroende av stöd närmare. Ett funktionshinder i form av psykiska och fysiska försvagningar eller oförmågor hos en människa behöver inte vara ett handikapp, eftersom graden av ett handikapp beror på den miljö som vederbörande vistas i eller variationen på det stöd han eller hon får. Behandlingsmässigt krävs det olika tillgängliga valmöjligheter för att minska ett handikapp, inte bara försök till förbättring av oförmågor, utan också en modifiering av omgivande miljö (a.a.).

Behandlingarna kan inbegripa förändringar av medicinsk, psykologisk och sociologisk natur samt av arbetsplatser. Alla behandlingar bör baseras på individens hälsotillstånd och behov (Löfgren 2006). Förutom utredning och behandling bör mycket tid läggas på utbildning av personal kring rehabilitering av strokepatienter (Yu & von Arbin 2005). Det finns ingen enkel förklaring till varför multiprofessionella rehabiliteringsteam är överlägsen vården vid en vanlig vårdavdelning eller ett homogent team. Förmodligen bidrar en kombination av flera olika saker till detta. Hit hör troligen en snabbare insats av individuellt

anpassad träning, direkt efter en stroke. På så sätt underlättas arbetet för friska delar av hjärnan att framgångsrikt ta över de skadade delarnas funktioner (Spross 2004). Rehabilitering är en process som syftar till att återställa funktioner till optimala förutsättningar för ett självständigt liv hos en individ som lider av en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, för att stärka individens autonomi (Löfgren 2006).

En god kontakt med ett multiprofessionellt team kan bidra till att stärka KASAM. En individs hälsotillstånd behöver varken vara helt friskt eller helt sjukt. Människan rör sig hela tiden mellan polerna frisk och sjuk. Det är graden känsla av sammanhang (KASAM) som bestämmer positionen mellan dessa två poler. KASAM påverkar starkt en människas förmåga till coping, förmågan att hantera stress, som i sin tur är en avgörande byggsten för upplevelsen av god hälsa. Tre centrala begrepp i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet är det som är sammanhängande, strukturerat och tydligt och som syftar på i vilken utsträckning inre och yttre stimuli uppfattas som förnuftsmässigt gripbara. Ett inre stimuli är när en persons normala behov av exempelvis hunger, törst och välmående höjer sig till en nivå så att det uppstår ett behov. Ett yttre stimuli kan till exempel vara vänner som påverkar. Motsatsen till begriplighet är det som är kaotiskt, oordnat, oväntat och oförklarligt. Hanterbarhet är den grad av resurser som står till människans förfogande. Resurser är det som kontrolleras av individen själv eller av omgivningen såsom make eller hustru, vänner, kolleger, Gud, historier, partiledare eller läkare. Det är också viktigt att finna ett värde och egen motivation i de processer som skapar människans öde och hennes dagliga erfarenheter (Antonovsky 2007).

Begreppet autonomi betyder att personer i stor utsträckning har valet att fritt välja och fatta beslut i de processer som berör honom eller henne. Sandman (2005) tar upp fyra olika aspekter på autonomi: självbestämmande, frihet, uppfyllan av önskan samt självständighet. Självbestämmande innebär att själv få välja de alternativ som står till buds. Vilka dessa är styrs av tillgång på information, som

sedan värderas efter individens egna önskemål. De val ”självbestämmande” som sedan görs, kan vara begränsade i olika omfattning. Begränsningar kan styras av lagstiftning, ekonomi, andra människors frihet och funktionshinder. När en person får möjlighet att välja och avgöra vad som är värdefulla alternativ, inom ramen av begränsningar, benämns detta för rimlig frihet. För att till exempel uppnå frihet genom önskningar kan det ibland krävas ett beroende till någon annan. När andra vill samma sak får individen fler möjligheter. Beroende behövs också för att skapa närhet. När istället individen vill klara sig själv och göra saker oberoende, kallas detta för självständighet. Självbestämmande, önskningar, frihet och självständighet styrs också av den enskilda individens beslutskompetens. Beslutskompetens innebär att kunna värdera olika alternativ och fatta egna beslut (Sandman 2005).

En människa som drabbas av ett funktionshinder efter att ha insjuknat i stroke kan ofta ha behov av stöd för att stärka de egna resurserna. Denna studie ska belysa hur multiprofessionella rehabiliteringsteams stöd kan påverka strokepatienters autonomi.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa autonomin hos strokepatienter med funktionshinder i samverkan med multiprofessionella rehabiliteringsteam

METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie genom granskning av publicerade vetenskapliga artiklar (Polit & Beck 2008). Den databaserade sökningen inleddes ostrukturerat för att identifiera sökord. Vid ett tillfälle utnyttjades skolbibliotekets sökverkstad under handledning av tjänstgörande bibliotekarie, som även via mail bidrog med tips och råd till en förbättring av sökprocessen. Med utgångspunkt från detta gjordes sedan en mer strukturerad litteratursökning i databaserna *Academic Search*, *Cinahl*, *PsykInfo*, *PubMed* och *Science Direct*.

I alla sökprocesser har huvudsökorden *rehabilitation* och *team* använts. Inledningsvis användes även huvudsökordet *stroke* i Academic Search. Det har publicerats många studier om stroke i rehabiliteringssammanhang och detta bidrog till att snabbt och enkelt få en överblick inför den fortsatta sökningen. Varje sökning i respektive databas började brett för att sedan smalna av. Ytterligare sökord som visade sig vara relevanta och som i varierande grad lades till de olika sökningarna var *multidisciplinary*, *multiprofessional* och *patient*. Alla databaser har olika sätt att kategorisera sitt material vilket förklarar att olika undersökord har använts i sökprocessen. De mest frekventa undersökord, som använts, var *independence*, *patient* och *autonomy*. Boolesk logik *AND* och *OR* och trunkerningar som *patient** och *multi** användes för att ringa in och precisera sökningarna. Även databasernas olika ämnesord utnyttjades för att öka precisionen i sökningarna.

Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar, publicerade mellan år 2000-2008, skrivna på engelska och de intervjuade patienternas ålder var mellan 16 och 85 år. Artiklarna skulle vara etiskt granskade. Exklusionskriteriet var artiklar med studier genomförda inom geriatrik.

Alla studier vars abstract svarade mot syftet valdes ut. Inga avgränsningar gjordes med avseende på kvantitativa eller kvalitativa forskningsstudier. Inte heller avgränsningar beroende på kön, rehabiliteringsform, land eller skada har gjorts. Totalt har 16 artiklar valts ut och databassökningen har presenterats i ett sökschema i bilaga (bilaga 1).

Fribergs (2006) granskningsmall användes för granskning av studiernas kvalitet. Frågorna i mallen besvarades och därefter bedömdes studiernas kvalitet (a.a.). Artiklar som har bedömts ha tillräcklig hög kvalitet sammanställdes i en artikelöversikt (bilaga 2). Granskningen resulterade i att åtta artiklar valdes. Efter granskningen inspirerades analysförfarandet av innehållsanalys enligt Polit & Beck (2008). Analysen genomfördes genom att de valda artiklarnas innehåll

sönderdelades för att hitta meningsbärande enheter. Detta skedde successivt vid upprepade genomläsningar av de valda studierna. För varje studies resultat identifierades kodord och meningsbärande enheter. Därefter fogades dessa samman till ett nytt resultat som svarade mot syftet (Polit & Beck 2008).

RESULTAT

Analysen av de vetenskapliga artiklarna resulterade i följande huvudkategorier:
Identifiering av patientens mål och Medvetna strategier från teamet

Identifiering av patientens mål

Information

I en studie (Koch, Holmkvist, Wottrich, Tham & Pedro-Cuesta 2000) poängterades att de multiprofessionella teamen kunde fungera som en ombudsman, där de tog emot information och vidareförmedlade denna till strokepatienterna (a.a.). Patienterna ville kunna rådgöra med vårdgivarna och vara delaktiga i beslutsfattandet. För detta krävdes att de fick tillgång till information. Att få information om behandlingsplaner under den första tiden på vårdhemmet var speciellt viktigt (Dixon, Everard W & Young 2006; Proot, Crebholder, Abu-Saad, Macor & Ter Meulen 2000a och b; Proot, Abu-Saad, Oorsouw & Stevens 2002; Rubenson, Svensson, Linddahl & Björklund 2007). Det var också betydelsefullt för patienterna att de kunde ställa frågor och få information om stroke och dess konsekvenser. Förståelse och bekräftelse kring detta bidrog till att patienternas utsatta situation blev enklare att hantera för vårdpersonalen (Dixon et al. 2006; Rubenson et al. 2007).

Brist på information och vårdrutiner fick strokepatienter att känna sig osäkra. De beskrev sig själva som lekmän och vårdpersonalen som experter. Det var svårt för vissa patienter att bedöma teamens arbete och känna delaktighet i deras rehabiliteringsplaner. Patienter ifrågasatte därför om de fick tillräckligt med information (Proot et al. 2000a). Information från olika vårdgivare, med olika budskap om ett och samma ämne, ledde oftast till förvirring och ett försämrat självförtroende (Proot et al. 2000b).

Stöd

Stöd i behandlingsprocessen

I en studie kunde målen för fysisk rehabiliteringsträning variera hos vårdtagarna. Patienternas behov av stöd kunde därmed vara olika och förändras under

behandlingsprocessens gång. Patienterna kunde antingen ha som mål att återfå tidigare sociala roller eller att adapteras till en annan social position (Bendz 2003).

Direkt efter att en hjärnskada uppstått, ansåg många patienter att de var mer självständiga än de i själva verket var. När de blev medvetna om sina funktionshinder, kunde det leda till frustration (Rubenson 2007). De upplevde även förlust av kontroll, trötthet och rädsla när de inte kunde påverka rehabiliteringsprocessen. Det visade sig att de multiprofessionella teamen ignorerade dessa aspekter vid registrering i patienternas datajournaler under rehabiliteringen. Deras fokus riktades mer på funktionsnedsättning och träning (Bendz 2003). I andra studier mindes många strokepatienter att de värdesatte vårdgivarnas stöd när de nyligen hade påbörjat behandlingen, att terapeuterna fokuserade på att stötta och att de inte helt begränsade patienternas beslutskompetens. Det var med andra ord viktigt att vårdgivare och vårdtagare kunde mötas halvvägs. Patienterna ansåg också att närvaro av vårdpersonal från ett multiprofessionellt team var en viktig faktor för att återgå till ett självständigare liv (Proot et al. 2000a och b; Dixon et al. 2006).

Patienterna upplevde en förändring i personalens förhållningssätt i samband med att de skulle skrivas ut från vårdhemmet. I början av behandlingen fanns personalen fysiskt och emotionellt närvarande men efterhand som vårdtagarna blev mer självständiga, försvann personalens närvaro och stöd. I vissa avseenden uppfattades det som positivt för patienternas självständighet. I andra fall kunde strokepatienterna inte förstå orsaken till varför den professionella hälsopersonalen ändrade förhållningssätt vid slutet av behandlingstiden (Proot et al. 2000b).

I Proot et al. studie (2000b) ansåg vissa strokepatienter att de sista veckorna före en utskrivning borde arbetet med terapi och samarbetet med vårdpersonalen istället intensifieras. Detta med tanke på de förändringar som utskrivningen skulle medföra exempelvis i miljön. Ett boende på ålderdomshem eller ett eget boende med eller utan familj skulle innebära nya krav och problem i

rehabiliteringsprocessen för både patient och vårdgivare (a.a.). Alla patienter på vårdhem hade en vilja av att återvända hem. De uppskattade också att fortsätta sitt deltagande i hemrehabiliteringsprogrammet (Wottrich, Koch & Tham 2007). För att patienterna i hemmen skulle kunna få en aktivare roll i processerna fick terapeuterna ändra sitt beteende. När patienten åtog sig mer ansvar, förstod terapeuten inte alltid att processen hade ändrats. Detta medförde att vårdgivarna ibland uppfattade att de inte gav tillräckligt med stöd. I efterhand förstod vårdgivarna ändå att allt ordnat sig och att patienterna var tillfredställda med det stöd som gets (Koch, Holmkvist, Wottrich, Tham & Pedro-Cuesta 2000).

I ett exempel ansåg patienterna att arbetsterapeutens fortsatta insats efter hemkomsten var viktigt, bland annat för att kunna återvända till arbetet. På arbetsplatsen kunde en medlem från det multiprofessionella teamet stötta vårdtagarna genom att informera patientens arbetskolligor. Detta kunde upplevas både positivt och negativt av patienten. Det ansågs positivt att arbetskolligor kunde få svar på frågor av en expert om vad det innebär att ha ett funktionshinder. Denna form av stöd från teamet kunde också vara känslig och tröttsam. Speciellt gällde det när patienterna kände att de misslyckats med att själva informera sina arbetskolligor om sitt funktionshinder (Rubenson et al. 2007).

Paternalism kan vara stöd

I en studie (Proot et al. 2000a) tyckte en del patienter att paternalism och stöd kunde vara positivt. Paternalism innebär att skydda patienten med tvång. Det visade sig att vissa patienter hade en låg beslutskompetens kring sin egen träning och kunde därför inte förstå hur de kunde förbättra sin autonomi. I ett fall tog terapeuter beslut om att påbörja rehabiliteringsträningen mot patientens vilja. Patientens inställning ändrades med tiden till att rehabiliteringsträningen ändå var något positivt och att terapeuten hade tagit rätt beslut (a.a.).

När strokepatienterna närmade sig utskrivningsfasen ansåg patienterna att brist på respekt, information och utvärdering samt paternalism uppstod från personalens

sida (Proot et al. 2000b; Proot et al. 2002). Vårdpersonalens uppfattning om detta var att patienterna hade vant sig vid rehabiliteringsmetoder, vådrutiner och regler på vårdhemmet och att personalen hade hjälpt patienterna för mycket. Detta fenomen skedde omedvetet och kallades för institutionalisering av vårdgivare och personalen betonade att detta försämrade patienternas autonomi (Proot et al. 2002).

Observation leder till stöd

Det visade sig att strokepatienter tyckte det var betydelsefullt för självförtroendet att den professionella hälsopersonalen observerade vilka former av stöd patienten var i behov av för att stärka patientens autonomi (Proot et al. 2000a och b). Det var även betydelsefullt med feedback, både icke-verbalt och verbalt (Proot et al. 2000b). Vårdpersonalens iakttagelser och upptäckter under patienternas rehabiliteringsprocess bidrog successivt till att strokepatienterna fick stöd att upptäcka sin egen förmåga och perception under rehabiliteringsträningen. Gradvis kunde terapeuterna ta på sig rollen som rådgivande konsult för att låta patienterna se vad de själva kunde åstadkomma och därmed minskade patienternas rädsla inför sitt funktionshinder (Proot et al. 2002).

I början av rehabiliteringsprocessen observerade personalen att patienterna kunde realisera konsekvenserna av vad de gjorde och vilka val de gjorde (Proot et al. 2002). Patienterna upptäckte och identifierade alltmer sina problem, vilket ledde till ökad medvetenhet om sina möjligheter och begränsningar (Proot et al. 2002; Koch et al. 2000).

Terapeuten observerade och analyserade också i patienternas hemmiljö. Genom att göra detta fick terapeuten förståelse för skillnader mellan önskningar och möjligheter å ena sidan och miljömässiga krav och förväntningar å andra sidan. Detta skapade konkurrens mellan problemlösning och rehabiliteringsprocess. Icke önskvärda beteenden från maken eller maken när de kommunicerade med sin dysfaktiska partner eller när anhöriga hjälpte till mer än nödvändigt kunde strida

mot patientens önskemål. Genom att vårdgivaren uppmärksammade detta kunde rådgivning och undervisning ges till de anhöriga om hur de bäst kunde assistera patienten för att stärka patientens autonomi (Koch et al. 2000).

Det förekom att personalen fokuserade för mycket på uppmärksamhet så att strokepatienten kände sig iakttagen och stressad av personalens förväntningar (Proot et al. 2000a). Patienterna ansåg ibland att personalens förväntningar på deras självständighet var för hög, att de drog sig undan för mycket, vilket patienterna uppfattade som brist på uppmärksamhet (Proot et al. 2000b).

Uppmuntran kan vara stöd

I flera studier framkom att patienterna upplevde att uppmuntran i form av socialt och emotionellt stöd från till exempel multiprofessionella rehabiliteringsteam, familj, besökare och andra patienter var betydelsefullt för motivationen (Dixon et al. 2006; Proot et al. 2002; Rubenson et al. 2007). I Koch et al. studie (2000) uppmuntrades patienterna att träna på aktiviteter i sin hemmiljö, då terapeuterna inte var närvarande (a.a.). Uppmuntran i form av bekräftelse av att rätt saker utfördes och att patienterna åstadkom framsteg var speciellt välkomna då självkänslan sviktade. Särskilt värdefullt var stödet då de upplevde en dålig dag eller när de hade svårt att se de egna framstegen. Verbalt stöd bör baseras på synbara framsteg för att det skulle upplevas som uppmuntran (Dixon et al. 2006). Patienterna uppmuntrades att berätta livshistorier från sin hemmiljö, vilket ledde till diskussioner kring aktiviteter som patienter fann viktiga. Dessa dialoger bidrog till att patienter och vårdgivare fick ökad förståelse för de gemensamma besluten i rehabiliteringsprocessen. Halva tiden vid mötet i hemmen med en terapeut användes till dialoger. Patienten styrde samtalet, medan vårdgivaren lyssnade, uppmuntrade och gav råd (Wottrich et al. 2007). Patienterna stimulerades till att tänka ut nya lösningar, prova dessa och utvärdera resultatet. Det hjälpte dem att förtydliga de egna framstegen i behandlingen och att fortsätta med sina liv på egen hand, det vill säga stärka den egna autonomin (Koch et al. 2000; Wottrich et al. 2007).

Samtal med gruppstöd

Gruppdiskussioner med människor i samma situation och under en arbetsterapeutens ledning uppfattades som mycket positiva av patienterna. Under gruppmötena kunde patienterna stödja varandra genom att dela upplevelser samt ge tips och råd. Många upplevelser delades av andra och de kände förståelse. Patienterna betonade vikten av att grupperna var homogena avseende svårighetsgraden i funktionshindren. Det kunde vara deprimerande att ingå i en grupp där deltagarna hade sämre psykiskt och fysiskt tillstånd än de själva (Proot et al. 2000b; Rubenson et al. 2007).

Medvetna strategier från teamet

Mål

Målen ska formas efter patientens behov. Vårdgivaren ska till exempel ge ett professionellt utlåtande om en viss behandlingsform och därefter ska patienten tillåtas att fatta egna beslut kring detta (Koch et al. 2000).

Observation

Observation innebär att terapeuten ska vara lyhörd och en god lyssnare för att kunna skapa förståelse kring patientens behov och problem (Koch et al. 2000; Proot et al. 2002). Vårdgivaren ska relatera det som observerats till vilka symptom och nedsatta funktioner som orsakats av stroke samt de funktioner, både fysiska och kognitiva, som patienten fortfarande kan utföra (Bendz 2003). Detta kan ge viktig information till teamet om patienternas möjligheter och oförmågor och leda till nya strategier (Proot et al. 2002).

Paternalism

Vårdgivarnas motivering till att de fattade beslut på patienternas vägnar var att de ansåg patienterna vara oförmögna att göra egna val kring sin rehabilitering. De ansågs ha begränsad insikt om sin sjukdom eller sitt funktionshinder. Denna strategi användes främst i början av intagningen på vårdhemmet, då patienterna

behövde en rejäl skjuts för att komma igång med sin rehabiliteringsträning (Proot et al. 2000a). Paternalism kunde också användas i förebyggande syfte, för att till exempel förebygga skada, guida och att ge patienten råd. Patienten kunde samtidigt uppmuntras till att göra egna val och därmed egna framsteg i sitt beslutsfattande (Proot et al. 2000a; Proot et al. 2002). Ett sätt för terapeuterna att kompromissa med patienten och visa respekt för deras självbestämmande var att förklara mer och ställa fler frågor under rehabiliteringen. Detta är också nödvändigt för att förebygga en institutionalisering av vårdgivaren (Proot et al. 2002).

Samarbete

Teamens samarbete med vårdtagarnas familjer var en viktig strategi för att öka patienternas autonomi. Vårdgivarna samarbetade med familjer genom att föra diskussioner med dessa, ge instruktioner hur de skulle stötta och träna familj och patient tillsammans. Detta samarbete gav information om hur patienten är som person, deras vanor och hur deras liv var före insjuknandet (Proot et al. 2002).

Kontinuitet

I Wottrich et al. studie (2007) beskrev vårdpersonalen olika strategier för att kunna stötta patienter till att finna kontinuitet i det dagliga livet. Kontinuitet skapade en meningsfull struktur i patientens hem under rehabiliteringsprocessen från initial planering till slutrehabilitering. Strategier kunde vara att möta samma teammedlem på sjukhus och i hemmet, finna associationer eller kopplingar till forna aktiviteter, uppmuntra patienter till egna problemlösningar, assistera patienter att känna igen sig själva i sin självbild från tidigare roller och att be patienten berätta om sitt liv före insjuknandet i stroke samt att våga blicka framåt mot en oviss framtid (a.a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Grundtanken vid sökningen i databaserna var att skapa ett så objektivt förhållningssätt i sökningsprocessen som möjligt. Initialt omfattade syftet alla patienter med nyförvärvat funktionshinder. Vid de tre första sökningarna i *Academic Search* användes bland annat sökordet stroke. Detta sökord användes därför att behandling av fysiska och kognitiva funktionshinder som följd av stroke är vanligt förekommande inom rehabilitering. Tanken var att få en snabb överblick över relevanta sökord, vilket också skulle generera en samlad struktur och inspiration inför nya sökningar.

Samma huvudsökord användes konsekvent i de olika databaserna. Främst varierade undersöksorden, vilket var ofrånkomligt, då databaserna hade skilda strukturer med olika kategorier för ämnesord. Under sökningsprocessen prövades nya sökord inom ramen för vad som svarade mot syftet. Denna ostrukturerade sökning gav ökad insikt över kunskapsläget och förbättrade den fortsatta sökningen.

När sökningarna avslutades visade det sig att studier vid stroke var överrepresenterade. Behandlingsformerna kunde skilja sig väsentligt beroende på vilken sjukdom eller olycka som gav upphov till funktionshindret.

Ett självständigt arbete kan ha bidragit till att författarens egna tolkningar har satt alltför stor prägel på valda artiklar. Engelska är inte författarens modersmål och denna faktor kombinerat med invecklade byråkratiska ord och meningar, kan ha lett till mindre misstolkningar av studiernas innehåll. För att minimera felkällorna har medvetna problem avhjälpats genom att handledare och högskolans bibliotekarier rådfrågats. För att minimera risken för feltolkning har artiklarna även lästs igenom upprepade gånger.

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar valdes ut under sökningen. Granskningen medförde sedermera att enbart kvalitativa artiklar togs med, eftersom kvantitativa artiklarna inte kunde förklara på vilket sätt och hur multiprofessionella rehabiliteringsteam inverkar på autonomi för strokepatienter. I flertalet av de valda studierna påpekade forskarna att det fanns lite studier kring det som omfattas av strokepatienter och multiprofessionella rehabiliteringsteam samt att det krävs mer forskning kring detta område. Efter granskningen av det valda materialet återstod åtta artiklar som svarade mot syftet.

Den geografiska anknytningen till studierna hade sitt ursprung från Europa, en från England, fyra från Sverige och tre från Holland. Positivt var att vårdformerna var snarlika. I de holländska studierna förekom samma författare, med liknande metod och urval, men med skilda syften. Resultaten i dessa studier styrktes dock genom att andra studier visade liknande resultat (Dixon et al. 2006). Det går trots allt inte att förbise att de holländska studiernas författare kan ha styrt och påverkat slutresultatet, med tanke på att de utgjorde nästan hälften av de artiklar som använts i resultatet.

Studiernas kvalitet i artiklarna bedömdes relaterat till att de skulle svara på de frågor som utgjorde mallen för kvalitetsgranskning samt att de skulle svara mot det aktuella syftet. De studier som inte följde dessa kriterier användes inte heller i resultatet. Artiklarna är publicerade mellan åren 2000-2008 vilket kan anses vara relativt ny forskning.

Det har funnits ett klart samband mellan egna tolkningar i dataanalyserna och Sandmans (2005) definitioner av autonomibegreppet. Detta har påverkat och underlättat kategorisering av materialet och rubriksättning i resultatredovisningen.

Resultatdiskussion

Resultatet pekar på tre grundläggande förutsättningar för att rehabiliteringen skall leda till största möjliga autonomi hos strokepatienter. De tre förutsättningarna är

information respektive stöd till patienten samt medvetna behandlingsstrategier. Ett multiprofessionellt rehabiliteringsteam kan vara den lämpliga behandlingsformen för att uppfylla dessa förutsättningar.

I resultatet har det framkommit att det är betydelsefullt för patienten att få information om sin sjukdom och få ställa frågor om sjukdomen och behandlingen för att känna delaktighet i vårdprocessen och kunna fatta egna beslut (Dixon et al. 2006; Proot 2000a och b; Proot 2002; Reubenson 20007). Betydelsen av att få information om till exempel rehabiliteringbehandlingen påvisades också vara angeläget i annan studie där strokepatienter inte behandlats av ett multiprofessionellt rehabiliteringsteam (Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd 2000).

Sjuksköterskan har fått en arbetsledande och samordnande roll i det multiprofessionella teamet. Det är hon som har huvudansvaret för att patienten får tillräcklig och korrekt information på ett begripligt sätt under hela rehabiliteringsprocessen. Det är henne som patienterna skyller på då de inte känner sig delaktiga i behandlingen på grund av missnöje med den information som lämnats eller utelämnats (Long, Kneafsey, Ryan & Berry 2002). I en studie har patienterna beskrivit vilken sorts information de ville ha under rehabiliteringen och det var fakta om stroke, möjligheter för återhämtning, attityder gentemot funktionshinder och rehabilitering (Johansson, Mishina, Ivanov & Björklund 2007). Att sådan information är betydelsefull och kan leda till att patienterna får ökad förståelse och bekräftelse kring sitt sammanhang visar två andra studier (Dixon et al. 2006; Rubenson et al. 2007). Ett multiprofessionellt rehabiliteringsteam kan få patienter att snabbt och tydligt bli involverade i sin egen vård och delaktiga i behandlingen, vilket i sin tur möjliggör patienternas självbestämmande (Kvarnström & Wallin 1999). Lämplig information och känsla av sammanhang (KASAM) verkar alltså vara viktiga faktorer för att stärka patientens autonomi. Brist på dessa kan försämra autonomi (Sandman 2005).

Enligt autonomibegreppet (Sandman 2005) kan patienten aldrig bli helt autonom eftersom lagstiftning, ekonomi och andra människors frihet sätter gränser för det (a.a). Vårdpersonalen bör i största möjliga mån sträva efter att ge patienten självbestämmandet inom de ramar som är möjliga och har en skyldighet att ge patienten optimal delaktighet i behandlingen. Detta finns föreskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen och i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen 2005, 2007)

Information är således en förutsättning för patientens autonomi. Patienten är till stor del beroende av vårdpersonalen i den frågan. Trots att lagar och rekommendationer ska och bör följas av sjukvårdspersonal, verkar det existera missnöjda patienter som fått bristfällig information av till exempel multiprofessionella rehabiliteringsteam. I ett multiprofessionellt team där sjuksköterskan har en stor påverkan på den information som ges till patienten, får hon därmed också stor inverkan på patientens autonomi.

Varför existerar det missnöjda patienter som ansett sig fått bristfällig information? Det går inte att nu svara på den frågan eftersom forskningen inte har klarlagt vad patientens missnöje helt beror på, då detta inte enbart behöver styras av till exempel information, utan kanske av det sammanhang som individen också upplever i mötet med till exempel sjuksköterskan. Missnöjet kan grunda sig på individens subjektiva upplevelse av behandlingen och den holistiska bild som skapas under rehabiliteringen, vilket också gör det svårdefinierbart. Trots detta finns samband på att information leder till delaktighet och en känsla av sammanhang, men mer forskning på detta område skulle kunna förbättra patientens autonomi och det praktiska vårdarbetet.

Huruvida det multiprofessionella teamet är den bästa behandlingsformen för optimal autonomi hos patienterna är inte heller tillräckligt klarlagt i forskningen idag. Ytterligare forskning skulle kunna bidra till en bättre vård.

Det har alltså visats att det multiprofessionella rehabiliteringsteamets olika former av stöd kan stärka patientens autonomi även om patientens beslutskompetens kan komma att påverkas negativt i början av en rehabiliteringsprocess (Dixon et al. 2006; Proot et al. 2000a och b). Beslutskompetens innebär att patienten ska kunna ges möjlighet att värdera olika behandlingsalternativ och ges möjlighet att fatta egna beslut (Sandman 2005). I en studie av Rynning (1994) beskrivs beslutskompetens som att patienten ska ges möjlighet att ge samtycke till vård och behandling respektive ha rätten att avböja sådan (a.a.).

Att inte kunna få stöd utgör en form av ohälsa (Eriksson 1987). I sin tur definieras hälsa inte bara att må bra, utan också möjligheter till att utnyttja alla former av stöd (Nigthingale 1989). Det behöver däremot inte vara så att resultatet blir bra bara för att avsikten med stöd är god. Det räcker inte enbart med goda händer eller ett omsorgsfullt sätt, det krävs även nödvändig erfarenhet och yrkeskunskap inom vården (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005). Vårdpersonalens vänlighet tillsammans med professionell trygghet är också ett måste i omvårdnadssammanhang (Nigthingale 1989). I en studie av Proot et al. (2000a) framkom att patienternas beslutskompetens åsidosattes till fördel för paternalism då patienten hade låg beslutskompetens (a.a.). Detta kunde antas bero på att sjukvårdspersonalens hälsoförebyggande åtgärder, vilka avsåg att förebygga patientens fortsatta sjukdom eller skada, gick före patientens egen vilja (Socialstyrelsen 2007). Fast patientens beslutskompetens åsidosätts med paternalism, kan ändå en god kvalitet på vården bibehållas genom till exempel omtanke, varsamhet och ett gott handlag till patienten. Där tvångsbehandling, tvångsmedicinering eller tvångsmatning förekommer, kan omtanke och personlig god moral dölja så kallat omoraliska tvångshandlingar (Kristoffersen et al. 2005).

Kränkts strokepatienten i detta sammanhang, då denna förhindras att ta egna beslut på grund av paternalism? Sjuksköterskan bör inte kränka en annan människa. Vilket kan innebära att vi inte ska förödmjuka henne, få henne att känna sig mindre värd som människa eller att skada en annan människas självbild. I

egenskap som snart blivande sjuksköterska, kanske i till exempel ett framtida multiprofessionellt rehabiliteringsteam, är det betydelsefullt att känna till att paternalism kan vara något som behövs i rehabiliteringsprocessen, fast det kan upplevas som ohälsa för ett kort ögonblick hos patienten. Patienten kan säkert uppleva omsorgen som kränkande vid paternalism, fast det multiprofessionella rehabiliteringsteamet ger bästa möjliga stöd som till exempel vid behandlingsprocessen, observation, uppmuntran och samtal med gruppstöd. Hur kränkning på bästa sätt ska undvikas då sjukvårdspersonal fråntar en patients beslutskompetens, för att i sin tur stärka patientens autonomi, kanske ytterligare forskning kan svara på.

Resultatet visade att rehabiliteringsteamets medvetna strategier är viktiga. Det som nämns som strategier i studierna är mål, observation, paternalism, samarbete och kontinuitet (Koch et al. 2000; Proot et al. 2000a; Proot et al. 2002; Bendz 2003; Wottrich et al. 2007). Paternalism är en strategi för att uppmuntra patienten att bli mer delaktig i behandlingen (Proot et al. 2000a; Proot et al. 2002). Med regelbundna kontakter med vårdpersonal, det vill säga kontinuitet, ska patienten uppmuntras till egna problemlösningar och de kan därigenom bli mer delaktiga i behandlingen (Wottrich et al. 2007).

Andra viktiga strategier som det multiprofessionella rehabiliteringsteamet skulle kunna inkludera är information och uppmuntran baserat på vad patienterna i denna studie tyckte var betydelsefullt.

En strategi till information skulle kunna vara att patienten får tillgång till information och uppmuntras till att ställa frågor kring stroke och den egna behandlingen. I sjuksköterskans författningshandbok (Raadu 2007) nämns att hennes kompetensområden ska genomsyras av bland annat forskning, utveckling och utbildning (a.a). För att kunna tillmötesgå patienternas krav på information bör det alltså ingå i strategin att sjuksköterskan har erforderlig kunskap om stroke, möjligheter för återhämtning, attityder gentemot funktionshinder och

rehabilitering. Målet med dessa strategier är att patienten får en ökad delaktighet i rehabiliteringen.

Det har framgått att strokepatienter kan ha svårt att utföra vardagliga aktiviteter, kognitiv funktionsnedsättning. Genom kognitiv terapi kan patienten uppmuntras till samtal och reflektioner om den egna förmågan vilket kan leda till en ökad självständighet.

Både information och uppmuntran har diskuterats i resultatet och har visat sig vara viktiga aspekter för att stärka autonomi. De bör därför ingå i det multiprofessionella teamets strategier.

REFERENSER

* Artiklar som har använts i resultatet

Antonovsky, A. (2007). *Hälsans mysterium*. Finland: WS Bookwell.

Badley, E. (1995). The genesis of handicap : definition, models of disablement, and role of external factors. *Disability and Rehabilitation*, vol. 30, ss. 53-62.

* Bendz, M. (2003). The first year of rehabilitation after a stroke: From two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, ss. 215-222.

* Dixon, G., Thornton, E.W. & Young, C. A. (2006). Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults. *Clinical Rehabilitation*, vol. 21, ss. 230-240.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Sverige: Studentlitteratur.

Hyrkäs, K. (2003). Team supervision in multiprofessional teams : team members' description of the effects as highlighted by group interviews. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12: 2, ss. 188-197.

Johansson, A., Mishina, E., Ivanov, A. & Björklund A. (2007). Activities of daily living among St Petersburg women after mild stroke. *Occupational Therapy International*, vol. 14: 3, ss. 170-182.

* Koch, L., Holmkvist, L.W., Wottrich, A.W., Tham, K. & Pedro-Cuesta, J. (2000). Rehabilitation at home after stroke : a descriptive study of an individualized intervention. *Clinical Rehabilitation*, vol. 14, ss. 574-583.

Kvarnström, S. & Wallin, K. (1999). *Multiprofessionella team i vården: Fördelar och fallgropar*. (Elektronisk). Östergötland: Landstinget. PDF format. Tillgänglig: < <http://www.lio.se> > (2008-02-12).

Kristoffersen N.J., Nortvedt, F. & Skaug E.A. (2005). *Grundläggande omvårdnad: Del 1*. Stockholm. Liber AB.

Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. (2002). The role of nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, ss. 70-78.

Löfgren, M. (2006). Multiprofessional rehabilitation for women with fibromyalgia : Quantitative and qualitative studies. Diss. Karolinska Institutet. Stockholm: Universitetssjukhus.

Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. Quality analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation (2000). *British Medical Journal*, vol. 321, ss. 1051-1054.

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård: ur vårt tidsperspektiv*. Stockholm. Studentlitteratur.

Norrefalk, J.R., Ekholm, K., Linder, J. & Ekholm, J. (2008). Evaluation of a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain : Economic benefits of return to work. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 40, ss. 15-22.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

* Proot, I.M., Crebholder, H.F.J.M., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H.G.M & Ter Meulen, R.H.J. (2000a). Facilitating and constraining factors on autonomy : The views of stroke patients on admission into nursing homes. *Clinical Nursing research*, vol. 4, ss. 460-478.

* Proot, I.M., Crebholder, H.F.J.M., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H.G.M & Ter Meulen, R.H.J. (2000b). Stroke patients' needs and experience regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education and Counseling*, vol. 41, ss. 275-283.

* Proot, I.M., Abu-Saad, H.H., Oorsouw, G.G.J. & Stevens, J.J.A.M. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation : The perceptions of care providers in nursing homes. *Nurs Ethics*, vol. 9, ss. 36-50.

Raadu, G. (2007). *Författningshandbok 2007: För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.

* Rubenson, C., Svensson, E., Linddahl, I. & Björklund, A. (2007). Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 14, ss. 205-214.

Rynning, E. (1994). *Samtycke till medicinsk vård och behandling: En rättsvetenskaplig studie*. Sverige: Iustus.

Sandman, L. (2005). On the autonomy turf : Assessing the value of autonomy to patients. *Medicine Health Care and Philosophy*, vol. 3, ss. 261-268.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (Elektronisk). Stockholm. PDF format. Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se>> (2008-05-20).

Socialstyrelsen (2007). *Hälso- och sjukvårdslagen*. (Elektronisk). Stockholm.
PDF format. Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se>> (2008-05-20).

Spross, Å. (2004). Stroke : snabb vård räddar liv. *Apoteket*, vol 4, ss. 7-11.

* Wottrich, A. W., Koch, L. & Tham, K. (2007). The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Physical Therapy*, vol. 87, ss. 778-788.

Yu, J. & von Arbin, M. (2005). Värt att veta om stroke. *Medicinsk Access*, vol 5, ss. 9-12.

Ågren, B. (2006). Stroke - en folksjukdom : Hög tid att mäta och öppet redovisa resultatet. *Medicinsk Access*, vol. 2, ss. 10-7.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Avgränsningar	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
Academic Search 2008-04-02	peer reviewd årtal: 2000-2008	Rehabilitation AND team* AND stroke 75 träffar	AND multiprofessional 4 träffar	AND multiprofessional 4 träffar	Svarar inte mot syftet	3
			AND autonomy 2 träffar	AND autonomy 2 träffar	Svarar inte mot syftet	1
			AND independence 9 träffar	AND independence 9 träffar	Svarar inte mot syftet	0
		Rehabilitation AND team* 755 träffar	AND multiprofessional 11 träffar	AND multiprofessional 11 träffar	Svarar inte mot syftet, ej vetenskaplig, samma artiklar	0
		Rehabilitation AND team* AND multidisciplinary 130 träffar	AND patient* 91 träffar	AND patient* 91 träffar	Svarar inte mot syftet, samma artiklar	2
				12 träffar and ADL 2 träffar	Samma artiklar	0
				and self-efficacy 1 träff	Samma artiklar	0
				and autonomy 2 träffar	Samma artiklar	0
				and independence 10 träffar	Svarar inte mot syftet, samma artiklar	0
Cinhal 2008-04-03	abstract < 8år	Rehabilitation AND "multidisciplinary care team" 6 träffar			Svarar inte mot syftet	0
		Rehabilitation AND multiprofessional 19 träffar	AND patient* 12 träffar	AND patient* 12 träffar	Svarar inte mot syftet	0
		Rehabilitation AND team* AND patient* 410 träffar	AND autonomy 11 träffar	AND autonomy 11 träffar	Svarar inte mot syftet, pediatrik, en artikel från 1995, samma artiklar	3

Sökning Datum	Aygränsningar	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
Cinhal 2008-04-03	abstract < = 8 år	Rehabilitation AND team* AND patient* 410 träffar	AND independence 3 träffar AND adl 11 träffar	AND independence 3 träffar AND adl 11 träffar	Svarar inte mot syftet, ej vetenskapliga	0
			AND "self-care OR self-determination OR coping" 11 träffar	AND "self-care OR self-determination OR coping" 11 träffar	Svarar inte mot syftet samma artiklar, geriatrik	1
Science Direct 2008-04-04		Rehabilitation AND team* AND multi* 138 träffar	AND patient* 115 träffar	AND patient* 115 träffar	Svarar inte mot syftet, samma artikel, fransk	1
				and independence 10 artiklar	Svarar inte mot syftet, samma art., franska	0
				and "self-care or self-determination" 11 träffar	Svarar inte mot syftet, psykiisk sjukdom, pediatrik, samma artiklar	0
				and coping 5 träffar	Svarar inte mot syftet, franska, artiklar > 8 år	0
PsykINFO 2008-04-05	< = 8 år peer reviewd journal	Rehabilitation AND team* AND multi* 1790 träffar	AND patient* 1251 träffar	AND patient* 1251 träffar	För många träffar	0
		Rehabilitation AND team* AND multiprofessional 41 träffar	AND patient* 31 träffar	AND patient* 31 träffar	Svarar inte mot syftet,	2
		Rehabilitation AND team* AND multidisciplinary AND patient* 411 träffar	AND autonomy 32 träffar	AND autonomy 32 träffar	Svarar inte mot syftet,	0

Sökning Datum	Aygränsningar	Huvud sökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	+ Undersökord Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
PsykINFO 2008-04-05	<= 8 år peer reviewd journal	Rehabilitation AND team* AND multidisciplinary AND patient* 411 träffar	AND independence 43 träffar		Svarar inte mot syftet,	1
		Rehabilitation AND team* AND multi* AND patient* AND coping 275 träffar	AND Self-care 30 träffar		Svarar inte mot syftet,	0
PubMed (PMC) 2008-04-06	<= 10 år Research & Review Articles	Rehabilitation AND team AND patient AND multi? 203 träffar	AND diciplinary 47 träffar		Svarar inte mot syftet	1
		Rehabilitation AND team AND patient AND autonomy 29 träffar			Svarar inte mot syftet	0
		Rehabilitation AND team AND patient AND multiprofessional 12 träffar			Svarar inte mot syftet	0
		Rehabilitation AND team AND "patient care team" 61 träffar	AND independent 20 träffar		Svarar inte mot syftet	1

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Bendz M. Sverige 2003.	The first year of rehabilitati on after a stroke: From two perspective s.	Syftet var att belysa strokepatienters och de multiprofessionell a teamens olika förståelse av innebörden att ha stroke.	Fenomografisk kvalitativ studie. En öppen explorativ datainsamling med en interpretativ ansats gjordes. Intervju av 15 strokepatienter, < 65 år, hade fått behandling av ett multiprofessionellt team. Sex kvinnor och nio män. Öppna-slutna frågor användes vid intervjun. Godkänd av etisk kommitté. Inklusionskriterie var att patienterna kunde förstå och uttrycka sig verbalt.	Intervjuerna skedde i patienternas hem och bandinspelades efter patienternas samtycke. All data och beskrivningar fogades sammans till en helhet. Olikheter och likheter analyserades och organiserades till kategorier och underkategorier. Resultatet kontrollerades, jämfördes kategorierna med de individuella patienternas data och även med vårdgivarnas registrerade data från rehabiliteringen av patienten.	Tre grundläggande koncept relaterat till stroke samtycktes, däremot tolkades dessa koncept och mål av rehabiliteringsprocessen olika. Patienterna upplevde förlust av kontroll, trötthet och rädsla för att inte kunna påverka rehabiliteringsprocessen. De multiprofessionella teamen ignorerade dessa aspekter i sin registrering av patienten under rehabiliteringen. Deras fokus riktades på funktionsnedläggning och träning.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Dixon, G., Thomton E.W. & Young, C.A. UK. 2006.	Perception s of self efficacy and rehabilitati on among neurologic ally disabled adults.	Syftet var att upptäcka relevanta begrepp inom neurologisk rehabilitering.	Kvalitativ studie. Stratifierad ändamålsenlig sampling och demografisk analys. Erfarenhet av rehabilitering (pågående eller avslutad behandling), 12 män och 12 kvinnor, ålder 16-65 år, diagnos stroke (n=12), traumatisk hjärnskada (n=8), ”monophasic” neurologisk försvagning (n=10).	Semistrukturerade intervjuer. Direkt eller indirekt kontakt (ringdes upp). Öppna-slutna, icke- direktiva intervjuer. Intervju via telefon eller i privat rum, bandades och transkriberades. Tid 20-60 min/intervju. Anhöriga kunde närvara, endast som stöd. Godkänd av etisk kommitté. Tematisk analys, transkriberingar kodades av tre oberoende experter. Triangulering utfördes.	Begreppet rehabilitering uppfattades antingen som återhämtning eller adaptation. Självförtroende, självständighet, fatta egna beslut, att ha en aktiv roll och att samarbeta med multiprofessionella team var viktigt. Patienten hade stort behov av information, sätta upp mål, positivt stöd från medpatienter, personal (team), besökare (familj & anhöriga) bidrog till framsteg i rehabiliteringen. Problem identifierades; strukturerad av tid i egna hemmet gick förlorad.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Koch, L., Holmkvist, L.W., Wottrich, A.W. Tham, K. & Pedro- C.J. Sverige. 2000.	Rehabilitering at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention.	Syftet med studien var att beskriva förslag och innehåll av tidig utskrivning och fortsatt rehabiliterings strategi utvecklade i forskningsprogram m på neurologiska avdelningen, Huddinge Universitetssjukhus, för patienter med lindriga neurologiska försämringar efter stroke.	Kvalitativ (och kvantitativ) deskriptiv studie; randomiserad kontroll. 41 patienter med måttliga försämringar efter stroke ingick i behandlingen. Rehabiliteringsteam bestående av sex medlemmar intervjuades; arbetsterapeuter, sjukgymnaster och logoped - endast kvinnor, ålder 20-45 år, erfarenhet åtta månader till 15 år. Godkänd av etisk kommitté.	En kvalitativ design användes för att upptäcka och beskriva vårdarnas arbetssätt under rehabiliteringsprogrammet i patienternas hem. En semistrukturerad intervju användes. Intervjuerna hölls på sjukhuset, bandinspelades och transkriberades. Deltagarna kontrollerade att data stämde. Analys av data gjordes av två författarna, med ett nära samarbete med den tredje. Steg för steg procedur användes och varje intervju analyserades separat. Varje steg diskuterades. Kategorier och teman av alla intervjuerna jämfördes sedan, identifierade likheter, olikheter och vanligt förekommande mönster. Resultatet granskades av två av de intervjuade och två författare som inte deltog i analysprocessen.	Vanligaste orsakerna till att besök gjordes i patienternas hem var språkträning och kommunikation samt ADL-aktiviteter. Vårdgivarna uppmärksammade oförenligheter mellan krav och möjligheter hos patienten och omgivningen. Vårdgivare som arbetade i patienternas hem, fick möjligheter att uppmärksamma beteenden, som sedan fick patienterna att återta ansvar och inflytande över rehabiliteringsprocessen. Detta resulterade i ett individualiserat rehabiliteringsprogram som varierade till innehåll och frekvens av hembesök.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Proot, I.M., Crebholder, H.F.J.M., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H.G.M & Ter Meulen, R.H.J. Holland. (1999).	Stroke patients needs and experience regarding autonomy at discharge from nursing home.	Syftet var att försöka fastställa vilka underlättande eller begränsande faktorer som uppstått avseende patients autonomi vid utskrivning, som identifierats av strokepatienter i vårddhem.	Kvalitativ studie, grundad metod, datakälla valdes som teoretiskt stickprov. Av 22 deltog 12 män och 10 kvinnor, från tre olika rehabiliterande vårddhem. 50-85 år. Diagnos stroke. Kommunikerbar, inte svårt sjuka, holländare, intervjun inte för stor påfrestning, mål att flytta hem eller dylikt. Intervjuer vid utskrivning.	22 patienter ringdes upp, som hade fått inbjudningsbrev om studien. Skriftligt samtycke av alla, intervjuades vid tre tillfällen; vid antagning, rehabilitering och utskrivning. Intervjuhandbok skapades, bl.a. utvalda experter granskade. Handbok reviderades. Pilotstudie, inga ändringar. Autonomi definierades av patienterna, intervjulängd 14 v., 45 min per intervju. Bandades, transkriberades. Analyserades med konstant komparativ metod. Dator organisera kvalitativ data, kodning och triangulering.	Ändringar i autonomi relateras till återhämtning, självförtroende och pat. strategier. Team, familj och vårddhem påverkar pat. autonomi. Överbeskydda, paternalism och vårdrutiner begränsar autonomin. Uppmärksamhet, skräddarsytt stöd, emotionell support av familj, respektfull dialog underlättar autonomin. Vårdhem underlättar autonomi genom minimering av vårdrutiner. Uppmärksamhet gör att pat. känner delaktighet i rehab., kvalitet i livet, självständighet. Multidisciplinära riktlinjer ökar uppmärksamhet och stimulerar till teamsamarbete.
Proot, I.M., Crebholder, H.F.J.M., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H.G.M & Ter Meulen, R.H.J. Holland. 2000.	Facilitating and constrain g factors on autonomy: The views of stroke patients on admission into nursing homes.	Syftet var att försöka fastställa vilka underlättande eller begränsande faktorer som uppstått avseende patients autonomi under behandling på vårddhemmet, som identifierats av strokepatienter under inskrivningstiden.	Kvalitativ studie, grundad studie valdes som metod, datakälla valdes som teoretiskt stickprov. Av 22 deltog 12 män som 10 kvinnor, från tre olika rehabiliterande vårddhem. 50-85 år. Diagnos stroke. Kommunikerbar, inte svårt sjuka, holländare, intervjun inte för stor påfrestning, mål att flytta hem eller dylikt. Intervjuer vid utskrivning.	22 patienter ringdes upp, hade fått inbjudningsbrev och info om studien. Skriftligt samtycke av alla, intervjuer vid fem tillfällen.. Intervjuhandbok skapades, bl.a. utvalda experter granskade. Handbok reviderades. Autonomi definieras av patienter, intervjulängd 2-8v., Bandades, transkriberades. Analyserades med konstant komparativ metod. Dator organisera kvalitativ data, kodning och triangulering gjordes.	Tre kategorier; självbestämmande, självständighet och egenvård. Vid inskrivning begränsades autonomin av patientens tillstånd och patientens strategier. Vårdhem underlättar pat. autonomi då hoppfull atmosfär och utrymme för autonomi ges. Team underlättar autonomi med terapi, stöd och info, uppmärksamhet och respekt, paternalism och samarbete. Vårdrutiner, brist på privatliv, nya miljöer, väntan, tristess och brist på information identifieras som begränsande miljömässiga faktorer. Multidisciplinära riktlinjer stimulerar till teamsamarbete.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Proot, Irene M., Abu- Saad, H.H., Oorsouw, G.G.J. & Stevens J.J.A.M. Holland. 2002.	Autonomy in stroke rehabilitati on: The perception s of care providers in nursing homes.	Syftet var att precisera vilka dimensioner av autonomi som identifierats av vårdgivare och avgöra vilka faktorer, enligt deras uppfattning, som påverkar patientens autonomi under rehabiliteringspro cessen.	Kvalitativ studie, grundad teori. Totalt 27 vårdgivare deltog, män (n=7) och kvinnor (n=20). Mellan 25 och 54 år. 6 sjuksköterskor, 3 läkare, 3 psykoterapeuter, 3 arbetsterapeuter, 3 logoped, 3 social- arbetare. Erfarenhet av rehab inom stroke från 2- 29 år. Holländare, involverade i dagliga vården av rehab. strokepat. och minst två års erfarenhet	Respondenterna ringdes upp, hade fått inbjudningsbrev och info om studien, skriftligt samtycke gavs. Intervjuhandbok skapades, granskades bl.a. av experter och reviderades. Två pilotstudier, med revidering som följd. Intervjuaren introducera ämnet, följdfrågor ställdes, bandinspelning, transkriberades. Analyserades med konstant komparativ metod. Dator organisera kvalitativ data, kodning och triangulering gjordes.	Autonomi är inte statisk; dynamisk, förändras över tid. En ökning av patientens autonomi skedde under rehabilitering. Det är omgivningen som upprätthåller patientens autonomi så länge det är nödvändigt. I första fasen av rehabiliteringen är egenvård viktigast för patienten. Senare i processen kräver självbestämmande och självständighet mer uppmärksamhet. Ssk och Usk ansågs med lämpade att koordinera daglig vård i denna integrerade vården av strokepatienter. Samarbete med familjer bidrog också till att återskapa autonomi.
Rubenson, C., Svensson, E., Linddahl, I. & Björklund, A. Sverige. 2007.	Experience s of returning to work after acquired brain injury.	Syftet med denna studie var att utforska uppfattningar av att återvända till arbetet efter rehabilitering, ur människors med förvärvad hjärnskada synvinkel.	Kvalitativ studie, där individuella subjektivitas verklighet studeras. Erfarenhet av rehabilitering, återvänt till arbetet, diagnos; förvärvad hjärnskada, har kvar kognitiv förmåga etc. Av 10 uppfyllde 5 män och 3 kvinnor kriterierna, ålder 23-63 år. stroke (n=3) och traumatiska hjärnskador n=5).	Intervjuhandbok skapades med översikt, introduktions, områdes- och följdfrågor. Informerades via brev & muntligt; frivilligt, avsluta intervju när som, konfidentiellt. Intervjuades 7 i hemmet, 1 hos forskare. 40-45 min/intervju, bandinspelades, 2 forskare skrev sina tankar, intryck och reflektioner under intervjun. Transkriberades ordagrant. Analyserades och tolkades först separat och sedan tillsammans med medförfattare. Ingen etisk kommitté granskade.	Det krävdes individuell motivering, flexibel arbetsplats, kämparvilja och långvarig support från omgivningen för att kunna återvända till jobbet med en förvärvad hjärnskada. Informanterna behövde också stöd under lång tid för att uppnå balans och för att erhålla en fungerande arbetsroll. För att uppnå detta krävs mer patientfokuserad rehabiliteringsform, professionellt teamarbete och längre uppföljningsperioder, än det som ges idag.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat
Wottrich, A.W., Koch, L. & Tham, K. Sverige. 2007.	The meaning of rehabilitati on in the home environme nt after acute stroke from the perspective of a multiprofe ssional team.	Syftet med studien var att identifiera innehållningen av rehabilitering i hemmiljön efter en stroke, utifrån medlemmar från en multiprofessionell grupps perspektiv.	En kvalitativ empirisk fenomnologisk psykologisk metod. 13 teammedlemmar (5 sjukgymnaster, 5 arbetsterapeuter, 2 logopedier, 1 socialarbetare) deltog. 5 män och 8 kvinnor intervjuades, knutna till någon av de 9 patienter som rehabiliteringen berörde. Patienternas variation i ålder var 63-86 år.	Varje respondent fick själv återberätta den terapeutiska historien, från rehabiliteringens början till dess slut. Forskaren stälde följdfrågor. Intervjuålgd ca.30 minuter. Bandinspelades och transkriberades. Intervjuerna analyserades enligt EPP metod. Varje enskild intervju med beskrivningar och upplevelser analyserades noga i fem steg. Därefter analyserades alla deltagare i grupp. Teman skapades, jämfördes med originalintervjuerna. Experter granskade och data justerades därefter.	Att skapa stödande kontinuitet till patienten innebar att få träffa samma teammedlem på sjukhus och i hemmet, be patienten få berätta om sitt liv och finna associationer, länkar till förra aktiviteter samt att uppmuntra och att stärka patientens känslor. Dialoger skapa närhet till patient, ledde till bättre förståelse för hur team kunde fortsätta med sitt kontinuerliga stöd.