

Kommunikationsmodell för mångprofessionellt arbete

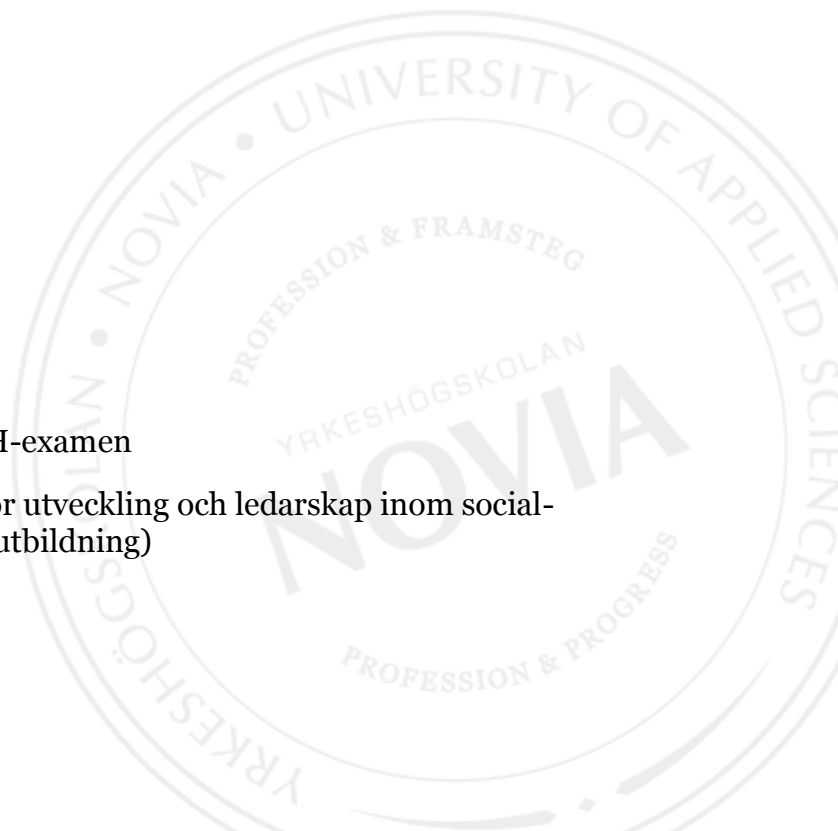
- Patienten i fokus

Simon Klemets

Lärdomsprov för Högre YH-examen

Utbildningsprogrammet för utveckling och ledarskap inom social-
och hälsovård (Högre YH-utbildning)

Åbo 2015



Lärdomsprov (Högre YH)

Författare: Simon Klemets

Utbildningsprogram och ort: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

(Högre YH-utbildning, Åbo)

Handledare: Pia Liljeroth

Titel: Kommunikationsmodell för mångprofessionellt arbete – Patienten i fokus

Datum: 01.04.2015 Sidantal: 41 Bilagor: 5

Abstrakt

De krav på ökad produktivitet och effektivitet som samhället idag ställer på hälso- och sjukvården, har gjort att många enheter inom sjukvården fått omvärdera sina arbetssätt. Mångprofessionella arbetssätt har blivit allt vanligare för att verksamheter ska bli framgångsrika. Ett nära samarbete mellan professioner är speciellt viktigt inom ett område som medicinsk rehabilitering. Den kunskap som behövs för att på bästa sätt rehabilitera många av patienterna är komplex och omfattande. Kraven på ett samlat patientbemötande har samtidigt vuxit sig allt starkare, vilket grundar sig på insikten om att ett gott omhändertagande fordrar en helhetssyn där behandlingen tar hänsyn till den individuella patientens livssituation. Att hitta metoder som utvecklar kommunikationen inom mångprofessionellt arbete är viktigt för att göra patienten mera delaktig kring den egna vården.

Syftet med utvecklingsarbetet har varit att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som har drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Utvecklingsarbetet har förverkligats genom litteraturöversikt (n = 19 artiklar) samt fokusgruppsintervjuer (n = 2) och materialet har analyserats med hjälp av innehållsanalys

Resultatet av utvecklingsarbetet är kommunikationsmodellen Patienten i Fokus som hjälper vårdpersonal att skapa delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen.

Språk: Svenska

Nyckelord: mångprofessionellt arbete, medicinsk rehabilitering, kommunikation, delaktighet

OPINNÄYTETYÖ (YAMK)

Tekijä: Simon Klemets

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård (Högre YH-utbildning), Turku

Ohjaaja: Pia Liljeroth

Nimike: Moniammatillisen työn viestintämalli – Potilas keskipisteessä / Kommunikationsmodell för mångprofessionellt arbete – Patienten i fokus

Päivämäärä: 01.04.2015 Sivumäärä: 41

Liitteet: 5

Tiivistelmä

Vaatimukset joita yhteiskunta nykyisin asettaa terveydenhuollolle, mm. tuottavuus ja tehokkuus ovat saaneet monet yritykset pohtimaan omia työtapojaan. Moniammatillinen työtapa on yleistynyt koska yritykset haluavat menestyä. Tiivis yhteistyö eri ammattilaisten välillä on erityisen tärkeää lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Tieto, joka mahdollistaa parhaan mahdollisen tavan kuntouttaa useita potilaita, on usein monimutkaista ja laajaa. Potilaiden yhdenmukainen kohtelu ja sen vaatimukset ovat samaan aikaan vahvistuneet yhä enemmän. Tämä perustuu oivallukseen että hyvä hoito edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa hoidossa otetaan huomioon yksittäisen potilaan elämäntilanne. On tärkeä löytää menetelmiä, jotka kehittävät viestintää moniammatillisessa työssä ja lisäävät potilaan osallisuutta omassa hoidossa.

Kehitystyön tavoitteena on kehittää viestintää moniammatillisessa työssä niin, että aivohalvaus- tai selkäydinvammapotilaiden osallistuminen hoitoon lisääntyisi. Kehitystyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksen (n = 19 artikkeleita) ja fokusryhmähaastattelujen (n = 2) avulla, materiaali analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Kehitystyön tulos on viestintämalli nimeltään Potilas keskipisteessä, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia luomaan potilaille osallisuutta ja motivaatiota kuntoutuksen aikana.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: lääkinnällinen kuntoutus, moniammatillinen yhteistyö, kommunikointi, osallistuminen

MASTER'S THESIS

Author: Simon Klemets

Degree Programme: Development and Leadership within Social Services and Health Care (Master), Åbo

Supervisor: Pia Liljeroth

Title: A communication model for multi-professional teamwork – Patient in focus

Date 01.04.2015 Number of pages: 41

Appendices: 5

Summary

The demands for increased productivity and efficiency that society today imposes on health care, has led many healthcare organizations to rethink their approach. As a result, to be successful an interprofessional approach has become an ordinary fit for healthcare organizations. A close collaboration between professions is especially important in medical rehabilitation. The knowledge needed to rehabilitate many of the patients in the best way is complex and extensive. The requirements for a single patient approach has also been growing ever stronger, which is based on the realization that good care requires a holistic approach in which treatment takes into account the individual patient's life situation. Finding methods that develop communication in multi-professional teamwork is important so that patients can be more involved in their own treatment.

The aim of this developmental research has been to develop communication in multi-professional teamwork so that participation among the patients affected by stroke or spinal cord injury increases. The developmental research was carried out through literature review (n = 19 articles) and focus group interviews (n = 2) and was analyzed using content analysis

The result of this developmental research is a communication model called patient in focus that helps health professionals create participation and motivation to patients during rehabilitation.

Language: Swedish

Key words: multi-professional teamwork, medical rehabilitation, communication, participation

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Bakgrund och utgångspunkter till utvecklingsarbetet.....	2
3.1	Medicinsk rehabilitering	3
3.1.1	KASAM – Känsla av sammanhang.....	5
3.1.2	Joyce Travelbees teori om kommunikation.....	6
3.2	Mångprofessionellt arbete.....	7
3.3	Delaktighet och kommunikation	9
3.4	Förhållanden som skapar delaktighet.....	12
4	Utvecklingsarbetets metod och material	14
4.1	Val av metod.....	14
4.1.1	Litteraturöversikt.....	14
4.1.2	Sökschema och datainsamling.....	15
4.2	Innehållsanalys som analysmetod.....	15
4.3	Fokusgruppsintervjuer	18
4.3.1	Förberedelser och val av deltagare.....	19
4.3.2	Genomförande av fokusgrupper	21
5	Resultat	21
5.1	Anpassning av omvårdnadsinsatser	22
5.2	Ansvar och engagemang.....	25
5.3	Tillförlitliga relationer.....	27
5.4	Patientens behov	30
6	Utvecklingsarbetets resultat – “Patienten i fokus”	33
7	Forskningsetiska aspekter	34
8	Kritisk granskning	38
9	Slutdiskussion	40
	Källförteckning.....	42
	Bilagor: Bilaga 1 Redovisning av litteratursökningens resultat.....	1
	Bilaga 2 Redovisning av innehållsanalysens resultat	8

Bilaga 3 Forskningslov	15
Bilaga 4 Informationsbrev till patienter.....	16
Bilaga 5 Kommunikationsmodell för mångprofessionellt arbete - Patienten i fokus	17

1 Inledning

Kraven på ökad produktivitet och effektivitet inom vården är höga i dagens samhälle, samtidigt är också den ekonomiska situationen svår. En bidragande orsak till att intresset för teamarbete inom hälso- och sjukvård vuxit, är bl.a. på grund av att arbetet inom många verksamheter kräver samarbete för att lösa olika uppgifter. Verksamheterna har fått omvärdera arbetssätt och mångprofessionellt arbete har på många håll blivit en nödvändighet för att verksamheten ska bli framgångsrik (Wheelan, 2013, s. 15).

Ett nära samarbete mellan olika professioner är speciellt viktigt inom ett område som medicinsk rehabilitering. Det behövs kunskap från många olika professioner för att rehabilitera patienterna (Lundgren & Molander, 2008, s. 39).

Inom medicinsk rehabilitering är deltagande en viktig del vilket bl.a. innebär att patienten ska ges ett gott stöd för att kunna använda sina resurser till att uppnå livskvalitet och tillfredsställelse. (Lundgren & Molander, 2008, s. 167-170).

De olika professionerna arbetar nära varandra inom medicinsk rehabilitering och detta är en förutsättning för att göra patienten delaktig kring sin egen vård. (Wheelan, 2013, s. 15-16).

Detta utvecklingsarbete handlar om hur man som vårdpersonal skapar delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen och vilka metoder den vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt kan använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten. Utvecklingsarbetet görs med fokus på patienten och dennes upplevelser av vården och målet har varit att skapa en kommunikationsmodell som utvecklar patienternas delaktighet kring den egna vården

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta utvecklingsarbete är att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Utvecklingsarbetet görs med fokus på patienten och dennes upplevelser av vården och målet är att skapa en kommunikationsmodell som rehabiliteringsmedicinska verksamheten vid Högsbo Sjukhus i Göteborg kan använda sig av för att utveckla patienternas delaktighet kring den egna vården

Detta utvecklingsarbete har avgränsats till följande områden: medicinsk rehabilitering, mångprofessionellt arbete samt delaktighet och kommunikation. Litteratur och tidigare forskningsrapporter inom mångprofessionellt arbete, medicinsk rehabilitering samt delaktighet och kommunikation används som material. Den empiriska delen i detta utvecklingsarbete förverkligas genom fokusgruppsintervjuer bland patienterna vid rehabiliteringsmedicinska enheten vid Högsbo Sjukhus. Patienterna vid sjukhuset har deltagit i fokusgruppintervjuer där teman varit kommunikation och delaktighet kring den egna vården. Detta utförs i syfte att samla in ytterligare material som kan användas för att utveckla kommunikationsmodellen.

Den centrala frågeställningen i detta utvecklingsarbete är formulerad enligt följande:

- Hur skapar man som vårdpersonal delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen och vilka metoder kan vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten?

3 Bakgrund och utgångspunkter till utvecklingsarbetet

Som bakgrund och utgångspunkter till utvecklingsarbetet används mångprofessionellt arbete, medicinsk rehabilitering, kommunikation och delaktighet samt känsla av sammanhang och Travelbees teori (2014) om kommunikation. Dessa används som inspirationskällor till kommunikationsmodellen och en närmare förklaring över hur dessa tar sig i uttryck i modellen ges i kapitel 6. För att ge läsaren kunskap om rehabiliteringsmedicinska enheten vid Högsbo sjukhus har en kortare presentation av verksamheten även tagits med i detta kapitel. Rehabiliteringsmedicin, inriktning neuro, Sahlgrenska Universitetssjukhuset vid Högsbo Sjukhus är ett kompetenscentrum för neurologi inriktad rehabilitering med särskild inriktning på hjärnskador och

ryggmärgsskadade patienter. Mål för verksamheten är att bl.a. att öka patientens självständighet i vardagliga aktiviteter och på detta sätt främja patientens egen delaktighet i samhället. Vid Rehabiliteringsmedicinska enheten har man ett mångprofessionellt arbetssätt och vid enheten arbetar många olika yrkesgrupper t.ex. läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, logopedier, neuropsykologer, kuratorer.

Verksamhetspecifika mål för Rehabiliteringsmedicin vid Högsbo Sjukhus är en helhetssyn på patienten samt en samordning av rehabiliteringsinsatserna. Inom verksamheten arbetar man utgående från ett mångprofessionellt arbetssätt där många i personalen har en genomgående lång erfarenhet av rehabilitering samt hög kompetens och kunskap om neurologiska skador. Verksamheten har även som mål att fortlöpande erbjuda personalen yrkesspecifik vidareutbildning inom valda områden.

Vårdavdelningen bedriver verksamhet dygnet runt 7 dagar/vecka. Avdelningen har tillgång till 17 vårdplatser med möjlighet att lägga in ytterligare en patient för en kortare vistelse. Alla inläggningar är planerade och den genomsnittliga vårdtiden ligger på ca 40 dagar men vårdtiden kan variera från fall till fall. Patienten erbjuds individuell träning samt även gruppträning i olika regier. Rehabiliteringen sker fortlöpande med hjälp av vårdpersonal i samband med dagliga aktiviteter såsom exempelvis måltider, skötsel av hygien och förflyttningar.

3.1 Medicinsk rehabilitering

Enligt Morèn Hybbinette (2005, s. 13-14) kommer ordet rehabilitering ursprungligen från de latinska orden *re*, samt *habilitas*. *Re* betyder åter och *habilitas* betyder duglighet eller lämplighet. Det primära syftet med den medicinska rehabiliteringen är att hitta optimala metoder så att patienten ska kunna återvända till det dagliga livet och återfå en rimlig hälsa efter t.ex. en fysiologisk sjukdom eller skada som lett till en funktionsnedsättning.

Faktorer som inverkar på hur rehabiliteringen gestaltar sig är människosynen och värderingar samt att lyfta fram de resurser som finns inneboende hos patienten samtidigt som funktionshinder systematiskt utforskas, vilket är grunden för en lyckad rehabilitering. En förbättrad funktionsnivå hos patienten samt att skapa förutsättningar för patienten att fungera i det dagliga livet trots en medförande skada som innebär funktionshinder är det huvudsakliga målet med rehabiliteringen. (Morèn-Hybbinette, 2005, s. 14-17).

Rehabiliteringsmedicin som inriktning fokuserar på medicinska tillstånd som leder till ett långvarigt sjukdomstillstånd hos individen och oftast är detta sjukdomstillstånd långvarigt. Vanliga patientgrupper är t.ex. individer med hjärnskador, ryggmärgsskador eller komplexa kroniska smärtor etc. Den rehabiliteringsmedicinska processen vid dylika skador innebär oftast omfattande sjukvårdsinsatser som sker i samarbete med andra primärvårdsinsatser och sjukhusverksamheter. Det som utmärker rehabiliteringsmedicin är sambandet mellan att ställa diagnos och att ingripa, dvs. intervention. Intervention och diagnostik utgår från ett s.k. helhetsperspektiv, som innebär att både kroppsliga och psykologiska funktioner, individuell aktivitetsförmåga, delaktighet i det sociala livet, hälsa och livskvalitet tas i beaktande. Att endast utgå från generella mål för rehabiliteringsprocessen är således inte tillräckligt utan det krävs en organiserad klarläggning av den enskilda individens mål. Om det är rimligt ska patienten så långt det är möjligt själv aktivt delta i formuleringen och skapandet av den egna individuella rehabiliteringsplanen. För att möjliggöra detta i praktiken måste man ha fungerande metoder som kan användas för att ta reda på patientens egna mål, som sedan integreras med resultaten av den bredare rehabiliteringsmedicinska diagnostiken. Handikapp- och patientorganisationer betonar individens delaktighet i rehabiliteringen och ser detta som en del i en empowermentprocess, där individen kan påverka genom att ta ansvar för sin rehabilitering. (Borg et al, 2008, s. 11-15).

Rehabiliteringsmedicin är i dag en egen medicinsk specialitet där syftet är att stöda de individer som har en kronisk sjukdom eller som drabbats av ett visst tillstånd som en följd av en skada. Att dessa individer igen ska uppnå största möjliga självständighet och återfå funktionstillstånd är mål för själva rehabiliteringen. Rehabiliteringsinriktade åtgärder bör vara avgränsade, målinriktade och ligga rätt i tiden för att utfallet ska vara optimalt. Själva rehabiliteringen är en process där den som vårdar måste vara lyhörd och flexibel beroende på åtgärder, strategival och de mål som sätts upp för rehabiliteringen. (Lundgren & Molander, 2008, s. 35; Davis, 2006, s.8-20).

Exempel på faktorer som påverkar rehabiliteringen i positiv riktning kan t.ex. vara det egna ansvaret, att rätt diagnos ställs, gynnsam arbetsmiljö samt att identiteten bibehålls genom hela rehabiliteringsprocessen. Det är dessutom väsentligt att både patient och den som vårdar respekterar varandra. Morèn-Hybbinette, (2005, s. 17) och Barnes et al. (2005, s. 205) betonar även vikten av en ändamålsenlig och hållbar rehabilitering där de rätta insatserna sätts in vid rätt tidpunkt. Rehabiliteringsprocessen efter en stroke eller

ryggmärgsskada är oftast en lång process där det kan ske framsteg och förbättringar en lång tid efter den initiala skadans uppkomst.

3.1.1 KASAM – Känsla av sammanhang inom medicinsk rehabilitering

Känsla av sammanhang innehåller tre komponenter, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Inom rehabiliteringsmedicin finns ett synsätt som förenar dels funktionshindret och det resursorienterade perspektivet. Förutom träning innehåller medicinsk rehabilitering även anpassning till själva funktionsnedsättningen, där behoven av att hitta nya fungerande strategier är krav som ställs för att patienten ska behärska aktiviteter i det egna vardagliga livet. Med tanke på de mål rehabiliteringsprocessen innehåller är det viktigt att vårdpersonalen uppmärksammar och tar tillvara på de tillgångar som patienten har kvar efter funktionsnedsättningen. Det salutogena perspektivet är nödvändigt inom medicinsk rehabilitering eftersom personer med någon form av funktionsnedsättning ändå kan uppleva en känsla av sammanhang och känna sig bekväm och tillfreds med sin livssituation. Det är vanligt att tilltron till sig själv minskar när man drabbas av någon form av motgång men att hitta nya strategier är väsentligt för att bevara och stärka hälsan och känslan av välmående. Om ingen av den vårdande personalen ser de resurser som finns inneboende hos patienten finns det en överhängande risk att inte heller patienten ser de resurser som redan finns hos patienten. (Morèn-Hybbinette, 2002, s. 57-58; Antonovsky, 1991, s. 15).

Begriplighet handlar om det kognitiva, vilket innebär tankar kring oss själva, andra och våra resurser. En patient med hög känsla av begriplighet förväntar sig att den stimulans som han eller hon kommer att möta i framtiden är förutsägbar eller åtminstone går att förklara, vilket gör att det blir begripbart. Hanterbarhet handlar om hur väl vi hanterar och förhåller oss till det som drabbar oss under livets gång. En hög känsla av hanterbarhet innebär att patienten lättare kan ta motgångar, eftersom det alltid finns en risk för att det kan inträffa olyckliga händelser i livet och när dessa händelser sedan inträffar kan man reda sig och inte sörja i all evighet. Livet går upp och ned för alla och det gäller att hitta metoder, lösningar och strategier för att ta sig framåt. Meningsfullhet syftar till det som patienten upplever som viktigt i livet, dvs. det som har betydelse och det man engageras av. Meningsfullhet syftar till att det finns en känslomässig mening med livet och att en del av de problem och krav som livet ställer en inför är värda att investera energi i. Detta betyder således att när olyckliga händelser inträffar drar man sig inte undan utan konfronterar sig med utmaningen och inställer sig på att finna mening i det skedda och

göra sitt bästa för att med värdigheten i behåll ta sig igenom detta. (Antonovsky, 1991, s. 38-41).

Att uppleva känsla av sammanhang är således ett förhållningssätt som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande, varaktig och dynamisk känsla av tillit till att olika stimulanser som kommer från ens egen inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga. De resurser som krävs för att man ska kunna möta dessa krav som denna stimulans ställer, finns tillgängliga och dessa krav är utmaningar som är värda investering och engagemang. (Antonovsky, 1991, s. 41).

De tre komponenterna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet är betydelsefulla för livssynsättet och ligger till grund för känsla av sammanhang (KASAM). Vilket konkret betyder att patienten begriper sin värld, att man kan hantera det som sker och att det känns meningsfullt att satsa den energi det kostar att hantera vardagen. Känsla av sammanhang svarar alltså på frågan, hur stark grad en människa har kapacitet att möta livets skiftningar och ändå bevara en rörelse i riktning mot den så kallade hälsopolen. (Antonovsky, 1991, s. 38-42).

3.1.2 Joyce Travelbees teori om kommunikation

Travelbee utgår ifrån att varje individ är unik. Kommunikationen är den process som vårdpersonal kan använda sig av för att söka och ge information på, vårdpersonalen kommunicerar även för att kunna motivera och influera människor som lider av någon sjukdom. I arbetet med att nå och möta patienten är kommunikation ett viktigt redskap för att lyckas med detta. Kommunikationen är en process där olika meningar delas mellan människor och genom kommunikationen får vårdpersonalen möjlighet att möta patienten och få information och klarhet angående de individuella behoven som patienten har. När man vårdar patienten finns det två olika metoder att kommunicera på, den ena metoden utgår ifrån att använda sig själv terapeutiskt och kommunicera med hjälp av en mellanmänsklig relation och den andra utgår ifrån att på ett professionellt och intellektuellt sätt identifiera vårdbehoven hos patienten och tillgodose planerade åtgärder. Det viktiga med kommunikationsprocessen är dock att kommunikation används i ett ändamålsenligt syfte som främjar själva arbetet med att nå de uppsatta målen. Varje individ har förmågan att finna mening i sitt lidande, sjukdom eller smärta. Vårdpersonalens uppgift är att hjälpa och stöda patienten till att finna mening i livet och för att uppnå detta måste vårdpersonalen gå utanför sina roller för att de ska kunna möta och nå ut till patienten. (Travelbee, 2014, s. 136-142).

3.2 Mångprofessionellt arbete

Mångprofessionellt arbete och mångprofessionella arbetsätt har ökat eftersom det finns ett växande behov av att synkronisera olika professionella grupper på ett smidigare sätt, ett mångprofessionellt arbetsätt är även viktigt för att organisationer ska bli framgångsrika. Den snabbt växande kunskapen inom olika områden samt ökad förståelse för patienternas problem i ett mera psykosocialt perspektiv har också ökat och en naturlig följd av detta är att forma grupper bestående av personer som har specialistkunskaper och kompetenser kring patienterna. (Lundgren & Molander, 2008, s. 39; Wheelan, 2013, s. 14-15).

En definition på mångprofessionellt arbete är när ett begränsat antal yrkesmänniskor med olika yrkeskompetens arbetar tillsammans för att uppnå gemensamt uppsatta mål. Det som kännetecknar detta arbete är ett gemensamt ansvar för själva helheten i arbetsprocessen. Samarbete mellan de olika professionerna är viktigt för att mångprofessionellt arbete överhuvudtaget ska fungera, medlemmar i en mångprofessionell grupp bör således fransäga sig allt som handlar om individualism och prestige. För att arbetet inom gruppen ska upplevas som framgångsrikt är det viktigt med ett aktivt deltagande tillsammans med de övriga professionerna inom gruppen. Ifall detta upprepas och förstärks med tiden ökar förutsättningarna för ett fortsatt stabilt samarbete där det finns förutsättningar att dela idéer, tankar och resurser. (Sjövold, 2008, s. 25-26; Carlström & Berlin, 2004, s. 11-13).

Mångprofessionellt arbete kan vara självgående men inom gruppen utser medlemmarna oftast en ledare. En grupp som är självgående ansvarar på egen hand för att följa upp arbetet så att arbetsuppgifterna sköts och att utvecklingen går i rätt riktning. Ett kännetecken för mångprofessionellt arbete är hur gruppmedlemmarna sammansmälter med varandra. Medlemmarna i gruppen är oftast hämtade från olika discipliner och gruppen har ofta olika storlekar eller funktioner inom verksamheten. (Skärvad & Rudenstam, 2009, s. 5-6; Carlström & Berlin, 2004, s. 14-15).

En allmän intention med mångprofessionellt arbete är som bekant att underlätta och öka effektiviteten på arbetsplatsen vilket på sikt leder till positiva konsekvenser för verksamheten. Positiva konsekvenser är bl.a. ökad närvaro, deltagande och engagemang på arbetsplatsen när beslut ska tas och genomföras. Det mångprofessionella arbetet ska dessutom främja och understöda kreativitet och nytänkande på arbetsplatsen samtidigt som det tillför kompletterande synvinklar och perspektiv på olika problem. (Skärvad & Rudenstam, 2009, s. 5).

Det krävs dock balans mellan gruppens ideala och verkliga karaktärsdrag samt balans mellan gruppmedlemmarnas individuella och kollektiva intressen för att mångprofessionellt arbete ska fungera. Inom gruppen bör man således sträva till att upprätthålla gemensamma spelregler för att minska på osäkerhet och för att skapa en gemensam syn inom gruppen. Engagemanget inom gruppen är viktigt när det handlar om balansen mellan de olika gruppmedlemmarnas individuella och kollektiva intressen. Inom hälso- och sjukvården som är en professionell verksamhet är många professionella mål knutna till varandra och en bra balans i målformuleringen ökar förutsättningarna för att uppnå ett större engagemang och främja gruppens verksamhet och utveckling. (Carlström & Berlin, 2004, s.19).

Det väsentliga är enligt Skärvad och Rudenstam (2009, s.19-20) att gruppens medlemmar har god kompetens, arbetar mot samma mål, tar gemensamt ansvar för de resultat som gruppen presterar, respekterar arbetssätt och tillvägagångssätt samt att det förekommer en sådan social kompetens som gör att frågor som handlar om samspelet mellan människor behandlas på ett uppbyggande sätt.

Gällande resultat och effektivitet är meningen att kompetensen inom gruppen ska vara högre än summan av de individuella kompetenserna. Mångprofessionellt arbete inom hälso- och sjukvården är ett exempel på ambitionen som finns inom många verksamheter där målet är ett ökat och större samarbete inom organisationen. (Carlström & Berlin, 2014, s.25-30).

Thylefors (2012, s. 505-512) har i sin studie undersökt status, dominans och effektivitet bland mångprofessionellt arbete i Sverige. Resultaten i studien visade att det är viktigt att alla professioners åsikter tas i beaktande, medlemmarna inom gruppen måste således ges lika mycket tid och utrymme. Generellt sätt kommunicerade medlemmarna med varandra allt för lite och att enbart träffas på möten är inte tillräckligt om man vill uppnå de bästa resultaten. Mångprofessionellt arbete gynnas av ett ledarskap som är situationsanpassat till sin karaktär. Inom mångprofessionellt arbete hade man också en tendens av att undvika konflikter som resulterade i passivitet. Gynnsamt för mångprofessionellt arbete var klara strukturer och direktiv där alla visste sin roll och plats.

Många olika professioner är representerade vid mångprofessionellt arbete och en förutsättning för att detta arbete ska fungera, är att man ibland är villig att bortse från sina egna intressen och är beredd att lämna ifrån sig delar av sin s.k. ”professionella revir” om det sammantaget gynnar den gemensamma verksamheten. Detta kallas för altruism och är

ett tecken på osjälviskhet samt en förmåga som gör att man i första hand prioriterar det som är gemensamt för gruppen. (Berlin et al, 2009, s. 155).

Utifrån ett helhetsperspektiv så har mångprofessionellt arbete många gånger beskrivits som den bästa modellen när det handlar om att arbeta med klienter eller patienter som har multipla behov. Effektiviteten bland olika mångprofessionella grupper kan såklart variera och det finns faktorer som påverkar hur effektivt detta arbete är. Det finns olika nyckelfaktorer som är avgörande och som inverkar på effektiviteten bland mångproffessionellt arbete och dessa är bl.a. kommunikationen, ledarskap, gruppdynamik, professionalitet, rollklarhet, delaktighet samt mötesfrekvens etc. (Thylefors, 2013, s.167).

3.3 Delaktighet och kommunikation

Delaktighet och kommunikation ses oftast som ideal inom hälsovård och socialt arbete. Delaktighet handlar bl.a. om att människor intresserar sig för varandra och engagerar sig i det som ska utföras, vilket är grundläggande vid olika möten inom vård- och socialt arbete. För att uppnå delaktighet behövs bl.a. engagemang, en gemensam inriktning och att man vågar möta varandra. (Bulow et.al, 2012, s. 7-9).

Delaktighet definieras och framställs ofta som en egenskap eller som en konsekvens av en samspelsprocess. Delaktighet innebär deltagande och tillhörighet är en viktig faktor när man fokuserar på delaktighet som begrepp och själva innebörden av att vara delaktig. En vidareutveckling av tillhörighet innebär att medverka eller att man har vetskap om något, en utgångspunkt är även att det ska ske någon form av interaktion mellan minst två personer för att delaktighet ska uppnås. (Gustavsson, 2004, s. 61).

En person som är delaktig har en aktiv roll och medverkar i en medveten process vilket innebär en känsla av att ha inflytande över en specifik situation eller händelse och i praktiken innebär detta att personen har möjlighet att påverka och styra utvecklingen av processen eller handlingen. (Bulow et.al, 2012, s. 31).

Olika människors lika värde, självbestämmanderätt och integritet är etiska begrepp som kan sammankopplas med delaktighet. Den etiska grund som delaktigheten långt bygger på landar enligt Bulow et al (2012, s. 37-38) i att ta människor på allvar, att de ska bli sedda samt bekräftade. Vårdarens sätt att kommunicera med patienten kan både ge och ta makt

samt ansvar ifrån patienten. Detta är ett exempel på den etik som förekommer i själva kommunikationen och i det som förmedlas till patienten.

Människan kommunicerar som bekant på många olika sätt och när vi talar så talar vi med hela kroppen, vilket innebär att kroppen ibland förmedlar mer eller andra saker än själva orden. Olika budskap sänds ut med hjälp av ansiktsuttryck, blickar, gester samt det tonläge vi har på rösten etc. Ett litet exempel på detta är att det är svårt att ljuga för en person som är blind eftersom en blind person litar mera på vår röst än på orden som vi säger. Det finns även gester som avslöjar våra känslor och oftast är dessa omedvetna. Vårt sätt att uttrycka grundläggande känslor som t.ex. ilska, sorg, glädje, rädsla etc. är lika i alla kulturer. Människor anpassar sig efter varandra när de pratar vilket är en av anledningarna till att vi kan fungera tillsammans. I mångprofessionellt arbete är det således viktigt att kommunikationen fungerar och då måste alla få göra sin åsikt hörd utan att man blir avbruten eller att man pratar i mun på varandra. (Nilsson & Waldemarson, 2012, s. 103).

Själva kommunikationen är enligt Fossum (2007, s. 23) en form av överföring av information där syftet är att skapa en anknytning som antingen är direkt eller fördröjd. Kommunikation är en aktivitet som vi skapar, gör och arbetar med. Detta är något som vi lärt oss sen tidigare d.v.s. vi lär oss att kommunicera och inser betydelsen av vad innebörden av kommunikation är.

Kvaliteten på kommunikationen mellan vårdgivare påverkar patientsäkerheten. Blevins (2013) skriver i sin artikel om olika faktorer som påverkar och främjar effektiv kommunikation inom hälso- och sjukvården. Genom att ta sig tid när man lyssnar undviker man onödiga misstag eller missförstånd, detta innebär även att man låter anhöriga delta. Det är viktigt att fokus vid all kommunikation bör ligga på vad som är bäst för patienten och hur man som vårdare kan skapa tillit.

Betydelsen av kommunikationen inom mångprofessionellt arbete är beroende av gruppens uppbyggnad. Enligt Lundgren och Molander (2008, s. 66) är kraven på själva kommunikationen högre i samband med mångprofessionellt arbete eftersom kommunikationen inte enbart sker vertikalt med t.ex. läkaren som har det medicinska ansvaret, utan även horisontellt med de övriga medlemmarna inom gruppen.

Kommunikationen mellan olika människor har i dagens samhälle en nyckelfunktion både inom näringslivet och i samhället. Kommunikation som funktion har flyttats allt högre upp i myndigheternas och företagens hierarkier och kommunikationsförmåga har blivit ett

kännetecken på bra ledarskap. Inom mångprofessionellt arbete är god kommunikation mellan olika yrkesgrupper väsentligt för att man ska kunna åstadkomma goda resultat. Det finns många likheter mellan vanliga samtal och det s.k. professionella samtalet som sker mellan vårdare och patient. Skillnaden mellan det professionella samtalet och ett mera vanligt och alldagligt samtal är att det professionella samtalet används i syfte att uppnå ett specifikt mål och det är en form av redskap som t.ex. ger stöd, skapar delaktighet, utvärderar och tillrättavisar. (Nilsson & Waldemarson, 2012, s. 100-101).

Det professionella samtalet bygger på att man som vårdare både lyssnar och ger någonting tillbaka i samband med kommunikationen. Privata känslor och eventuella reaktioner måste ställas åt sidan och vårdaren använder sig själv som redskap för en stund. Fördelaktiga egenskaper i detta avseende är grundläggande människokunskap, ett reflekterande förhållningssätt samt erfarenhet av olika sociala situationer. Det professionella samtalet bör innehålla både närhet men även distans. Närheten främjar engagemang samt bekräftelse medan distans innebär att man undviker egna känslor samt att privata tankar tar över. (Nilsson & Waldemarson, 2012, s. 100-102).

Inom mångprofessionellt arbete har kommunikationen en viktig funktion. Att varje medlem inom gruppen ges taltid oavsett ålder, titel, kön, profession eller andra statusegenskaper är väsentligt med tanke på gruppens fortsatta utveckling. Att alla medlemmar inom gruppen får tala innebär att produktiviteten gynnas eftersom idéer och synpunkter på detta sätt bättre tas tillvara. Medlemmar inom en grupp som presterar högt ger varandra positiv feedback som gynnar organisationen och som leder till förbättringar samt individuell utveckling. Syftet med feedback är att hjälpa gruppen och förbättra medlemmarnas ansträngningar för att uppnå de olika målen. Feedback ska också vara till hjälp för varje medlem inom gruppen eftersom det ger information som kan användas för att utföra arbetet mera effektivt. (Wheelan, 2013, s. 89-90).

Sambandet mellan dålig kommunikation och patientsäkerhet är välkänt inom sjukvården. Boaro et al. (2010) har gjort en studie där man undersökte hur SBAR kommunikations verktyg fungerade. SBAR står för situation, bakgrund, aktuella uppgifter och rekommendation. Studien visade bl.a att en fungerande modell för hur man ska agera i vissa situationer bidrog till att man tillsammans bättre kunde komma på lösningar som var gynnsamma för patients bästa och vården kring denna patient. En fördel med verktyget var att det gav en verbal struktur till den vårdpersonalen som arbetade på rehabiliteringsavdelningen.

3.4 Förhållanden som skapar delaktighet

För att läsaren lättare ska kunna greppa syftet med detta utvecklingsarbete, kommer en beskrivning av hur kapitel 3, d.v.s. bakgrund och teoretiska utgångspunkter hänger ihop med varandra. Syftet med detta utvecklingsarbete är som bekant att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Ett grundantagande kan tänkas vara att alla människor i grund och botten har ett behov av att känna sig delaktiga, men vad detta innebär för den enskilde varierar utgående från tidigare upplevelser och vilka behov man har. I detta kapitel är tanken att koppla ihop olika teman med varandra som tidigare beskrivits i bakgrundskapitlet, detta görs för att läsaren lättare ska kunna skapa sig en uppfattning om hur dessa komponenter hänger samman med varandra

Travelbee menar att kommunikationen är ett av vårdpersonalens viktigaste redskap. Kommunikation är en ömsesidig process där de inblandade delar och förmedlar tankar och känslor. Vårdpersonalens uppgift är att hjälpa patienten att bemästra sin sjukdom och sitt handikapp samt finna mening i denna upplevelse. Travelbees attityd till patienten är att denna person är unik, detta innebär att vårdpersonalen måste vara flexibel och anpassa sig efter patientens behov för att kunna skapa delaktighet. Travelbee betonar även vikten av att möta behoven hos patienten och närstående och för att uppfylla syftet med rehabiliteringen. Inom medicinsk rehabilitering och mångprofessionellt arbete har den vårdande personalen en ytterst viktig roll i att skapa en trygg miljö runt patienten, eftersom många olika personer vårdar en och samma person och kommunikationen blir då en avgörande faktor när det handlar om att skapa delaktighet. Den vårdande personalen behöver lyssna på patienten, då all vård och behandling skall ges i samförstånd med patienten enligt lag (Lag om patientens ställning och rättigheter, 1992/785 § 6). Enligt Travelbee får vårdpersonalen via kommunikationen möjlighet att möta patienten och får på detta sätt information de individuella behov som finns. Hur patientens vilja ska tolkas i olika vårdssituationer är ofta ett bekymmer för vårdpersonal, genom att aktivt efterfråga vad patienten vill och ge information kan dock patienten uppleva en känsla av bekräftelse och delaktighet.

Det kan ses som en självklarhet att all rehabiliteringen främjas om patienten känner sig trygg och har tillit för vårdpersonalen. Travelbee menar även att vårdpersonalen är skyldig

att hjälpa patienten med att hantera sjukdomen eller handikappet och att stödja patienten med att finna mening och förståelse.

Enligt Travelbee är varje individ unik och detta innebär att varje patient bör mötas med hänsyn till de egna förutsättningarna. Att se personen bakom sjukdomen och inte enbart patienten är viktigt för att skapa delaktighet. Patienten har även en individuell förmåga att hantera svåra situationer vilket kan ha en avgörande betydelse för utgången av själva rehabiliteringsprocessen. (Travelbee, 2014, s. 136-142).

Enligt Antonovsky (1991, s. 15) handlar känsla av sammanhang som bekant om begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Delaktighet kan i detta sammanhang uppfattas som en känsla av att det finns förutsättningar att påverka den egna situationen, men det bör även under vårdtiden finnas potential till att bemöta och behandla eventuella problem ifall sådana behov uppstår under vårdtiden. Att skapa förutsättningar som bidrar till att patienten förstår vad som händer i den egna rehabiliteringsprocessen innebär att den vårdande personalen måste förklara och tydliggöra händelser som inverkar på vården av patienten. Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan ses som olika komponenter men de ska ändå samverka med varandra.

Syftet med medicinsk rehabilitering är att främja, återställa eller bevara den fysiska funktionsförmågan och målen för de flesta rehabiliteringsprocesser är oftast att öka förmågan att klara sig på egen hand, stärka välbefinnandet och att öka förutsättningarna till att vara så delaktig som möjligt i den egna vardagen. Känsla av sammanhang innebär att individen måste ses utifrån ett helhetsperspektiv vilket betyder att de företeelser som ägt rum tidigare i livet inverkar på hur man ser på aktuella livshändelser. Upplevelsen av att vara delaktig är således långt beroende av olika aspekter och samtidigt en förutsättning för att framkalla känslan av att ha kontroll över den egna situationen.

Inom medicinsk rehabilitering sätts målen oftast individuellt och rehabiliteringstiden varierar utgående från den skada patienten drabbats av eller vilka behov patienten kan tänkas ha. Det är dock viktigt att delaktigheten i den egna rehabiliteringsprocessen är hög. Att rikta rehabiliteringsinsatserna mot de resurser som patienten själv upplever som betydelsefulla främjar delaktigheten och är väsentliga i själva rehabiliteringsprocessen. Patientens eget handlingsutrymme och delaktighet i rehabiliteringen samt målsättningar påverkar utgången, men utifrån ett mångprofessionellt arbetssätt kan även engagemanget inom det mångprofessionella teamet påverka möjligheterna för patienten.

4 Utvecklingsarbetets metod och material

I detta kapitel kommer processen kring utvecklingsarbetet att beskrivas. Syftet med detta utvecklingsarbete är att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Studien görs med fokus på patienten och dennes upplevelser av vården och målet är att skapa en kommunikationsmodell som rehabiliteringsmedicinska verksamheten vid Högsbo Sjukhus kan använda sig av för att utveckla patienternas delaktighet i den egna vården. Litteraturoversikt har använts som metod för detta utvecklingsarbete då kommunikationsmodellen har utarbetats. Den empiriska delen i detta utvecklingsarbete förverkligades genom fokusgruppsintervjuer bland patienterna vid den rehabiliteringsmedicinska enheten vid Högsbo Sjukhus. Patienterna vid sjukhuset deltog i fokusgruppintervjuer där temat handlade om kommunikation och delaktighet kring den egna vården. Dessa fokusgruppsintervjuer och tillvägagångssätt i samband med intervjuerna presenteras och analyseras längre fram i texten i kapitel 4.3 och 5.

4.1 Val av metod

För att få svar på frågeställningen i detta utvecklingsarbete har en litteraturoversikt gjorts där aktuell kunskap inom mångprofessionellt arbete, medicinsk rehabilitering samt kommunikation och delaktighet samlats in. Undersökningens metodologiska ansats har varit kvalitativ och den empiriska delen i detta utvecklingsarbete har förverkligats genom fokusgrupper. Fokusgruppsintervjuerna har utförts i syfte att samla in material som kan användas för att utveckla kommunikationsmodellen. Resultaten från litteraturoversikten och erfarenheterna från fokusgruppsintervjuerna har fungerat som underlag till kommunikationsmodellen som ska stöda och öka delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador.

4.1.1 Litteraturoversikt

I detta utvecklingsarbete valdes litteraturoversikt som metod och ett av de första stegen i processen kring utvecklingsarbetet var att fastställa syfte och frågeställning. När syfte och frågeställning klargjorts kunde arbetet med litteratursökningen påbörjas, detta skedde manuellt via redan skrivet material t.ex. böcker och tidsskrifter samt via olika databaser.

I takt med att processen avancerade har material samlats in via tidigare gjorda forskningar

samt material som beskriver mångprofessionellt arbete, medicinsk rehabilitering, kommunikation och delaktighet. Dessa delar har varit centrala i detta utvecklingsarbete och tyngdpunkten vid litteraturgranskningen har varit att få fram så relevant material som möjligt. De olika källornas trovärdighet och tillförlitlighet har granskats i syfte att styrka tillförlitligheten och den litteratur som valts ut är bedömd som tillförlitlig och trovärdig.

4.1.2 Sökschema och datainsamling

Litteraturstudien inleddes med att söka fram material från databaserna Ebsco, Academic Search Elite, Green file, CINAHL, GUPEA samt Medic. Dessa databaser är även de som använts i samband med litteratursökningen där syftet varit att få tag på aktuellt material till detta utvecklingsarbete. Tillgång till databaserna har skett via Yrkeshögskolan Novias hemsida samt via Göteborgs Universitets intranät. De olika databasernas trovärdighet och tillförlitlighet har bedömts som säkra och tillförlitliga att använda.

Litteratursökningen har utförts för att få tag på aktuella studier och litteratur till utvecklingsarbetet. De sökord som användes i EBSCO, Academic Search Elite, CINAHL och Green file var: Interprofessional communications, nursing, participation, rehabilitation, interprofessional collaboration, medical rehabilitation, stroke, interprofessional teamwork. De sökord som användes i Göteborgs universitets databas GUPEA var: Interprofessional collaboration, communication, rehabilitation och slutligen användes sökorden: osallistuminen, kuntoutus och aivohalvaus i databasen Medic. Resultaten på dessa sökningar finns redovisade i bilaga 1 (Tabell 1-3).

I litteratursökningen har tyngdpunkten varit att få fram så relevanta och aktuella artiklar som möjligt, därför har artiklar mellan åren 2009 – 2014 blivit utvalda och analyserade. De artiklar som varit äldre än fem år har medvetet tagits med i detta utvecklingsarbete eftersom de bedömts ha en hög relevans. Vissa sökord gav många träffar och då har urvalet skett genom bedömning där de studier som ansetts vara mest lämpliga och som bäst gett svar på frågeställning och syftet blivit utvalda.

4.2 Innehållsanalys som analysmetod

För att få svar på min forskningsfråga har jag använt mig av material från litteraturöversikten och fokusgruppsintervjuerna. Resultaten av detta redovisas i kapitel 5.

Som metod underlättar innehållsanalys för forskaren när materialet i olika dokument ska analyseras. Det finns vissa regler som ska följas om man väljer att använda innehållsanalysen som metod. Forskaren bör på förhand ha en klar uppfattning om vad som är intressant och relevant samt vad som eftersöks. Man kan använda sig av olika nyckelord som hjälper till med att hitta det man söker efter. Det materialet som forskaren använder sig av bör delas in i olika kategorier eller teman och sedan försöker forskaren hitta ett samband mellan dessa olika kategorier. Det är viktigt att uppmärksamma och fokusera på texten för att koda de meningar och ord som är viktiga. Dessa koder kan t.ex. skrivas in direkt i texten med efterföljande hänvisning. (Denscombe, 2013, s. 307-308).

Svar på forskningsfrågan d.v.s hur man som vårdpersonal skapar delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen och vilka metoder vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt kan använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten, fick jag med hjälp av litteraturöversikten. I de forskningsresultat som analyserades kom det fram att delaktighet i samband med rehabiliteringen av stroke och ryggmärgsskador är något som är väldigt viktigt eftersom ökad delaktighet skapar förutsättningar för en lyckad rehabilitering. För att identifiera skillnader och likheter i materialet analyserades texterna enligt Lundman och Hällgren-Graneheims innehållsanalys. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 187-196) Det transkriberade materialet i texterna bröts ned i s.k meningsbärande enheter. Dessa meningsenheter kondenserades senare till kortare meningar, för att sedan lyftas fram i olika koder. Dessa koder beskriver meningsenhetens innehåll. Underkategorier skapades och underkategorierna innehöll koder som hade ett liknande innehåll. Sedan bildades huvudkategorierna. Denna process resulterade i fyra olika huvudkategorier som även fungerade som teman när fokusgrupperna vid ett senare tillfälle genomfördes.

Det centrala vid innehållsanalys är att beskriva olikheter genom att identifiera skillnader och likheter i de olika texterna. När teman och kategorier bildas har kontexten betydelse eftersom studiens sammanhang är avgörande. När texten tolkas måste delar av detta innehåll förstås utifrån den text som kommer före och den text som kommer efter. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s. 189).

Material från litteraturöversikten har lästs igenom flera gånger i syfte att skapa en uppfattning över hur kommunikationen vid mångprofessionellt arbete kan förbättras så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Att

läsa igenom texterna upprepade gånger har samtidigt bidragit till att få en bättre förståelse och tydligare uppfattning över innebörden av materialet i texterna.

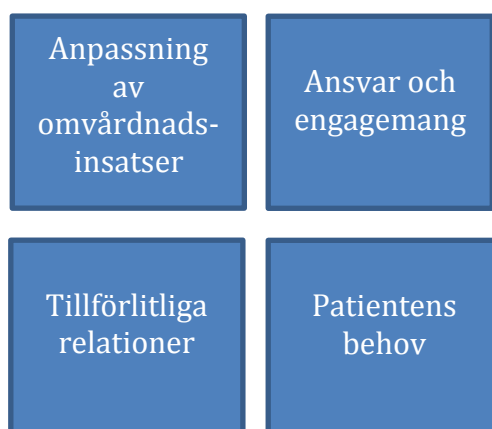
Travelbee betonar att människan är unik och att utveckling sker i takt med att individen finner mening i sjukdomen och lidandet. Liknande paralleller kan dras till känsla av sammanhang eftersom både Travelbee och Antonovsky betonar vikten av att finna mening i det man upplevt. För att göra patienterna delaktiga kring den egna vården är det viktigt att de drabbade patienterna får ett gott stöd. När de olika studierna analyserades, fanns ett ständigt fokus på hur man som vårdpersonal skapar delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen och vilka metoder vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt kan använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten och denna frågeställning var även vägledande när de olika kategorierna skapades.

Anpassning av omvårdnadsinsatser innebär att vårdaren arbetar utifrån patientens enskilda förutsättningar och stimulerar patienten till meningsfullhet och självständighet. Detta betyder konkret att vårdaren uppmuntrar och motiverar patienten till egna val samtidigt som ett flexibelt omhändertagande anammats där vårdaren lyssnar på patienten utgående från de behov som patienten har och på detta sätt skapas möjligheter till meningsfullhet. På detta sätt anammats även ett salutogent eller hälsofrämjande synsätt som Antonovsky förespråkar.

En viktig förutsättning för att mångprofessionellt arbete ska fungera är ansvar och engagemang, detta gäller både gentemot kollegor och i samband med patientkontakt. För att producera god rehabilitering krävs det att vårdpersonal planerar och utför denna rehabilitering, vilket även innebär att det bör finnas personal som leder och utvecklar detta. Ansvar och engagemang innebär även att vårdpersonalen förmår att reflektera och argumentera för betydelsen av rehabiliteringen. Likaså har patienten ett ansvar över att följa och jobba mot de mål som finns uppsatta i rehabiliteringsplanen och för att detta ska lyckas behövs engagemang.

Betydelsen av ett nära samarbete mellan olika professioner inom mångprofessionellt arbete kan ses som en självklarhet och låter kanske inte så konstigt. Tillförlitliga relationer är dock en väsentlig utgångspunkt och detta gäller såklart även i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare. Att vårdgivaren har en lyssnande och lärande attityd främjar samarbetet med vårdtagaren vilket även långsiktigt gynnar patientens delaktighet kring den egna vården. Att fokusera på inflytande som stärker ömsesidighet och samarbete bidrar även till öppenhet och delaktighet.

Att vårdgivaren har en helhetssyn kan ses som ett villkor för att identifiera vårdtagarens individuella behov. Det primära och utgångspunkten inom medicinsk rehabilitering borde således vara fokus på patientens behov. Detta låter kanske inte så konstigt, men att utgå från patientens behov innebär att se de behov som finns istället för de problem som finns. För att öka patientens delaktighet kring den egna vården måste vårdgivare förstå och tänka utifrån de behov som finns hos vårdtagaren istället för att lägga fokus på det som ska utföras eller det som behöver skötas om. Det är med andra ord viktigt att skilja mellan behov och åtgärder. För att främja delaktigheten bör den rehabilitering som ges inte enbart bero på patientens tillstånd, utan faktorer som bakgrund, social situation och eventuella önskemål bör även tas i beaktande när man kommunicerar med patienten.



Figur 1. Översikt över kategorier

4.3 Fokusgruppsintervjuer

Den empiriska delen i detta utvecklingsarbete har förverkligats genom fokusgruppsintervjuer bland patienterna vid rehabiliteringsmedicinska enheten vid Högsbo Sjukhus. De olika kategorierna som skapades vid innehållsanalysen har i detta skede fungerat som teman vid fokusgruppsintervjuerna.

Enligt Denscombe (2013, s. 237) lämpar sig fokusgrupper väl när man vill ta tillvara och använda sig av dynamiken inom en grupp. Det som kännetecknar en fokusgrupp är att denna samling har ett speciellt syfte och det som diskuteras i gruppen bygger på sådan erfarenhet som gruppdeltagarna har kunskap om. Med särskild fokus på själva interaktionen inom gruppen får man fram information om det aktuella ämnet som diskuteras. Fokusgruppsdiskussionerna är således en viktig del av detta utvecklingsarbete.

Den person som leder fokusgruppsintervjun är oftast intresserad av hur olika personer i egenskap av gruppmedlemmar resonerar kring en viss fråga. Det intressanta i detta fall är hur dessa personer påverkas av varandras åsikter. Fokusgrupper är användbara när man vill intervjua flera personer samtidigt angående ett bestämt tema. Vid kvalitativa undersökningar är människors uppfattning om något centralt, i fokusgrupper kan deltagarna själva lyfta fram egna frågeställningar som de anser vara viktiga inom det tema man diskuterar. (Bryman, 2013, s. 446-449).

Det finns ett antal praktiska aspekter som bör tas i beaktande innan man genomför fokusgrupper. Eftersom fokusgrupper är en kvalitativ metod, fungerar det bäst om dessa intervjuer spelas in och därefter transkriberas. Hur aktiv den som leder fokusgruppsintervjuerna bör vara varierar men målet borde vara att få fram deltagarnas synsätt och uppfattningar eftersom fokusgruppsintervju är en kvalitativ metod. Den som leder gruppdiskussionen bör dock tänka på att tillvägagångssättet inte ska vara alltför strukturerat eller styrande. Ifall diskussionen spårar ur är det viktigt att leda och styra in diskussionen på det som är aktuellt. (Bryman, 2013, s. 450-454).

Samtalsledaren i fokusgrupper bör i första hand vara inställd på att lyssna och det är viktigt att deltagarna talar mera än moderatoren. Samtalsledarens roll i fokusgrupper är att på ett skickligt sätt finna balans mellan inlevelse och avstånd. Den viktigaste uppgiften som samtalsledaren har är dock att se till att intervjun inte spårar ur utan täcker de teman som är betydelsefulla för undersökningen. (Halkier, 2010, s. 45-46).

4.3.1 Förberedelser och val av deltagare

För att kunna genomföra fokusgruppsintervjuerna vid Högsbo Sjukhus krävdes att tillstånd beviljades. Detta tillstånd finns bifogat som bilaga (Bilaga 3). Under diskussioner med enhetschefen på avdelningen gavs information om hur många patienter som skulle delta samt vad fokusgruppsintervjuerna skulle handla om. Patienterna informerades genom ett informationsbrev (Bilaga 4). I samband med att patienterna informerades om fokusgruppernas syfte hade patienterna även möjlighet att ställa ytterligare frågor gällande utförandet av dessa samtal.

Det finns olika sätt som man kan gå tillväga på när man värvar deltagare till fokusgrupperna. I detta utvecklingsarbete har jag valt ut deltagare från patientlistan vid rehabiliteringsmedicinska enheten vid Högsbo sjukhus. Det har således skett en form av

uppsnappning där jag som moderator rekryterat deltagare som ansetts vara lämpliga och som uppfyllt kriterierna för ryggmärgsskadade patienter och patienter som rehabiliterat sig efter en stroke eller hjärnskada. I detta utvecklingsarbete har jag valt att utesluta aggressiva patienter och patienter med sänkt allmäntillstånd med tanke patienternas hälsa.

Innan fokusgrupperna genomfördes reflekterade jag mycket över hur många patienter som skulle delta i varje fokusgrupp. Ett lämpligt deltagarantal ligger enligt Fangen och Sellerberg (2011, s. 18-21) mellan fyra till sex deltagare samt en övre gräns på åtta deltagare. Deltagarantalet varierar dock lite beroende på vilken fokusgrupphandbok man väljer att studera. Den som leder samtalen har en viktig uppgift när det handlar om att styra samtalen så att alla deltagare får vara delaktiga. Det förekommer att deltagare i fokusgrupper behöver någon form av styrning för att förstå vad som förväntas av dem. En viktig uppgift som jag haft som samtalsledare har varit att betona vikten av att alla patienters bidrag är viktiga och att det varken finns några rätta eller felaktiga svar.

När deltagare till fokusgruppsintervjuerna väljs ut kan man metodiskt välja ut deltagare för att öka möjligheterna och förutsättningar till en produktiv diskussion. Skillnader mellan de olika deltagarna möjliggör analys över hur de olika deltagarna spekulerar kring sina egna åsikter i relation till andra och hur de förhåller sig till andra deltagares åsikter. (Fangen & Sellerberg, 2011, s. 16-17).

Eftersom det blir mera komplicerat med för många grupper, samtidigt som den mängd data som ska analyseras blir mycket stor har två fokusgrupper genomförts i detta utvecklingsarbete. I fokusgruppsgruppsintervjuerna har sammanlagt 8 patienter deltagit. En avgörande faktor i detta beslut är den tid och de resurser som funnits till förfogande. I detta utvecklingsarbete hade det inte endast räckt med en grupp för att täcka det behov som fanns, eftersom det fanns en risk i att svaren var utmärkande för just den ena gruppen, två olika grupper har därför ansetts vara mera lämpligt.

Enligt Wibeck (2010, s. 78) kan moderatören i fokusgrupperna använda sig av stimulansmaterial för att få till en givande diskussion. Detta material kan bestå av t.ex. citat, bilder eller t.ex. artiklar m.m. Avsikten med detta material är att det ska väcka frågor hos deltagarna. I detta utvecklingsarbete fick deltagarna ett informationsbrev och information om vilka teman som skulle diskuteras vid fokusgruppsintervjuerna.

4.3.2 Genomförande av fokusgruppsintervju

I detta utvecklingsarbete har Fangen och Sellerbergs rekommendationer om gruppammansättning tillämpats och resultatet av fokusgruppsintervjuerna presenteras i kapitel 5. Då fokusgrupperna bestod av patienter från samma avdelning hade dessa patienter kännedom om varandra sen innan samt en gemensam kunskapsbakgrund. Fokusgrupperna ägde rum vid rehabiliteringsmedicinska verksamheten vid Högsbo Sjukhus under våren 2015, samtliga samtal varade i ca 30 minuter och spelades in med bandspelare. En av mina ursprungliga tankar var att dessa samtal inte skulle bli för långa och att alla patienter skulle få komma till tals, med hänsyn till patienternas allmäntillstånd. Flera av patienterna kommenterade fokusgrupperna och den respons som samtalen fick var positiva. De patienter som kommenterade fokusgruppsintervjuerna tyckte att samtalen hade varit en positiv upplevelse och att dessa samtal var givande. Patienterna i de båda grupperna bestod av både ryggmärgsskadade och hjärnskadade patienter. Samtliga deltagande patienter fick ytterligare information om vilka teman som skulle diskuteras strax innan själva genomförandet av fokusgruppsintervjun.

5 Resultat

Detta kapitel redogör för de resultat som framkommit när litteraturöversikten och den empiriska delen i detta utvecklingsarbete förverkligats. Citat har använts för att illustrera patienternas åsikter i samband med fokusgruppsintervjuerna, för att hjälpa läsaren att förstå har pauser, upprepningar och talspråk utelämnats. Citaten är omgjorda från talspråk till skriftspråk, utan att förvränga dem. Citat som kan avslöja identiteten på någon patient har medvetet tagits bort, för att inte avslöja identiteten på denna patient. I analysen av fokusgruppsintervjuerna lyfts patienternas åsikter fram och resultaten av fokusgruppsintervjuerna bidrar till skapandet av kommunikationsmodellen som ska utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar.

Patienterna i fokusgruppgrupp A bestod av 4 deltagare. Patienterna hade träffats innan och umgåtts på avdelningen tidigare och det fanns ett stort samförstånd mellan de olika deltagarna i gruppen, samtalet var strukturerat och deltagarna pratade sällan i munnen på varandra. Åldersmässigt fanns en stor spridning, allt från yngre medelåldern till äldre var representerade. Både kvinnor och män var representerade. Under samtalet fördes diskussionerna i en positiv anda, detta berodde till viss del kanske också på att alla

deltagare upplevde att delaktigheten kring den egna vården var något som var viktigt och något som värderades högt. När någon av patienterna uttryckte en egen åsikt fick den patienten ofta medhåll från någon annan patient. Min roll som samtalsledare var att få samtalen att gå vidare när det emellanåt gick lite trögt och då det saknades spontanitet i diskussionerna. Att samtalen ibland gick lite trögare kan kanske förklaras av att patienterna befann sig i en situation som de inte var vana med. Deltagarna i fokusgrupp A har fått namnen pat1, pat2, pat3, pat4 så att patienterna ska förbli anonyma.

Patienterna i fokusgrupp B var även de 4 till antalet. Patienterna i båda grupperna hade drabbats av liknande skador. I fokusgrupp B var dock patienterna äldre och de befann sig i äldre medelåldern, i gruppen fanns en mindre åldersspridning mellan patienterna. Patienterna i fokusgrupp B var nya på avdelningen, vilket gjorde att de inte kände varandra lika bra som patienterna i fokusgrupp A gjorde. Fokusgrupp B bestod också av både kvinnor och män.

Samtalen i fokusgrupp B präglades av ett starkt engagemang, där samtliga patienterna aktivt deltog i diskussionerna. Att patienterna inte kände varandra så bra sen tidigare tycktes inte ha någon inverkan eftersom samtalet fortlöpte på ett smidigt sätt. En skillnad mellan fokusgrupperna var att patienterna i fokusgrupp B hade mer tydligare förväntningar på hur rehabiliteringen skulle vara, detta märktes inte minst eftersom deltagarna hade klara åsikter om hur deras rehabilitering skulle förverkligas. Samtalet präglades dock av ömsesidig respekt för varandras åsikter och ingen patient försökte överrösta eller korrigera de övriga patienternas åsikter. Min uppgift som samtalsledare var att leda tillbaka samtalet på spåret igen, då det ibland fanns tendenser av att hamna på sidospår beträffande innehåll och det som diskuterades. Det kunde ibland hända att jag fick be om förtydligande av någon patient, eftersom deras åsikt inte uppfattades tillräckligt klart och tydligt. Deltagarna har fått namnen pat5, pat6, pat7, pat8 för att patienterna ska vara anonyma.

5.1 Anpassning av omvårdnadsinsatser

Anpassning av omvårdnadsinsatser i samband med rehabiliteringsmedicinsk vård innebär att den information som förmedlas till patienten ska leda till att olika aktiviteter blir inlända på nytt, men det ska även bidra till att patienten anpassar sig till den nya livssituation som denna person ofrivilligt befinner sig i. Den träning som utförs med behandlingspersonal bör vara antingen kompensatoriska eller återställande vilket innebär att funktioner som är ineffektiva kompenseras med hjälp av ett tekniskt hjälpmedel eller av att patienten försöker

träna och utveckla funktioner som är effektiva genom att förändra eller anpassa olika aktiviteter, anpassning av omvårdnadsinsatser innebär att patienten stimuleras till att på ett aktivt sätt ta del av och ansvara för sin egen livssituation.

Under fokusgruppsintervjuerna framkom betydelsen av att behandlingspersonalen lyckas med att anpassa sig till de styrkor och svagheter som patienten har genom att ge stöd och vid behov komplettera denna svaghet. Genom anpassning kunde patienterna bli mera delaktig kring sin egen vård och detta främjade även arbetet mot gemensamma mål eller olika specifika uppgifter som fanns uppsatta som mål i rehabiliteringsplanen.

Pat1

”Jag tycker det är viktigt att personalen ser personen bakom sjukdomen och lär känna henne”

Pat3

”Jag har bara en som jobbar med mig och på detta sätt blir vården individanpassad. På detta sätt lär denna person känna mig bättre”

Pat1

”Jag kan inte använda mina armar och då är det viktigt att personalen anpassar sig så att jag får den hjälp jag behöver”

Pat4

”I början av vårdtiden kunde jag inte göra någonting alls på egenhand. Då var det upp till personalen att se till att jag lärde mig de olika sakerna”

Det som vårdpersonalen förmedlade till patienterna via kommunikationen hade en viktig betydelse. Genom att vårdpersonalen gick utanför sina roller för att möta och nå ut till patienten kunde patienterna känna sig mera delaktiga. Anpassning innebar även att vårdpersonalen kände av vilken dagsform patienten hade så att träningen kunde anpassas efter detta.

Pat5

”Personalen måste visa mig hur jag ska utföra olika saker eftersom de har den rätta kunskapen”

Pat8

”Det är viktigt att personalen känner av hur jag känner inför vissa moment i min träning, på detta sätt vet de hur jag vill träna”

Pat1

”Det är viktigt att personalen vet på vilket sätt de ska träna med mig, eftersom detta är olika från patient till patient”

Blom-Johansson et al (2011) skriver i sin artikel om hur patienter med afasi hanterat kommunikationssvårigheter samt deras upplevelser av olika kommunikationsstrategier. Resultaten från studien visade att patienterna uppskattade de olika samtalen trots att de upplevde afasin som ett allvarligt hinder. Förhållanden som påverkade kommunikationen var relaterade till samtalspartnern och vad man pratade om samt vilken miljö man befann sig i. Betydelsen av att samtalspartnern hade förståelse och kunskap om hur afasi inverkar på den drabbades livssituation samt kunskap om strategier som fungerade som stöd för samtalet hade betydelse. För att främja kommunikationen och öka delaktigheten hos dessa patienter är det viktigt med kunskap och kännedom om olika strategier som kompenserar och möjliggör att kommunikationen fungerar. Detta innebär att vårdpersonalen ibland måste anpassa sig och hitta nya strategier för att ge mera utrymme och uppfylla de behov och önskemål som finns hos den drabbade patienten.

Ett exempel på hur anpassning och delaktighet gestaltas inom social- och hälsovården är att patientens och anhörigas inflytande över själva utformningen och planeringen av vården ökat. Larsson et al (2011) skriver i sin artikel om faktorer som hämmar delaktighet i samband med omvårdnadssituationer. Resultaten från studien visade att de största hindren för ökad patientdelaktighet hade att göra med brist på empati och förståelse från personalens sida. Strukturella hinder inom själva verksamheten samt att vårdpersonalen hade en allt för auktoritär roll i samband med kontakten med patient och anhöriga var exempel på andra faktorer som hade negativ inverkan. Om man således vid olika enheter aktivt jobbar för att öka förståelsen för patientens behov och förutsättningar kan man även främja delaktigheten och hitta lämpliga vägar för att kommunikationen ska fungera vilket även främjar patientens delaktighet kring den egna vården.

Sundin et al (2000) har i en studie undersökt hur personer som drabbats av stroke och som lider av afasi uttryckte sig i samspelet med andra. Resultaten från denna studie betonade bl.a. betydelsen av en öppen och rak kommunikation där missförstånden blev färre samt ordlös kommunikation som innebar att förmedla känslor med hjälp av kroppen.

Tistad et al (2012) skriver i sin studie om rehabiliteringsbehov hos strokedrabbade patienter samt deras upplevelser i samband med rehabiliteringen. I studien användes en modell som var avsedd att mäta graden patienttillfredsställelse. Resultat från studien visade att 33 procent av deltagarna hade rehabiliteringsbehov som ännu var otillfredsställda och

14 procent var missnöjda med vården som de hade fått. Det som hade betydelse och som inverkade för hur rehabiliteringen senare utvecklade och gestaltade sig var bl.a. tidpunkten för när rehabiliteringen sattes in dvs. att patienten fick rehabilitering i rätt tid när hen var mottaglig och kunde tillgodose sig rehabiliteringen. Vårdpersonalens förmåga att förstå olika erfarenheter och behov hos både patienterna samt deras sociala nätverk och att anpassa rehabiliteringen efter detta bidrog till att personalen bättre kunde tillgodose och möta de behov som patienterna hade vilket även ökade känslan av delaktighet kring den egna vården hos patienterna.

Behrns et al (2009) skriver i sin studie om behovet av skrivträning i samband med rehabiliteringen efter en stroke. Skrivträning under rehabiliteringen är ett konkret tillvägagångssätt på anpassning som främjar patientens egen delaktighet och kommunikation kring den egna vården.

Reunanen et al (2012) har i sin studie undersökt hur patienter som drabbats av stroke upplevde vården i samband med rehabiliteringen. Resultaten från studien visade bl.a. att det var vanligt att patienterna uppfattade att allt hände och skedde på vårdpersonalens villkor. För att göra patienten mera delaktig borde vårdpersonalen därför vara mera flexibel och anpassa sig efter patienternas behov och förutsättningar. Vårdpersonalens roll, borde i detta fall bli mera som en coach som motiverar och leder patienten i rätt riktning så att rehabiliteringsmålen uppfylls ändamålsenligt.

5.2 Ansvar och engagemang

Att patienterna fick information och kunskap om sin skada samt informerades om förväntad vårdtid och prognos var något som de flesta av patienterna ansåg vara viktigt i fokusgrupperna. Att vårdpersonalen ansvarade över detta uppskattades av patienterna. Det engagemang som vårdpersonalen förmedlade via kommunikationen upplevdes som positivt och bidrog till att patienterna kunde bli mera självständiga. Det ansvar som patienterna upplevde handlade om att förvalta, utföra och verkställa sina uppgifter i samband med den egna träningen.

Pat4

”Jag känner mig mindre delaktig om läkarna inte informerar mig om vilken typ av skada som drabbat mig.”

Pat3

”Vi hade ett bra möte där vi fick svar på alla frågor som jag hade och då kände jag mig delaktig”

Pat2

”För mig är det viktigt att få information om varför detta drabbat mig eftersom sjukdomen har så stort omfång”

Pat6

”Jag tycker att det är viktigt att jag i ett tidigt skede får information om min skada, så att jag inte behöver fundera på detta under tiden jag rehabiliteras”

Det engagemang som vårdpersonalen visade smittade många gånger av sig till patienterna och vårdpersonalen hade en viktig uppgift i att skapa en positiv atmosfär och att sträva framåt i träningen. Eftersom någon patient kände sig viljelös efter skadan uppskattades personalens engagemang extra mycket.

Pat2

”Det är lärorikt att se när andra patienter och behandlare tränar tillsammans”

Pat1

”Personalen måste visa mig hur jag ska träna med mig, eftersom min värld har förändrats efter skadan”

Pat3

”Det känns tryggt när min behandlare har god kunskap, vilket även smittar av sig när jag tränar olika moment”

Pat2

”I början kunde jag inte vara mycket delaktig, men personalen har ”puschat” mig och tränat med mig så att jag blivit mera självständig i olika aktiviteter”

Pat7

”Eftersom kunskapen finns hos personalen är det viktigt att de delar med sig av kunskapen. Deras engagemang smittar även av sig till oss patienter”

Pat8

”Det är viktigt att personalen inte ger upp, utan fortsätter att kämpa med mig. Det är viktigt för mig att personalen visar engagemang, eftersom min vilja försvunnit efter skadan”

Struwe et al (2013) skriver i sin studie om de föreställningar som finns hos sjukskötare och hur vården av stroke patienterna bäst ska organiseras för att patienterna ska återfå bästa

möjliga funktionsförmåga. Utgående från studien kunde man urskilja olika teman som främjar och som hade särskild betydelse med tanke på patientens egen delaktighet. Framförallt kontinuitet och personalens egna engagemang kring vården av patienterna var viktiga faktorer som bidrog till att patientens delaktighet i den egna vården ökade, detta bidrog också till att kvaliteten på vården blev bättre och högre. För att individens delaktighet kring den egna vården ska öka bör rehabiliteringen vara upplagd så att patienten stimuleras att aktivt ta del av och ansvara för den egna livssituationen.

Sargeant et al (2008) studie hade som syfte att undersöka och skapa förståelse för de egenskaper som bidrar till att mångprofessionellt arbete fungerar i praktiken. Utgående från studiens resultat var det viktigt med förståelse och respekt för de olika gruppmedlemmarnas olika roller, samt förståelse över att alla inom gruppen måste satsa tid och energi för att få det mångprofessionella arbetet att lyckas, det krävdes även förståelse för hälso- och sjukvårdens uppbyggnad och generella funktion samt engagemang och ansvar runt patientens omvårdnad. Förbättrad kommunikation ökade även förståelsen och samarbetet mellan de olika gruppmedlemmarna inom den mångprofessionella gruppen. Det ansvar och engagemang som finns hos vårdaren inverkar på hur delaktig patienten är kring den egna vården eftersom det är viktigt att stimulera patienten att aktivt delta i rehabiliteringen och ansvara över den egna livssituationen.

5.3 Tillförlitliga relationer

Under fokusgruppsintervjuerna framkom det att patienterna upplevde att det var viktigt att personalen visade patienterna hur de skulle utföra olika moment i träningen, på detta sätt kände patienterna sig mera delaktiga och detta bidrog även till upplevelsen av att känna sig mera självständig. Genom att skapa en god relation till patienten kan personalen lättare nå fram med sitt budskap och på detta sätt öka patientens delaktighet kring den egna vården. Denna goda relation skapades när patienten kände att vårdpersonalen var närvarande och tog sig tid. Det som vårdpersonalen kommunicerade upplevdes ha stor inverkan på hur delaktiga patienterna kände sig kring den egna vården.

Pat3

”Det är viktigt för mig att jag känner mig trygg och kan lita på personalen och att samarbetet fungerar”

Pat4

”Det är viktigt att personalen lär känna mig så att de vet hur de ska träna med mig”

Att skapa en tillförlitlig relation var något som de flesta av patienterna upplevde som viktigt. Det som hade stor inverkan och som påverkade denna relation var det som vårdpersonalen förmedlade via kommunikationen med patienten i samband med t.ex. träning eller på vårdavdelningen. Att bygga upp ett gott samarbete var också viktigt för att patienterna skulle känna sig trygga i samband med träning. Patienterna upplevde att de kunde vara mera delaktiga i sin egen vård om vårdpersonalen hade bred kompetens, på detta sätt fick patienterna tillräckligt med information om sin skada eller tillstånd. Att vårdpersonalen diskuterade med varandra angående hur det aktuella tillståndet hos patienten och hur det gick med träningen var även något som upplevdes som viktigt.

Pat8

”Det är viktigt att samarbetet fungerar mellan de olika professionerna, så att jag får information om på vilket sätt olika saker fungerar”

Pat2

”Det har stor betydelse för patienter som mig när man vet att samarbetet med läkare fungerar de gånger man har medicinska frågor eller andra frågor om t.ex. sjukskrivningar”

Pat5

”Det är viktigt att de olika behandlarna pratar med varandra så att alla inom teamet får information om hur det går för mig när jag tränar”

Pat1

”Om du inte visar dina kollegor och mig hur jag ska träna, så vet ingen hur jag ska utföra olika moment”

Pat2

”Det är viktigt för mig att veta att jag kan få hjälp på bästa möjliga sätt”

Att kunna diskutera sig fram till olika lösningar var något som patienterna tyckte var viktigt, ifall patienterna upplevde att vårdpersonalen inte ville samarbeta eller lyssna på patientens åsikter inverkade det negativt på hur delaktiga patienterna kände sig kring sin egen vård. Genom att vårdpersonalen reflekterande lyssnar på patienten skapas de förutsättningar som stärker tron på den egna förmågan. Tydlighet och kontinuitet var även något som betonades under samtalen.

Pat4

”Jag har många gånger synpunkter och det är säkert många gånger så att mina synpunkter inte är de bästa men det är ändå viktigt att man känner att personalen lyssnar på det man har att säga”

Pat4

”Det är viktigt att personalen inte blir irriterad fast det är mycket som ska göras”

Pat2

”Att lyssna och att inte vara otålig är viktigt eftersom olika saker tar mycket längre tid nuförtiden”

Pat5

”Jag tycker att det är viktigt att kunna prata sig fram till en bra lösning och att man lyssnar på mig eftersom personalen är mina händer och mina armar”

Pat6

”Det är viktigt att personalen lyssnar och inte är otålig, man känner ibland när det finns ett motstånd”

Pat7

”Personalen träffas på möten och diskuterar. Men sedan håller var och en mycket på sitt och bryr sig endast om sitt vilket jag tycker är negativt”

Rehabilitering efter ryggmärgsskador är en mycket lång och påfrestande process där patienten behöver vägledning och stöttning. Ett fungerande samarbete mellan patient och vårdpersonal bidrar till att patienten känner sig delaktig kring den egna vården samtidigt som det skapas förutsättningar till utveckling. Angel et.al (2011) skriver i sin studie om ryggmärgsskadade patienters upplevelse av rehabiliteringen samt hur vårdpersonalen kan påverka denna process och göra patienten mera delaktig. Patientens delaktighet kring den egna vården uppnåddes bl.a. genom att personalen och patienten enades om hur rehabiliteringsplanens utformning skulle se ut och att man tillsammans jobbade med att uppfylla dessa mål. Att uppleva meningsfullhet under rehabiliteringen var en viktig del i själva rehabiliteringsprocessen och vårdpersonalen hade en viktig uppgift i att motivera och handleda patienten i dennes rehabiliteringsprocess.

Schoeb och Burge (2011) har i sin studie skrivit om patientens och behandlingspersonalens uppfattningar om delaktighet i samband med träning. Studien fokuserade sig på patientens roll i samband med träning. Resultaten visade att både patient och behandlingspersonal upplevde delaktighet som någonting viktigt och värdefullt. Patientens delaktighet i den egna vården syntes främst genom att patienten var delaktig i samband med att mål utformades och planerades i rehabiliteringsplanen. Det som dock påverkade delaktigheten i negativ riktning var att patienten och behandlingspersonalen hade olika viljor och synsätt

på själva utförandet av rehabiliteringsplanen, oklara direktiv samt att behandlingspersonalen inte hade tillräcklig kunskap om patienten och dennes situation. Patientens egen motivation under rehabiliteringsprocessen påverkade även hur delaktig patienten var kring sin egen vård.

Sundin et.al (2003) har i sin studie undersökt upplevelsen av att förstå och bli förstådd i samband med rehabiliteringen av strokepatienter. Studien riktade även in sig på vilka faktorer som gynnade samarbetet mellan patient och vårdare. Resultaten från studien visade bl.a. att en avslappnad och ändamålsenlig miljö underlättade kommunikationen mellan vårdare och patient. Andra viktiga faktorer var att vårdaren strävade till att använda sig av en tyst dialog eftersom vårdaren i denna dialog bättre kunde dela patientens känslor och på detta sätt bättre förstod patientens budskap.

5.4 Patientens behov

Patienterna har oftast den bästa kunskapen och kännedomen om sin egen kropp och om den egna situationen. Patienterna är dock beroende av den kompetens och de resurser som finns hos vårdpersonalen. Genom kommunikationen kan vårdpersonalen få viktig information och klarhet angående de individuella behoven som patienten har och som kan bidra till att öka delaktigheten kring den egna vården. Genom att resonera och argumentera med patienten kan vårdpersonalen garantera att de uppfattat patientens behov på rätt sätt, på detta sätt kunde även en känsla av bekräftelse uppnås.

Pat3

”Att mina behov tas på allvar och att man lyssnar är viktigt t.ex. i samband när jag ska duscha mig eller lägga mig ”

Pat4

”Jag är beroende av andra på grund av den skada som jag har och då behöver jag instruera vårdpersonalen så att personalen hjälper mig med de saker som jag inte klarar av att utföra själv”

Pat6

”För mig är det viktigt att personalen identifierar de behov som jag har och att jag sedan får träna på detta för att bli bättre”

Det framkom under fokusgruppsintervjuerna att det var viktigt att patienterna fick rätt träning samt att aktiviteterna riktades in på de behov som patienterna hade. Någon patient

tyckte att det var frustrerande när träningen bestod av aktiviteter som upplevdes som meningslösa.

Pat4

”Att få ut så mycket som möjligt av vårdtiden är viktigt för mig. Ibland känns det som att vissa aktiviteter är bortkastad tid. Det är ju för att få träning som jag är här”

Pat7

”Att göra sådant som upplevs som onödigt, kan många gånger framkalla frustration hos mig”

Många av patienterna upplevde att det var viktigt med kvalité och att man tränade rätt saker. Att vårdpersonalen lärde känna patienten bidrog till att träningen individanpassades vilket uppskattades av patienterna. Patienterna betonade ofta betydelsen av att alla hade olika behov och hur viktigt det var med att patienten ständigt var i fokus.

Pat6

”Jag tycker att det är viktigt att det är kvalité när jag tränar och att jag kan lita på att personalen har bra kunskap, det är mindre viktigt med mängden träning”

Pat5

”Att vården är mera individanpassad gör att jag känner större delaktighet kring min egen vård”

Pat4

”Det är viktigt att personalen inser att man måste sätta varje person i fokus eftersom vi alla har olika behov, allt från mat till allt annat t.ex. sjukdomar och omvårdnad”

Pat2

”Det måste handla om att patienten är i fokus”

Pat8

”Efter en tid här på avdelningen lär sig personalen hur jag vill ha det när jag t.ex. ska lägga mig och då känner jag mig mera delaktig”

Patienterna upplevde att de var delaktiga kring sin egen vård när vårdpersonalen identifierade och hade förståelse för de olika behoven som patienterna hade.

Pat1

”Du måste kunna förstå mig som person för att förstå vad jag orkar och vill”

Pat8

”Genom att personalen ”stöttar” och ”pushar” mig när jag tränar, blir jag mera delaktig i min egen vård.

Eftersom vi alla här har olika behov är det viktigt att patienten är i fokus”

Sundin et al (2002) har i sin studie undersökt hur vårdpersonalen upplever kommunikationen med patienter som drabbats av stroke. Resultaten från studien visade att vårdpersonalen många gånger upplevde ett påtvingat beteende i kontakten med patienterna. Det förekom bl.a. svårigheter när vårdpersonalen inte visste hur de skulle förhålla sig till och bemöta patientens varierande behov. Att ha strategier som garanterar att kommunikationen fungerar är således viktigt för att vårdpersonalen bättre ska kunna anpassa och identifiera patientens behov och förutsättningar. En ändamålsenlig och avslappnad atmosfär var andra exempel på faktorer som inverkade positivt på kommunikationen.

Hjelle och Vik (2011) har i sin studie undersökt funktionshindrades upplevelser och erfarenheter av delaktighet. Utgående från diskussionerna i studien framkom det att delaktighet innebar att vara självständig och att själv kunna fatta beslut som inverkade på det egna livet. Delaktighet innebar även att inte känna utanförskap i samhället trots att man hade ett funktionshinder.

Shipper et al (2011) har i sin studie undersökt patientens delaktighet i samband med hjärnskada. Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som påverkar upplevelsen av delaktighet hos dessa patienter. Resultaten från studien visade att patienterna som hade drabbats av en hjärnskada uppskattade att de fick vara delaktiga i den egna vården, och på detta sätt upplevde dessa patienter även att vården som de fick hade god kvalitet. Att uppnå meningsfullhet i rehabiliteringen och ha en känsla av delaktighet stärkte patientens självkänsla.

Dalemans et al (2010) beskriver i sin studie hur människor med afasi upplever sitt sociala deltagande samt vilka faktorer som påverkar känslan av deltagande. Resultaten från studien visade att det sociala deltagandet förändrades efter att patienten drabbades av afasi. Känslan av ensamhet var vanlig då patienterna ville vara delaktiga. Faktorer som påverkade själva delaktigheten var av personlig karaktär samt sociala och miljömässiga. Det var framförallt viktigt för patienterna att de upplevde aktiviteterna som meningsfulla och här hade vårdpersonalen en viktig uppgift.

6 Utvecklingsarbetets resultat – Patienten i fokus

Kommunikationsmodellen ”Patienten i fokus” är resultatet av detta utvecklingsarbete. Kommunikationsmodellen har skapats som ett resultat av både litteraturanalysen och fokusgrupperna. Kommunikationsmodellen finns som bilaga (Bilaga 5). De patienter som deltog i fokusgrupperna betonade bl.a. betydelsen av att vårdpersonalen har förmåga att lyssna, resonera och att skapa förståelse för både patienten som person och de behov som patienten har. Genom att resonera med patienten säkerställer vårdpersonalen att informationen uppfattas på rätt sätt, på detta sätt bekräftas också patienten. Att lyssna och skapa förståelse innebär bl.a. att patientens tro på sin egen förmåga växer, för att skapa engagemang är det även viktigt att vårdpersonalen lyckas förmedla fördelarna med rehabiliteringen till patienten. En utgångspunkt i kommunikationsmodellen utgår ifrån Travelbees tankar om kommunikation och att vårdpersonal speciellt inom medicinsk rehabilitering har en viktig uppgift i att hjälpa och stöda patienten med att finna mening. Kommunikationen är den process som vårdpersonal kan använda sig av för att söka och ge information på, genom god kommunikation kan vårdpersonalen engagera och motivera patienterna. I kapitel 3 behandlas förutom Travelbees tankar om kommunikation även känsla av sammanhang. Känsla av sammanhang beaktas i kommunikationsmodellen genom att vårdpersonalen har möjlighet att påverka patientens uppfattning om den egna situationen genom att skapa förutsättningar som gör att patienten förstår vad som händer i den egna rehabiliteringsprocessen. Att rikta rehabiliteringsinsatserna mot de resurser som patienten själv upplever som betydelsefulla främjar delaktigheten och är en viktig del av rehabiliteringen och processen kring rehabiliteringen.

Med hjälp av innehållsanalysen arbetades fyra olika huvudkategorier fram. Dessa olika kategorier ska förstås som en helhet och kategorierna behövs för att göra patienten delaktig kring den egna vården. De olika kategorierna anpassning av omvårdnadsinsatser, tillförlitliga relationer, ansvar och engagemang och patientens behov utgör kärnan i modellen.

Kommunikationsmodellen ”Patienten i fokus” innehåller fyra olika steg, dessa steg hör samman och som bildar en helhet som leder till att patientens delaktighet kring den egna vården ökar.

Genom att analysera varje steg i kommunikationsmodellen skapas en tydligare och klarare bild av hur modellen bidrar till patientens delaktighet samt hur man som vårdpersonal jobbar med modellen och vad man som vårdpersonal ska göra konkret med modellen.

Steg ett handlar om att få tag på relevant information om patienten och vilka behov patienten har, oftast i början av vårdtiden. Denna process kan variera i tid eftersom stroke och ryggmärgsskador oftast är av en komplex karaktär. Vårdpersonalens uppgift är dock att lyssna, resonera och skapa förståelse för patienten så att en god kontakt skapas mellan patient och vårdpersonal.

Steg två handlar om hur man som vårdpersonal skapar delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen och vilka metoder vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt kan använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten. Både Travelbee och känsla av sammanhang betonar vikten av att finna mening i det man upplevt. För att göra patienterna delaktiga kring den egna vården är det viktigt att de drabbade patienterna får ett gott stöd där vårdpersonalen tar ansvar och förmedlar engagemang. Anpassning av omvårdnadssituationer bidrar till att patienten anpassar sig till den nya livssituation som denna person ofrivilligt befinner sig i och genom att skapa tillförlitliga relationer och identifiera patientens behov ökar man patientens möjligheter till ökad delaktighet kring den egna vården.

I steg tre har vårdpersonalen skapat en god kontakt med patienten och man jobbar tillsammans mot de mål som finns uppsatta i rehabiliteringsplanen. I detta steg har vårdpersonalen tillräckligt med information om patienten vilket betyder att man kan planera och prioritera vården så att patienten känner sig delaktig. I steg fyra har vårdpersonalen uppnått och fullbordat målet med kommunikationsmodellen dvs. Patienten är i fokus. Kommunikationsmodellen kan utvärderas i samband med planeringsmöten där vårdpersonal och patient diskuterar rehabiliteringsprocessen.

7 Forskningsetiska aspekter

En viktig del av utvecklingsarbetet handlar om de etiska aspekterna som ständigt varit aktuella under hela processen kring detta utvecklingsarbete. Detta aktualiseras inte minst med tanke på att fokusgruppsintervjuerna genomförts på min egen arbetsplats. Detta har medfört en rad olika dilemman bl.a. den nya ansvarsrollen som jag fått i samband med genomförandet av dessa samtal. Avsikten med de forskningsetiska principerna är att det finns goda riktlinjer mellan forskare och uppgiftslämnaren. Dessa principer är

samtyckeskrav, nyttjandekrav, informationskrav och konfidentialitetskravet. Dessa principer är ett bra underlag när forskaren gör sina egna reflexioner angående eget ansvarstagande.

Etik och etiskt tänkande är viktigt i samband med validering eftersom forskaren bara genom att ta upp frågor väcker massa tankar och föreställningar till liv hos den som blir intervjuad. Stor vikt bör läggas vid att klargöra innebörden av tystnadsplikt och att de som blir intervjuade inte behöver svara på frågor som inte känns bra samt att deltagarna kan avbryta intervjun när som helst. Den som forskar bör således reflektera över hur undersökningen påverkar deltagarna och vilka konsekvenser undersökningen får för deltagarna. (Trost, 2010, s. 123-130).

I detta utvecklingsarbete har de forskningsetiska frågorna beaktats främst genom att identifiera olika etiska frågeställningar samt att hedra det som kallas och som hör till god forskningspraxis. Enligt anvisningar från den forskningsetiska delegationen som handlar om god etisk forskning, ska all forskning grunda sig på god forskningspraxis. Detta innebär att den som genomför forskningen ska förhålla sig hederligt, ärligt och vara omsorgsfull i samband med dokumentering samt presentation av resultat. Detsamma gäller bedömning av undersökningar och resultat från undersökningar. Forskaren ska även ta hänsyn till andra forskare och deras arbeten, vilket innebär att hänvisningar till andra verk och deras resultat utförs på rätt sätt som är hänsynsfullt och respektfullt. Den egna forskningen ska planeras, genomföras och rapporteras utgående från hur vetenskapliga fakta förutsätter. Ifall det finns finansieringskällor som bidragit till genomförandet av forskningen ska dessa meddelas de som berörs och deltar i undersökningen. Detta ska även rapporteras när resultaten från forskningen publiceras. God vetenskaplig praxis förutsätter även att eventuella forskningstillstånd skaffas och att den etiska förhandsbedömningen som är en förutsättning blivit utförd på ett korrekt sätt. (Forskningsetiska delegationen, 2013).

Forskningsetiska frågor och aspekter har aktualiserats under hela forskningsprocessens gång. Syftet med utvecklingsarbetet eller undersökningen bör vara att förbättra de undersökta eller den representerade gruppens situation. Skyldighet till att informera om undersökningen och att informera om vem som kommer att få tillgång till intervjuerna samt att säkra undersökningens vetenskapliga kvalitet och att bevara forskningen

oberoende är en del av de forskningsetiska frågorna och aspekterna som forskaren bör ta ställning till. (Kvale & Brinkmann, 2013, s. 84-85).

Moraliska och etiska frågeställningar sätter oftast sin prägel på alla typer av intervjuforskning. Enligt Kvale och Brinkmann (2013, s. 77-79) bör forskaren alltid reflektera över värdet av den kunskap som produceras och det bidrag som själva utvecklingsarbetet ger samhället. Redan från början av undersökningen bör eventuella etiska frågor och problem beaktas eftersom dessa uppstår under hela forskningsprocessens gång. Analysen av fokusgrupperna har gett relevant information och detta har bidragit till skapandet av kommunikationsmodellen.

Att ge tydlig information och att klargöra syftet med fokusgruppsintervjuerna, har varit en viktig del av det forskningsetiska arbetet i detta utvecklingsarbete. Detta innebär att patienterna fått information om att allt material under intervjuerna behandlas konfidentiellt och att patienterna varit anonyma när intervjuerna analyserats. När fokusgrupperna analyserats har det varit viktigt att utomstående inte ska kunna slutleda sig till vem som deltagit i samtalen.

Frivillighet, integritet, konfidentialitet samt anonymitet för de personer som deltar i undersökningen är exempel på grundläggande etiska principer och frågeställningar. Detta innebär att undersökningen inte är till skada för deltagarna, att det inte förekommer brist på samtycke från deltagarnas sida, att man inte inkräktar på deltagarnas privatliv samt att det inte förekommer bedrägeri eller i övrigt undanhållande av information. Att endast använda resultat i forskningssyfte hör även till grundläggande etiska principer. (Bryman, 2013, s.131-132).

Inom social- och hälsovårdsområdet är den som undersöker eller forskar skyldig att presentera det som ska undersökas inför en etikprövningsnämnd innan undersökningen kan påbörjas. Denna process ger forskaren ytterligare en möjlighet att på förhand tänka igenom vilka etiska dilemman som kan tänkas uppstå under forskningsprocessens gång. Genom att på förhand ha kännedom om etiska frågeställningar kan den som undersöker göra bättre genomtänkta beslut under planeringen och på detta sätt uppmärksamma de kritiska och känsliga frågorna som kan dyka upp under undersökningens gång. I detta utvecklingsarbete har tillstånd erhållits av verksamhetschefen vid rehabiliteringsmedicinska verksamheten vid Högsbo Sjukhus. Utvecklingsarbetets syfte och frågeställningar har gått igenom med verksamhetschefen och resultatet av detta är att

genomförandet av fokusgrupperna godkändes. (Bilaga 3). (Kvale & Brinkmann, 2013, s.79-80).

Informerat samtycke innebär enligt Kvale och Brinkmann (2013, s. 87-90) att deltagarna informeras om undersökningens syfte, detta innebär även att deltagarna informeras om konfidentialitet samt vilka som kommer att ha tillgång till intervjuerna. Konfidentialitetskravet innebär ytterligare att eventuella personuppgifter förvaras på ett säkert sätt som hindrar obehöriga att ta del av dessa uppgifter.

Att bedöma konsekvenserna av en kvalitativ studie är en viktig del av det etiska arbetet kring detta utvecklingsarbete. Att bedöma konsekvenserna innebär att bedöma den skada som patienterna kan tänkas genomlida samt vilka vetenskapliga fördelar som ett deltagande kan medföra. En etisk princip om att göra gott bör således genomsyra hela processen. Forskarens roll som person har en avgörande roll för den vetenskapliga kunskapens kvalitet och hållbarheten i de etiska besluten som tas. Ett moraliskt ansvarsfyllt forskningsbeteende handlar således om moralisk integritet i frågor som handlar om engagemang och känslighet i moraliska frågor. (Kvale & Brinkmann, 2013, s.88-90).

Innan fokusgrupperna genomfördes reflekterade jag mycket över hur man skulle göra dessa så etiskt riktigt som möjligt. Fokusgrupper som metod kan dock tänkas vara mera tilltalande etiskt om man t.ex. jämför med intervjuer som vanligtvis är av mera styrd karaktär. Eftersom fokusgrupperna är en form av gruppdiskussion kan deltagaren avstå från att uttala sig om vissa teman om det handlar om eller upplevs som känsligt. Ett viktigt arbete kring fokusgrupperna har varit att försäkra sig om att ingen av patienterna har upplevt samtalen som obehagliga. Det har varit svårt att utlova fullständig anonymitet men konfidentialitet har ändå uppnåtts genom att namnen bytts ut i samband med analysen av samtalen, alla ljudinspelningarna har även förvarats på ett säkert sätt. Eftersom teman för diskussionerna långt handlat om patienternas egen delaktighet kring den egna vården har samtalen varit reflekterande och som samtalsledare har jag inte varit intresserad av känsliga uppgifter från privatlivet. Ett etiskt dilemma med fokusgrupper är att samtalsledaren kan garantera att inte sprida information från samtalen eller uppgifter som rör de andra deltagarnas identiteter vidare. Det är dock svårt att förhindra att de övriga deltagarna inte sprider ev. känslig information om de övriga deltagarna vidare. För att förhindra detta har jag som samtalsledare påtalat att deltagarna inte får lämna ut känsliga uppgifter som berör de övriga patienterna som deltagit i fokusgrupperna.

I detta utvecklingsarbete har två olika metoder, litteraturöversikt och fokusgruppsintervju, använts för att få svar på frågan hur man kan utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Patienterna i detta sammanhang är personer som har drabbats av en hjärnskada eller ryggmärgsskada. Patienterna har informerats om vilka metoder som används och på vilket sätt materialet kommer att användas. De patienter som deltog i fokusgrupperna var positivt inställda till både syfte och på vilket sätt detta framställdes. Patienterna gav sitt samtycke till deltagande i samband genomförandet av fokusgrupperna och alla har deltagit frivilligt. En fara för trovärdigheten är om deltagarna i fokusgrupperna av någon anledning inte vågar uttrycka eller säga vad de egentligen tänker. I samband med fokusgrupperna ägde diskussionerna rum på ett ställe som patienterna var bekanta med sen tidigare vilket stärker trovärdigheten i detta utvecklingsarbete. Patienterna uppmuntrades att säga vad de tycker och att inte utelämna information på grund av t.ex. artighet eller gruppträck. I detta utvecklingsarbete har alla deltagande patienter varit anonyma när fokusgruppsintervjuerna analyserats. Ljudinspelningarna från fokusgrupperna har raderats och ingen utomstående har fått ta del av dessa samtal. Med tanke på reliabiliteten hade det varit bra med någon form av översiktsanalys som utförts av någon annan oberoende person. Resultaten hade då kunnat analyseras och diskuteras på ett djupare sätt. Reliabiliteten har dock ökat eftersom samma samtalsledare har genomfört båda fokusgrupperna.

8 Kritisk granskning

Detta kapitel innehåller en kritisk granskning av resultatet och av de olika metoderna som använts i detta utvecklingsarbete. En viktig del av lärdomsprocessen är att ha ett granskande förhållningssätt till sin egen forskning, vilket innebär att utvecklingsarbetets validitet och reliabilitet avhandlas. Metoder som använts i detta utvecklingsarbete är litteraturöversikt och två olika fokusgruppsintervjuer. Fokusgruppsintervjuerna har transkriberats medan litteraturöversikten har analyserats enligt Graneheims och Lundmans innehållsanalys.

Att validera innebär enligt Kvale och Brinkmann (2013, s. 263-268) att kontrollera samt att forskaren har en kritisk syn på sin analys, detta innebär konkret att forskaren presenterar sin synvinkel på det undersökta ämnet och de kontroller som gjorts för att motverka vilseledande tolkning. Enligt Denscombe (2000, s. 378-379) är trovärdigheten avgörande för all forskning. Att på något sätt styrka den kvalitativa forskning som blivit utförd är

viktigt och forskaren måste hitta belägg för att resultaten är tillförlitliga. Material som forskaren kan använda sig av och som är avsedda för att bedöma forskningskvaliteten är bl.a validitet som hänvisar till lämpligheten i undersökningen och om undersökningen mäter det som är önskvärt. Tillförlitlighet handlar om konsekvens och om forskningen skulle ge samma resultat vid ett annat tillfälle. Objektivitet handlar om eventuell snedvridning och forskarens inflytande på resultatet.

Litteraturoversikten har visat att det gjorts flera studier tidigare som behandlar det ämnesområde som är aktuellt för mig. En utmaning kring detta har varit att hitta sådana studier som är relevanta och som uppfyller syftet på ett ändamålsenligt sätt. Genom att litteraturoversikten innehåller en tillräcklig stor mängd med studier har jag dock försökt förhindra och utesluta att resultatet hade kunnat ändras, eller i betydande utsträckning påverka de slutsatser som jag kommit fram till i detta utvecklingsarbete.

Fokusgruppsintervjuer valdes som metodologiskt angreppssätt när den empiriska delen i utvecklingsarbete förverkligades. Fokusgrupperna gav information om hur patienterna upplever delaktigheten kring sin egen vård. Med hjälp av den information som fokusgrupperna gav kunde kommunikationsmodellen Patienten i Fokus skapas. Patienternas upplevelser av samtalen har varit positiva och responsen som dessa samtal fick var god. Frågeställningen hur man som vårdpersonal skapar delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen och vilka metoder vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt kan använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten har uppfyllts i samband med att kommunikationsmodellen skapades. Både innehållsanalysen och fokusgrupperna har bidragit till detta.

Med tanke på att detta är ett utvecklingsarbete inom ledarskap och organisationsutveckling hade jag eventuellt på ett tydligare kunnat använda mig av en ledarskapsstil i samband med processen kring utvecklingsarbetet. De olika delarna hade ytterligare kunnat beskrivas utgående från ett ledarskapsperspektiv, vilket hade gett utvecklingsarbetet en annan dimension.

Syftet med detta utvecklingsarbete var att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Utvecklingsarbetet har gjorts med fokus på patienten och dennes upplevelser av vården och målet har varit att skapa en kommunikationsmodell som rehabiliteringsmedicinska verksamheten vid Högsbo Sjukhus kan använda sig av för att

utveckla patienternas delaktighet kring den egna vården. Syftet har verkställts i samband med att kommunikationsmodellen skapades och litteraturöversikten och fokusgrupperna bidrog till att svar på frågeställningen kunde fås. Det som är negativt med tanke på tillförlitligheten är att jag inte haft möjlighet att prova kommunikationsmodellen bland patienterna. Patienterna har dock fått vara högst delaktiga i samband med skapandet av kommunikationsmodellen och alla som deltog i fokusgrupperna gjorde en stor insats.

Den kritiska granskning som gjorts av detta utvecklingsarbete har resulterat i att kriterierna för tillförlitligheten anses vara uppfyllda. Detta grundar sig på att två olika metoder har använts, litteraturöversikt och fokusgrupper, och detta har inverkat positivt för att stärka tillförlitligheten.

9 Slutdiskussion

Syftet med detta utvecklingsarbete har varit att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Detta arbete är gjort med fokus på patienten och dennes upplevelser av vården och målet har varit att skapa en kommunikationsmodell som rehabiliteringsmedicinska verksamheten vid Högsbo Sjukhus kan använda sig av för att utveckla patienternas delaktighet kring den egna vården. Metoder som använts i detta utvecklingsarbete är litteraturöversikt och två olika fokusgruppsintervjuer. Materialet har analyserats med innehållsanalys där kategorier blivit skapade

Kommunikationsmodellen ”Patienten i fokus” är resultatet av detta utvecklingsarbete. Kommunikationsmodellen har skapats som ett resultat av både litteraturanalysen och fokusgrupperna. De patienter som deltog i fokusgrupperna betonade bl.a. betydelsen av att vårdpersonalen har förmåga att lyssna, resonera och att skapa förståelse för både patienten som person och de behov som patienten har. Detta utvecklingsarbete understryker ytterligare den viktiga uppgift som vårdpersonalen har i att få patientens att tro på sin egen förmåga. Genom att förmedla fördelarna med rehabiliteringen till patienterna skapas engagemang och motivation.

Processen kring utvecklingsarbetet har varit utvecklande och har gett goda insikter och skapat förståelse för hur betydelsefull upplevelsen av delaktighet är och hur detta påverkar patienterna i deras rehabilitering. Det förekom mycket reflektion kring genomförandet fokusgrupperna eftersom olika forskningsetiska aspekter måste uppfyllas. Den positiva

respons som kom från patienterna visar dock att de teman som diskuterades var aktuella när delaktighet diskuteras.

Genom att lyssna, resonera och skapa förståelse skapar man som vårdpersonal delaktighet och motivation till patienterna i samband med rehabiliteringen. Kommunikationsmodellen Patienten i fokus beskriver vilka metoder vårdpersonal som har ett mångprofessionellt arbetssätt kan använda sig av för att förbättra kommunikationen med patienten.

Kommunikationsmodellen Patienten i fokus, stöder kommunikationen och utvecklar delaktigheten kring patienternas egen vård. Utvecklingsarbetet har gjorts med fokus på patienten och patienterna hade möjlighet att vara delaktiga i samband med att fokusgrupperna genomfördes och resultatet av fokusgrupperna bidrog till att kommunikationsmodellen kunde skapas.

Källförteckning

Angel, S., Kirkevold, M. & Pedersen, B.D., 2011. Rehabilitation after spinal cord injury and the influence of the professional's support (or lack thereof), *Journal of clinical nursing*, 20(11-12), s. 1713-1722

Antonovsky, A., 1991. *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och kultur

Barnes, M., Dobkin, B. & Bogousslavsky, J., 2005. *Recovery after stroke*, Cambridge: Cambridge university press

Behrns, I., Wengelin, Å., Broberg, M. & Hartelius, L., 2009. A comparison between written and spoken narratives in aphasia, *Clinical linguistics and phonetics*, 23(7), s. 507-528

Berlin, J. Carlström, E. & Sandberg, H., 2009. *Team i vård behandling och omsorg*, Lund: Studentlitteratur

Blevins, S., 2013., The power of communication, *Medsurg Nursing*, 22(4), s. 212-214

Blom Johansson., Carlsson, M. & Sonnander, K., 2012. Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(2), s. 144-155

Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K. & Andreoli, A., 2010. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams, *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), s. 111-114

Borg, J., Gerdle, B., Grimby, G. & Stibrant Sunnerhagen, K., 2006.

Rehabiliteringsmedicin-teori och praktik, Lund: Studentlitteratur
Bryman, A., 2013. *Samhällsvetenskapliga metoder*, Stockholm: Liber

Bulow, P. Persson-Thunqvist, & Sandèn, D., 2012. *Delaktighetens praktik*, Malmö: Gleerups utbildning Ab

Carlström, E. & Berlin, J., 2004. *Boken om Team – En kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*, Stockholm: Landstingsförbundet

- Dalemans, R.J.P., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W., 2010., Social participation through the eyes of people with aphasia, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5)2010
- Davis, S., 2006. *Rehabilitation – The use of theories and models in practice*, London: Churchill Livingstone
- Denscombe, M., 2000. *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, Lund: Studentlitteratur
- Engman, M. & Lundgren, S.M., 2009. Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke. *Nordic Journal of Nursing research*. 29(3), s. 32-36.
- Fangen, K. & Sellerberg, A-M., 2011. *Många möjliga metoder*, Lund: Studentlitteratur
- Forskningsetiska delegation., 2013. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*
http://www.tenk.fi/sites/tekn.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf
(hämtat:06.08.2014)
- Fossum, B., 2007. *Kommunikation – Samtal och bemötande i vården*, Lund: Studentlitteratur
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur
- Gustavsson, A., 2004. *Delaktighetens språk*, Lund: Studentlitteratur
- Halkier, B., 2010. *Fokusgrupper*, Malmö: Liber
- Hjelle, K-M & Vik, K., 2011. The ups and downs of social participation: experiences of wheelchair users in Norway, *Disability and Rehabilitation* 33(25–26), s. 2479–2489
- Kvale, S & Brinkmann, S., 2013. *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur
- Larsson I-E, Sahlsten, M J-M, Segesten, K. & Plos, K.A.E., 2011. Patients perceptions of barriers for participation in nursing care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), s. 575-582

- Lundgren, C. & Molander, C., 2008. *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*, Stockholm: Liber
- Morèn-Hybbinette, I., 2002. *Rehabilitering inom allmänmedicin*, Lund: Studentlitteratur
- Nilsson, B. & Waldemarson, A.K., 2012. *Kommunikation – Samspel mellan människor*, Lund: Studentlitteratur
- Patel, R. & Davidson., 2011. *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, Lund: Studentlitteratur
- Reunanen, M., Talvitie, U., Pyöriä, O. & Järvikoski, A., 2012. Aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten kuntoutuskokemukset kertomuksina, *Kuntoutus*, 35(2), s. 30-43
- Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G., 2008. Effective interprofessional teams: Contact is not enough to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4), s. 228-234
- Schipper, K., Visser-Meily J.M.A., Hendriks, A. & Abma, T.A., 2011. Participation of people with acquired brain injury: Insiders perspectives. *Brain Injury*, 25(9), s. 832-843
- Schoeb, V & Bürge, E., 2012. Perceptions of Patients and Physiotherapists on Patient Participation: A Narrative Synthesis of Qualitative Studies, *Physiotherapy Research International*, 17(2), s. 80–91
- Sjövold, E., 2008. *Teamet – Utveckling, effektivitet och förändring i grupper*, Stockholm: Liber
- Skärvad, P-H. & Rudenstam, C., 2009. *Bilda och leda team*, Stockholm: Liber
- Struwe, J.H., Baernholdt, M., Noerholm, V. & Lind, J., 2013. How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practice, *Journal of nursing management*, 21(1), s. 141-151
- Sundin, K., Jansson, L. & Norberg, A., 2000. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words, *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), s. 481-488

Sundin, K., Jansson, L & Norberg, A., 2002. Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, 9(2), s. 93-103

Sundin, K. & Jansson, L., 2003. Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), s. 107-116

Tistad, M., Tham, K, Von Koch, L. & Yetterberg, C., 2012. Unfulfilled rehabilitation needs and dissatisfaction with care 12 months after a stroke: an explorative observational study, *BMC Neurology*, 40 12(1), s. 40-46

Thylefors, I., 2013. *Babels torn - Om tvärprofessionellt teamsamarbete*, Stockholm: Natur & Kultur

Thylefors, I., 2011. All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams, *Scandinavian Journal of Caring science*, 3(26), s. 505-512

Travelbee, J., 2014. *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Trost, J., 2010. *Kvalitativa intervjuer*, Lund: Studentlitteratur

Wheelan, S.A., 2013. *Att skapa effektiva team*. Lund: Studentlitteratur

Wibeck, W., 2010. *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. www.finlex.fi

[hämtat:12.01.2015]

Figurförteckning

Figurförteckning 1 Översikt över kategorier 18

Tabellförteckning

Tabellförteckning 1 Sökning i EBSCO, CINAHL, Academic Search Elite1

Tabellförteckning 2 Sökning i GUPEA, Göteborgs Universitet.....	2
Tabellförteckning 3 Sökning i databasen Medic	2
Tabellförteckning 4 Sammanfattning av artiklar	3
Tabellförteckning 5 Sammanfattning av innehållsanalysen.....	8

Bilagor

Bilaga 1.

Följande tabeller redogör för litteratursökningens resultat

Tabell 1. Sökning i EBSCO, CINAHL, Academic Search Elite

Databas	Sökord	Träffar	Urval
Academic search elite	Interprofessional communications		
AND	Nursing	276	1
Academic search elite	Interprofessional communications		
AND	Nursing		
AND	Rehabilitation	76	1
Academic search elite	Interprofessional Collaboration		
AND	Communication		
AND	Rehabilitation	631	2
Academic search elite	Interprofessional communication		
AND	Rehabilitation		
AND	Stroke	108	1
Academic search elite	Interprofessional teamwork		
AND	Communication		
AND	Medical rehabilitation	141	1
Academic search elite	Interprofessional teamwork		
AND	Communications	339	1
Academic search elite	Participation		

AND	Stroke		
AND	Rehabilitation	5783	7
Academic search elite	Participation and rehabilitation		
AND	Stroke		
AND	Communication	3144	1
Academic search elite	Patient participation		
AND	Stroke rehabilitation		
AND	Communication	331	1
Academic search elite	Patient participation		
AND	Stroke rehabilitation	465	1
Academic search elite	Stroke patients		
AND	Patient participation	513	4

Tabell 2. Sökning i GUPEA, Göteborgs universitets databas

Databas	Sökord	Träffar	Urval
GUPEA	Interprofessional Collaboration		
AND	Communication		
AND	Rehabilitation	2396	3

Tabell 3. Sökning i databasen Medic

Databas	Sökord	Träffar	Urval
MEDIC	Osallistuminen		
AND	Kuntoutus		

AND	Aivohalvaus	2	1
Academic search elite	Patient participation		
AND	Stroke rehabilitation	465	1
Academic search elite	Stroke patients		
AND	Patient participation	513	4

Tabell 4. Sammanfattning av artiklar som ligger till grund för utvecklingsarbetet

Artikel / Författare	Land År	Syfte	Deltagare	Resultat	Artikel värde
Rehabilitation after spinal cord injury and the influence of the professional's support (or lack thereof) Angel, S., Kirkevold, M. & Pedersen, B.D.	Danmark, 2011	Att undersöka hur ryggmärgsskadade patienter upplever rehabiliteringen samt hur vårdpersonalen kan påverka denna process och göra patienten mera delaktig.	I studien deltog 12 nyligen skadade patienter som tidigare levde ett aktivt normalt liv. Patienterna observerades 7-12 gånger och intervjuades 6-7 gånger under en två års period	Resultat från studien betonar vikten av patientens egen delaktighet i vården samt att patienten tillsammans med vårdpersonalen arbetar mot gemensamt uppsatta mål. Det är viktigt att patienten känner att rehabiliteringen har ett värde och är meningsfull samt att vårdpersonalen ger stöd för att patienten ska kunna utvecklas i rehabiliteringen.	Medel
Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words Sundin, K., Jansson, L., Norberg, A.	Sverige, 2000	Att undersöka och klarlägga innebörden av kommunikation med personer/patienter med stroke och afasi	I studien deltog 10 vårdgivare som arbetade på en vårdavdelning där det fanns patienter med afasi	Resultat från studien som ökar delaktigheten hos patienterna är att vårdpersonalen har en öppen och rak kommunikation med patienterna	Hög

<p>Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia</p> <p>Blom Johansson., Carlsson, M. & Sonnander, K.</p>	Sverige, 2012	Att undersöka hur personer med afasi hanterar kommunikationssvårigheter samt hur de uppfattar sina egna och ”kommunikations partners” användning av olika kommunikationsstrategier	I studien deltog 4 kvinnor och 7 män (n =11). Deltagarna intervjuades och dessa intervjuer spelades in på video och analyserades ordagrant	Resultat från studien som kan bidra till att öka delaktigheten bland personer med afasi är främst kunskapen om olika kommunikationsbeteenden som finns hos patienterna, att det ges möjlighet till att träna kommunikation i verkliga situationer samt att varje individs särskilda behov och önskemål tas i beaktande. Att göra patienten mera delaktig i vården innebär således att vårdpersonalen behöver anpassa sig efter patienternas olika behov	Medel
<p>Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams</p> <p>Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., & Andreoli, A.</p>	Kanada, 2010	Att undersöka hur SBAR kommunikations verktyg fungerar i praktiken	Fokusgruppsintervjuer med patienter, anhöriga och sjukhus personal	Studien visade bl.a att verktyget gav en verbal struktur till de olika yrkesgrupperna på rehabiliteringsavdelningar där det fanns många olika yrkesgrupper.	Låg
<p>Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke?</p> <p>Engman, M. & Lundgren, S.M.</p>	Sverige, 2009	Att undersöka stroke patienters upplevelser och förväntningar inför egen rehabilitering	I studien samlades data in från 11 st patienter som var ineliggande på strokeavdelning	Resultaten från studien visade att patienterna upplevde kontakten med vårdpersonalen som viktig. Övrigt som patienterna upplevde viktiga och som ökade delaktigheten i den egna vården var att få information om sin sjukdom samt förutsättningar inför framtiden.	Medel
<p>Aivohalvaukseen sairastuneiden ihmisten kuntoutuskokemuksset kertomuksina</p> <p>Reunanen, M., Talvitie, U., Pyöriä, O., Järvikoski, A.</p>	Finland, 2012	Att undersöka upplevelserna av vården hos stroke patienter i samband med rehabilitering	Av 30 st utvalda patienter deltog 29 st i fokusgruppsdiskussioner som sedan analyserades	Resultaten från studien visar att det är vanligt att patienterna upplevde att allt händer och sker på vårdpersonalens villkor. För att göra patienten mera delaktig borde vårdpersonalen vara flexibel och anpassa sig efter patienternas behov. Vårdpersonalens roll i detta fall blir mera som en coach som sporrar patienten i rätt riktning.	Hög
<p>The ups and downs of social participation: experiences of wheelchair users in Norway</p> <p>Hjelle, K-M & Vik, K.,</p>	Norge, 2011	Att undersöka personer med funktionshinders upplevelser och erfarenheter av delaktighet	I studien deltog 6 personer i fokusgruppsdiskussioner	Resultaten från studien visade att delaktighet innebar känslan av att vara självständig och att själv kunna fatta beslut som inverkar på det egna livet samt att man inte hade en känsla av utanförskap trots att man hade ett funktionshinder	Medel

<p>Understanding and being understood as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia</p> <p>Sundin, K., Jansson, L & Norberg, A.</p>	Sverige, 2003	Att undersöka kommunikationen mellan vårdgivare och patienter med stroke och afasi	I studien deltog 3 patienter med afasi och stroke samt 5 vårdgivare som arbetade på en rehabiliteringsenhet för stroke	Resultaten från studien visar att den verbala och icke verbala kommunikationen är av stor betydelse hos patienter med afasi.	Hög
<p>Patients perceptions of barriers for participation in nursing care</p> <p>Larsson I-E, Sahlsten, M J-M, Segesten, K. & Plos, K.A.E</p>	Sverige, 2011	Att undersöka vilka faktorer samt vad som hämmar patientens delaktighet i samband med omvårdnads-situationer	I studien deltog 26 personer i fokusgruppsdiskussioner	Resultatet från studien visade att de största hindren för att öka delaktigheten hos patienten berodde på de problem som patienten hade med att bemöta egen oförmågan, brist på empati och förståelse från personalen, strukturella hinder inom verksamheten samt att vårdpersonalen haft en alltför auktoritär roll	Medel
<p>A comparison between written and spoken narratives in aphasia</p> <p>Berhns, I., Wengelin, Å., Broberg, M., Hartelius, L.</p>	Sverige, 2009	Att undersöka hur personliga berättelser berättad av en grupp stroke patienter med afasi skiljde sig mellan skrivet och talat språk. Dessa jämfördes sedan med en kontrollgrupp	I studien deltog 8 patienter samt 10 personer i kontrollgruppen	Resultaten från studien betonar bl.a att det finns behov av skrivträning i rehabiliteringen efter stroke för att öka möjligheten för de patienter som drabbats av afasi att delta i kommunikationen och på detta sätt öka delaktigheten i den egna vården.	Hög
<p>Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry.</p> <p>Sundin, K., Jansson, L & Norberg, A</p>	Sverige, 2002	Att undersöka förståelse mellan vårdgivare och patienter med afasi och stroke.	I studien deltog 3 patienter med afasi samt 5 vårdgivare som arbetade vid en rehabiliteringsenhet för strokevård	Resultaten i studien visade att det ofta finns en påtvingad och onaturlig känsla när vårdpersonalen inte känner patienten. För att främja förståelsen och därmed öka delaktigheten uppmuntras kommunikationsstrategier samt en avslappnad miljö.	Hög
<p>Effective interprofessional teams: Contact is not enough to build a team</p> <p>Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G.</p>	Kanada, 2008	Att undersöka och skapa förståelse för de egenskaper som krävs för att skapa ett lyckat mångprofessionellt arbete	I studien deltog 61 medlemmar från vårdpersonalen i 9 olika fokusgruppsdiskussioner	Resultaten från studien visade på fem gynnsamma faktorer. Dessa var att förstå och respektera gruppmedlemmarnas roller, förstå att grupparbete kräver arbete, förstå hur hälso- och sjukvården fungerar generellt, praktisk kunskap i fördelningen av och kring ansvaret runt patientens omvårdnad samt att förbättrad kommunikation ökar förståelsen och samarbetet mellan	Låg

				gruppmedlemmarna	
<p>Participation of people with acquired brain injury: Insiders perspectives</p> <p>Schipper, K., Visser-Meily J.M.A., Hendrikx, A. & Abma, T.A.</p>	Nederländerna, 2011	Att undersöka patientens upplevelse av delaktighet i vården efter en hjärnskada	I studien deltog personer med hjärnskada, forskare samt anhöriga. Dessa personer deltog i fokusgruppsdiskussioner och intervjuer	Resultaten från studien visade att det inte var så viktigt med hur mycket patienten var delaktig i den egna vården. Det viktiga var själva kvaliteten på delaktighet. Att uppnå meningsfullhet var även viktigt och på detta sätt kunde självkänslan stärkas.	Medel
<p>Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia.</p> <p>Sundin, K. & Jansson, L., 2003.</p>	Sverige, 2003	Att undersöka betydelsen av att förstå och bli förstådd i vården av stroke patienter med afasi	I studien deltog 3 patienter och 11 vårdare	Resultaten från studien visar att kommunikationen mellan patienten och vårdaren inverkar på hur patienten upplever vården. En god kommunikation ökar förståelse och delaktighet medan en icke fungerande kommunikation ger en negativ upplevelse av vården.	Medel
<p>Unfulfilled rehabilitation needs and dissatisfaction with care 12 months after a stroke: an explorative observational study</p> <p>Tistad, M., Tham, K, Von Koch, L. & Yetterberg, C.</p>	Sverige, 2012	Att undersöka personer som drabbats av en stroke samt dessa personers upplevelser av att rehabiliteringsbehoven förblir ouppfyllda i samband rehabiliteringen	I undersökningen deltog 175 personer	Resultaten från studien betonar vikten av flexibilitet angående tidpunkt för när rehabiliteringen skall ges. Andra viktiga faktorer är förmågan av att förstå de erfarenheter och behov som finns hos patienterna samt förståelse för hur sociala nätverken ser ut. Att öka delaktigheten har viktig betydelse för att bättre kunna möta de olika behoven som patienterna har.	Medel
<p>All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish inter-professional teams</p> <p>Thylefors, I.</p>	Sverige, 2011	Att undersöka status, dominans och effektivitet i samband med mångprofessionellt arbete i Sverige	I studien deltog 423 personer som jobbade inom hälso- och sjukvården. Dessa personer fick fylla i ett frågeformulär med olika frågor som sedan analyserades	Resultaten från studien visade att de som arbetar med mångprofessionellt arbete behöver kommunicera med varandra även utanför schemalagda möten ifall man vill uppnå bästa möjliga patientvård, att enbart träffas på möten är inte tillräckligt. Resultaten visade även att de som jobbar med mångprofessionellt arbete bör ha klara strukturer och direktiv för att kunna diskutera och förhandla fram beslut som är effektiva och	Medel

				som gynnar patientens delaktighet	
<p>How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practice</p> <p>Struwe, J.H., Baernholdt, M., Noerholm, V. & Lind, J.</p>	Danmark, 2013	Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om hur vården av stroke patienter ska organiseras för att patienterna ska återfå bästa möjliga funktionsförmåga och delaktighet	I studien utförde man fokusgrupps intervjuer på 4 olika strokeenheter där 24 stycken sköterskor som i medeltal arbetat över 5 år deltog	Resultaten från studien visar 5 olika teman som direkt eller indirekt är av betydelse med tanke på hur verksamheten ska organiseras för att patienten ska hamna i fokus och öka delaktigheten: 1) att vårda personalkompetenser 2) fokus på kontinuitet i vården 3) samarbetet inom enheten 4) personalens egna engagemang i vården av patienterna 5) Utvärdering av vården	Medel
<p>Perceptions of Patients and Physiotherapists on Patient Participation: A Narrative Synthesis of Qualitative Studies</p> <p>Schoeb, V & Bürge, E</p>	2012	Att undersöka patientens och fysioterapeutens uppfattningar om delaktighet i samband med olika behandlingar	I studien använde man sig av 160 st olika studier där man slutligen valde ut 11 st studier som passade in på de kriterier som stämde överens med studiens syfte	Resultaten från studien visade att både patienter och sjukgymnaster värderade delaktighet som något värdefullt. Patienternas delaktighet iden egna vården syntes främst genom att patienterna kunde påverka de mål som sattes upp samt av att ta del av de beslut som inverkad på den egna rehabiliteringen. Det som inverkade mest negativt på delaktigheten var den kraftmätning som förekom mellan patienten och personalens olika viljor, oklara direktiv, att behandlarna inte hade tillräcklig kunskap om patienten samt dålig motivation från patientens sida	Medel
<p>Social participation through the eyes of aphasia</p> <p>Dalemans, RJP., de Witte, L., Wade, D. & van der Heuvel, W.</p>	2010	Syftet med studien var att undersöka hur människor med afasi upplever sitt sociala deltagande samt att få information om de olika faktorer som påverkar känslan av deltagande.	I studien använde man sig både av människor med afasi samt närstående, totalt 25 personer. I studien förde dessa informanter dagbok och deltog i intervjuer, både individuellt och i fokusgrupper.	Resultaten från studien visade att det sociala deltagandet förändrades efter att patienten drabbades av afasi. Känslan av ensamhet var vanligt då patienterna ville vara delaktiga. Faktorer som påverkade själva delaktigheten var av personlig karaktär samt sociala och miljömässiga. Viktigt var också att patienterna upplevde aktiviteterna som meningsfulla.	Medel

Bilaga 2

Tabell 5. Sammanfattning av innehållsanalysen

Meningsbärande	Kodenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
” Results point to the need to include writing training in language rehabilitation in order to increase the ability for persons with aphasia to participate in communicative situations in everyday life.” (Behrns et al, 2009)	"Resultaten i studien pekar på behovet av att inkludera skrivträning i rehabiliteringsprocessen för att öka möjligheten för personer med afasi att delta i kommunikativa situationer i det vardagliga livet. "	Det är viktigt att inkludera skrivträning i patientens rehabiliteringsprocessen för att öka delaktigheten kring den egna vården hos de patienter som har afasi	Individuella mål och förutsättningar	Patientens behov
”To enhance participation of persons with aphasia, it is suggested that communication partner training should be an important and integral part of aphasia rehabilitation. Important elements of such training are reflecting on communication behaviours, training in real-life situations, and acknowledging each individual’s special needs and preferences. To deal with the	Ett förslag för att öka delaktigheten hos personer med afasi är att träning med logoped bör vara en viktig och integrerad del av afasi rehabilitering. Viktiga inslag i en sådan utbildning innebär att reflektera över kommunikationsbetenden, utbildning i verkliga situationer och att bekräfta varje individs speciella behov och önskemål. För att hantera konsekvenserna av afasi, kan rådgivning och psykologiskt stöd behövas	Träning med logoped är viktigt för att öka delaktigheten kring den egna vården hos personer med afasi. Rådgivning och psykologiskt stöd kan även behövas.	Individuella mål och förutsättningar	Patientens behov

<p>consequences of aphasia, counselling and psychological support may be needed.” (Blom-Johansson et al, 2012)</p>				
<p>”The barriers for patient participation were identified as four categories: Facing own inability, meeting lack of empathy, meeting a paternalistic attitude and sensing structural barriers... The findings point to remaining structures and nurse attitudes that are of disadvantage for patients’ participation.” (Larsson et al, 2011)</p>	<p>Hinder för patient delaktighet identifierades i fyra olika kategorier: Att bemöta den egna oförmågan, brist på empati, en patriarkalisk inställning samt strukturella hinder i verksamheten ... Resultaten i studien tyder på förlegade strukturer inom verksamheterna och personal attityder som inverkar negativt på patienternas delaktighet kring den egna vården</p>	<p>Att bemöta den egna oförmågan, brist på empati samt strukturella hinder och patriarkalisk inställning är hinder för patientens delaktighet kring den egna vården. Förlegade strukturer och personalens attityder inverkar även negativt på patienternas delaktighet kring den egna vården.</p>	<p>Flexibla omvårdnadsmetoder</p>	<p>Anpassning av omvårdnadsinsatser</p>
<p>“The main finding from the interpretation is that the care provider is tuning in to what the patient is feeling, and those feelings are guiding her when ‘understanding and being understood’ is achieved.” (Sundin et al,</p>	<p>Det mest centrala resultatet i studien är att vårdpersonalen känner efter hur patienten mår och att dessa känslor sedan är vägledande när ”förståelse” och ” att bli förstådd” uppnås</p>	<p>Vårdpersonalen bör känna efter hur patienten mår för att förstå vilka behov patienten har.</p>	<p>Ett öppet och rymligt förhållningssätt till patienten</p>	<p>Anpassning av omvårdnadsinsatser</p>

<p>2002)</p> <p>”In order to attend to rehabilitation needs when they arise, rehabilitation services may need to be more flexible in terms of when rehabilitation is provided” (Tistad et al, 2012)</p>	<p>För att kunna ta hand om de olika behoven av rehabilitering behöver rehabiliteringsinsatserna anpassas bättre så att rehabiliteringen sker vid rätt tidpunkt</p>	<p>Rehabiliteringsinsatserna behöver anpassas så att rehabiliteringen sker vid rätt tidpunkt.</p>	<p>Anpassning av vårdtid</p>	<p>Anpassning av omvårdningsinsatser</p>
<p>“Tulokset korostavat yksilöllisen ja asiakaslähtöisen kuntoutusotteen merkitystä, ja haastavat ammattilaiset monipuolistamaan käytössä olevia keinoja ja kehittämään kuntoutuspalvelujen rakenteita.” (Reunanen et al, 2012)</p>	<p>Resultaten i studien betonar betydelsen av individuell och patientcentrerad vård vilket innebär en utmaning för personalen när det handlar om att anpassa de befintliga metoderna och utveckla rehabiliteringstjänsternas strukturer efter patienternas behov</p>	<p>De befintliga metoderna inom en verksamhet måste anpassas och utvecklas utgående från de behov som finns hos patienterna.</p>	<p>Förmåga att anpassa sig efter behov</p>	<p>Anpassning av omvårdningsinsatser</p>
<p>“At the morning meetings with physiotherapists and occupational therapists, it is the small goals, such as daily activity goals, that are discussed. We do not need a team conference for that. It can be about how to increase a patient’s ability to walk a short distance with a walker. Then we plan how we can</p>	<p>Vid morgonmöten med sjukgymnaster och arbetsterapeuter, så är det mindre mål, som t.ex. mål i det aktiva dagliga livet som diskuteras. Vi behöver inte diskutera detta på en teamkonferens. Det kan t.ex. handla om på vilket sätt man kan öka patientens förmåga att gå en kort sträcka med en rullator. Sedan planerar vi hur man kan stödja patienten så att han kan klara av att gå längre sträckor</p>	<p>Vid morgonmöten diskuterar vi mindre målsättningar som handlar om aktiviteter i det dagliga livet. Detta behöver inte diskuteras vid en större teamkonferens.</p>	<p>Personalens eget ansvar och engagemang inför arbetsuppgiften</p>	<p>Ansvar och engagemang</p>

support him so he can walk longer” (Struwe et al, 2013)				
“Lack of respect for other health professions and stereotypical views can interfere with teamwork and collaboration... Effective teamwork actually takes work, a fact not explicitly recognized in health care.” (Sargeant et al, 2008)	Brist på respekt för övriga professioner och stereotypa inställningar kan störa mångprofessionellt samarbete ... Effektivt teamarbete kräver hårt arbete, vilket inte alltid uttryckligen medges inom hälsovården.	Brist på respekt för övriga professioner och stereotypa inställningar har negativ inverkan på mångprofessionellt arbete.	Ansvar och respekt för patienter och kollegors olika synpunkter	Ansvar och engagemang
”When the patient and professionals agreed on the way forward, the patient experienced the professionals as supportive. However, if the patient’s goals were not consistent with the professionals’ views, the patient felt that the professionals withdrew their support.” (Angel et al, 2011)	När patienten och personalen enats om hur man skulle gå vidare, upplevde patienten personalen som stödjande. Men om inte patientens mål överensstämde med de synpunkter som personalen hade, upplevde patienten att personalen drog tillbaka sitt stöd.	Endast när patienten och personalen hade samma målsättningar upplevdes personalen som stödjande.	Samverkan mellan vårdpersonal och patient	Tillförlitliga relationer
”Patients and physiotherapists perceived participation to be valuable yet challenging. Problems of	Både patienter och sjukgymnaster upplevde att delaktighet var värdefullt men samtidigt utmanande. Problem med det som	Delaktighet upplevdes som värdefullt hos både patient och vårdpersonal. Hinder för optimal delaktighet var dock	Samverkan mellan vårdpersonal och patient	Tillförlitliga relationer

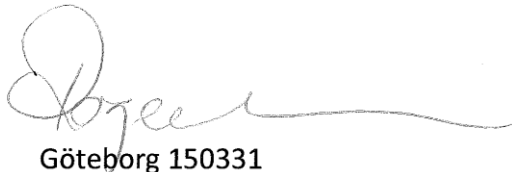
<p>conceptualization, power inequalities, lack of health professionals' skills and lack of the right attitude to share power and responsibility from both sides were some of the barriers that impeded optimal participation.” (Schoeb & Bürge, 2012)</p>	<p>man hade föreställt sig, att man befann sig på olika våglängder, brist på vårdpersonalens kompetens samt brist på rätt attityd och att fördela makt och ansvar från båda hållen var exempel som hindrade optimal delaktighet</p>	<p>problem med föreställningar, att man befann sig på olika våglängd, brist på kompetens och rätt attityd samt problem med makt och ansvars fördelning.</p>		
<p>“Care providers strive for reciprocity and the care is provided in cooperation with the patient. They desire the patient to be in charge, and only take command when the patient does not manage to do so. A relaxed and supportive atmosphere facilitates reciprocity between care provider and patient and thus facilitates understanding” (Sundin et al, 2003)</p>	<p>Vårdpersonalen strävar efter ömsesidighet och vården ges i samverkan med patienten. Patienten är ledande, och vårdpersonalen tar endast över kommandot när patienten inte lyckas göra det. En avslappnad och stödjande atmosfär underlättar ömsesidighet mellan vårdpersonal och patient och vilket därmed har en gynnsam inverkan på förståelsen</p>	<p>Vården sker i samverkan med patienten. Patienten är ledande och vårdpersonalen tar endast över kommandot när patienten inte lyckas göra det. Rätt atmosfär har en gynnsam inverkan på förståelsen.</p>	<p>Ett fungerande samarbete mellan patient och egenvårdare</p>	<p>Tillförlitliga relationer</p>
<p>”Findings also imply that participation means being autonomous and making decisions about one’s own life</p>	<p>Resultaten från studien antyder att delaktighet innebär att vara självständig och att fatta beslut om sitt eget liv samt att den subjektiva dimensionen av</p>	<p>Delaktighet innebär att uppleva självständighet samt att fatta beslut om sitt eget liv. Den subjektiva dimensionen av delaktighet bör även</p>	<p>Betydelsen av att ha en känsla av självständighet</p>	<p>Patientens behov</p>

and that the subjective dimension of participation must be considered” (Hjelle & Vik, 2011)	delaktighet måste tas i beaktande	tas i beaktande.		
”People with ABI contend that it is not the degree of participation that matters, but the quality of participation. They describe meaningful participation in terms of taking part, giving something and being someone.” (Schipper et al., 2010)	Personer med en hjärnskada hävdar att det inte är omfattningen av delaktighet som är viktig utan själva kvaliteten på delaktigheten. Meningsfull delaktighet beskrivs i termer som att delta och att ge något samt att ha ett värde	Det är inte omfattningen av delaktighet som är viktig utan kvaliteten är det viktigaste. Detta beskrivs i termer som att delta, ge något och att ha ett värde.	Individuella mål och förutsättningar	Patientens behov
“In the study social participation is defined as the performance of people in actual activities in social life domains through interaction with others in the context in which they live. However, people not only want to ‘perform’ they also want to find their performance meaningful” (Dalemans et al., 2010)	Delaktighet i social bemärkelse definieras av att kunna medverka i sociala sammanhang tillsammans med personer i den egna omgivningen. Det räcker dock inte enbart med att medverka, man vill även känna och uppleva att prestationen är meningsfull	Delaktighet i social bemärkelse definieras av att kunna medverka i sociala sammanhang tillsammans med personer i den egna omgivningen. Det är viktigt att känna att prestationen är meningsfull.	Individuella mål och förutsättningar	Patientens behov
“Care providers adjust to patients' unique	Vårdpersonalen anpassar sig till patienternas unika	Vårdpersonalen anpassar sig till patienternas	Ett flexibelt och öppet förhållningssätt	Anpassning av omvårdnads-

<p>personalities. They describe a relationship which grows more and more as care provider and patient get to learn to know each other. This relationship is without demands on the part of carers and they speak humbly about themselves and the patients. Care providers do not behave superciliously: instead they put themselves in the patients' place, and try to behave and act as they feel patients would wish them to.” (Sundin et al. 2000)</p>	<p>personligheter. De beskriver en relation som växer mer och mer vilket är ett resultat av att vårdpersonalen och patienten börjar känna varandra bättre. Denna relation har inga krav från vårdpersonalens sida och de talar ödmjukt om sig själva och patienten. Vårdpersonalen har inte ett föraktfullt beteende utan i stället sätter de sig in i patientens situation och försöker agera så som de själva tror att patienten skulle önska att de gjorde.</p>	<p>personligheter som är unika. Vårdpersonalen har inte ett föraktfullt beteende utan sätter sig in i patientens situation och agerar utgående från vad de själva tror att patienten skulle önska att de gjorde.</p>	<p>till patienten</p>	<p>insatser</p>
---	--	--	-----------------------	-----------------

Bilaga 3

Härmed godkännes att Sjuksköterska Simon Klemets får genomföra fokusgruppssamtal på Avdelning 623 Rehabmedicin Högsbo Sjukhus.
Patienterna måste ge sitt godkännande inför samtal.



Göteborg 150331

Abrahamsson Roger

Vårdenhetschef Avd 623/28

Bilaga 4.*Informationsbrev till patienter*

Hej!

Jag heter Simon Klemets och jag läser utbildningsprogrammet för utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård. För tillfället befinner jag mig i slutskedet av utbildning och skriver på mitt utvecklingsarbete. Detta utvecklingsarbete handlar om att utveckla kommunikationen vid mångprofessionellt arbete så att delaktigheten bland de patienter som drabbats av stroke eller ryggmärgsskador ökar. Jag har valt att genomföra denna studie eftersom jag intresserar mig för patientens upplevelser av vården och målet är att skapa en kommunikationsmodell som bidrar till att utveckla patienternas delaktighet kring den egna vården.

Jag skulle vilja att du deltog i min undersökning som sker via fokusgruppsintervjuer. Det går till så att 4 patienter från avdelningen tillsammans sitter och diskuterar och jag fungerar som samtalsledare och leder samtalet. Detta samtal kommer att spelas in på bandspelare och tar ungefär 30 minuter. Jag kommer endast att behöva träffa fokusgruppen vid ett tillfälle. Eftersom alla deltagare i gruppen kommer att veta vem som sagt vad kan jag inte garantera fullständig anonymitet, men i utvecklingsarbetet behandlas alla svaren konfidentiellt och alla namn ersätts med pseudonymer.

Inga förberedelser behövs innan genomförandet av fokusgrupperna, då tanken är att samtalet ska vara spontant. Deltagandet är helt frivilligt och ifall du under samtalets gång upplever att något inte känns bra, har du all rätt att dra dig ur samtalet. Dina synpunkter är värdefulla för mig och jag uppskattar att du tar dig tid att hjälpa mig med mitt utvecklingsarbete.

Med förhoppning om intresse!

Simon

Bilaga 5.

Kommunikationsmodell för mångprofessionellt arbete

"Patienten i fokus"

