

**Kristin Nyman**, leg sjuksköterska *kristin.nyman@vll.se*

**Eva Lundström**, arbetsterapeut

**Kristina Lämås**, undersköterska

**Gunilla Nyström**, sjukgymnast

**Jan Malm**, docent, överläkare; samtliga vid strokecenter, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

## Delmål – ett arbetssätt i strokevården

**II** Stroke-enheten är grunden i modern strokevård. Arbetet i ett stroke-team ska vara problemorienterat och bedrivs utifrån patientens förutsättningar och de olika personalgruppernas specifika kunskaper. Arbetet karaktäriseras förutom av ett interdisciplinärt förhållningssätt också av tidigt påbörjad mobilisering och rehabilitering i samråd med patienten [2].

En målinriktad rehabilitering ska utgå från en beskrivning av patientens fysiska funktioner, förmågor och omvårdnadsbehov (t ex nutrition, gångförmåga) [3, 4]. Därefter formuleras mål (t ex »klara sig självständigt«) och delmål (t ex »gå själv tio meter med rollator om tre dagar«) som styr rehabiliteringsprocessen och som regelbundet utvärderas och vid behov revideras [2]. Ofta saknas enhetliga linjer för hur denna målinriktade rehabilitering ska implementeras i det dagliga arbetet. Det innebär bland annat att det inom teamet finns en risk att olika uppfattningar uppstår om vad mål/delmål är och består i och att arbetet sålunda blir diffust och svårförståeligt för såväl patient som personal. En viktig del i rehabiliteringsarbetet blir därför att mellan patient och personal ha tydliga diskussioner om vilka mål och delmål som är relevanta för tillfället [6].

Denna studie avsåg att spegla en som vi tror viktig del i rehabiliteringsprocessen: att se hur arbetet med delmål och mål kan utvecklas i ett interdisciplinärt stroke-team och hur teamets förmåga att formulera och utvärdera dessa kan förbättras. Vidare ville vi finna en metod som mäter enhetens förmåga att formulera delmål för att på så sätt kunna kvalitetsregistrera arbetet över tiden.

### II Metod

Studien utfördes vid strokecenter i Umeå. Detta är en enhet med akutintag och korttidsrehabilitering, med en medelvårdtid på ungefär sju dygn. Enheten består av två vårdlag och tar varje år emot ca 800 strokepatienter. Planering av vårdinsatser sker två gånger i veckan vid vårdkonferenser. Samtliga personalgrupper deltar vid vårdkonferensen, och efter diskussion upprättas en vårdplan.

Studien genomfördes inom ramen för Landstingsförbundets »genombrottsprojekt«, Q-reg 2000 ([www.lf.se/genombrott/](http://www.lf.se/genombrott/)). »Genombrottsprojekt« syftar till att finna metoder för systematiskt förbättringsarbete enligt en metodik som tidigare beskrivits i Läkartidningen [1]. I en första fas enas man om en problemställning och försöker hitta variabler som speglar problemställningen. En variabel ska vara möjlig att mäta över tiden, och variabeln registreras med jämna mellanrum, t ex varannan vecka. De första mätningarna utgör en baslinje, och efter hand utförs interventioner i syfte att förbättra vårdprocessen. Samma variabel registreras uppre-

### Sammanfattat



Rehabiliteringsarbete ska bedrivs utifrån mål och delmål.

Enhetliga riktlinjer för hur målinriktad rehabilitering ska implementeras på en stroke-enhet i det dagliga arbetet saknas.

Delmål ska vara 1. realistiska; 2. tidsbestämda; 3. mät- och utvärderingsbara; 4. förankrade hos patient och anhöriga. Omvårdnadspersonal ska känna till de uppsatta delmålen.

I denna studie ges en modell för hur personalens förmåga att bestämma och utvärdera delmål kan förbättras.

pade gånger över en längre tidsperiod för att säkerställa att interventionen haft avsedd effekt.

I denna studie registrerades två variabler under en åttamånadersperiod under 2001:

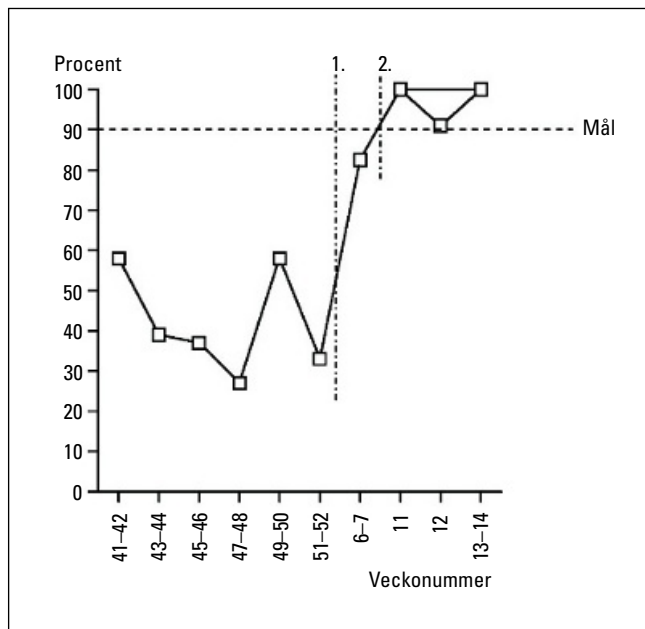
- Andelen mät- och utvärderingsbara och tidsbestämda delmål som dokumenterats skriftligt i vårdplan
- Personalens kännedom om uppsatta delmål hos utvalda patienter på en slumpvis utvald veckodag per månad.

Andelen mät- och utvärderingsbara delmål registrerades vid varje vårdkonferens av en av projektgruppens medlemmar. Därefter granskades hur många procent av delmålen som på ett bestämt datum uppfyllde följande kriterier:

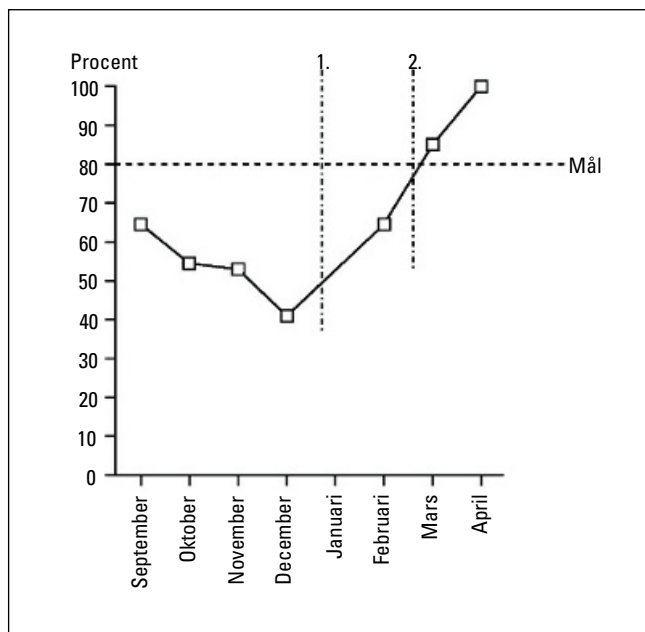
- Realistiskt (utifrån kunskap om patientens förmåga)
- Tidsbestämt (t ex »utvärderas om fem dagar« men inte »så fort som möjligt«)
- Mät- och utvärderingsbart (t ex »klara att själv sätta på sig tröjan« men inte »träna att ta på tröjan«).

För att effektivisera vårdkonferenserna förutsattes att stroke-teamets personal var förberedd och kände till sina patienters delmål, vilka hade bestämts vid vårdkonferens, tre till fyra dagar före mättillfället. Till varje vårdlags stroke-team räknar vi undersköterskor, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, över- och underläkare.

Personalens kännedom om uppsatta delmål mättes en



**Figur 1.** Andel adekvat formulerade delmål och förändring över studietiden. 1. Intervention i form av skrivet dokument om delmål som delats ut till personalgruppen. 2. Genomförande av temadag.



**Figur 2.** Personalens kännedom om uppsatta delmål. 1. Intervention i form av skrivet dokument om delmål som delats ut till personalgruppen. 2. Genomförande av temadag.

gång i månaden genom att en patient från varje vårdlag valdes, en slumpvis dag, en gång i månaden. Patientansvarig personal (14 personer) besvarade en enkät, omedelbart före vårdkonferensen, utifrån kännedom om patientens två till tre aktuella delmål. Enkäten upprepades samma dag med eftermiddagspersonalen (6 personer). Resultaten av mätningarna, på totalt 20 personer, räknades som ett mättillfälle och sammanställdes.

Under projekttiden fördes diskussioner på arbetsplatsträffar om vad delmål är och hur de ska användas i strokevården. Projektgruppen utarbetade ett skriftligt dokument om vad

## II Fakta 1

Dagordning för vårdkonferens utifrån WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa [5]. Sjuksköterskan fungerar som konferensledare. All personal förväntas delta aktivt utifrån sin kunskap och yrkesroll.

### Nyinsjuknad patient

#### I. Sjukhistoria

- Omgivningsfaktorer (environmental factors). Hur ser omgivningen ut? T ex fysiskt, socialt och attitydmässigt.

- Personfaktorer (personal factors). T ex personliga egenskaper, roller, religion.

#### II. Aktuellt

- Funktionsnedsättning och strukturavvikelse (body function and structure). T ex neurologiska bortfallsymtom och fynd vid datortomografi hjärna.

- Begränsning i aktivitet (activities). Inskränkningar som bortfallsymtomen medför i dagliga livet, t ex ADL, oförmåga att gå, fritid och arbete.

- Delaktighetsinskränkning (participation). Problem som patienten kan uppleva i engagemanget i livssituationer, t ex föreningsliv och matinköp.

#### III. Prediktion av prognos (utifrån ovanstående)

#### IV. Delmål

Delmål ska vara 1. realistiska; 2. tidsbestämda; 3. mät/utvärderingsbara; 4. förankrade hos patient/anhöriga.

- Enas om fortsatt vårdnivå. T ex via hem, geriatrik, neurorehab eller till sjukhem.

- Enas om delmål. T ex sitta på sängkant med en person en gång/dag i 20 min; stå med ett levande stöd och rullator inom 1 v; klara personlig hygien och påklädning själv inom 2 v; kunna äta lunch själv inom 3 dagar.

#### V. Sammanfattning

Sjuksköterskan sammanfattar delmålen och dokumenterar i patientens vårdplan. Teamet beslutar vem som återför delmålen till patient/anhörig och dokumenterar/daterar.

### Uppföljningspatient

#### I. Kort sjukhistoria

- Utvärdera. Har vi uppnått delmålen? T ex klarar att sitta på sängkant med en person en gång/dag i 20 minuter; klarar inte personlig hygien och påklädning själv; klarar matintag med stöd.

- Enas om delmål. Fortsatt oförändrade eller nya delmål? T ex klara personlig hygien och påklädning själv inom 1 vecka, ska klara äta självständigt inom 5 dagar, ska uppnå 1 500 kcal/dag.

#### II. Utskrivningsplanering

#### III. Sammanfattning

Sjuksköterskan sammanfattar delmålen och dokumenterar i patientens vårdplan. Teamet beslutar vem som återför delmålen till patient/anhörig och dokumenterar/daterar.

mål, delmål och plan är och hur dessa ska användas i det dagliga arbetet på stroke-enheten (Fakta 1).

I februari genomfördes två halva temadagar, där all personal fick möjlighet att delta vid ett tillfälle. Med fyra fingrade patientfall genomfördes en vårdkonferens som videofilmerades. Videofilmen användes som diskussionsunderlag, och under en fyraveckorsperiod informerade projektledningen

gruppens medlemmar när icke mät- eller utvärderingsbara mål diskuterades på vårdkonferenserna. Under denna tidsperiod gjordes inga mätningar.

## II Resultat

Andel mål som var formulerade på ett korrekt sätt framgår av Figur 1. Baslinjen (vecka 41–52), dvs före intervention, visar att 30–60 procent av delmålen formulerats korrekt. Efter intervention var motsvarande siffror 80–100 procent.

Personalens kännedom om uppsatta delmål framgår av Figur 2.

Vid första mättillfället kände ca 65 procent av personalen till vilka delmål den utvalda patienten hade. Denna patient hade legat länge på kliniken och var välkänd av personalen. Vid de följande mätningarna sågs en sänkning av personalens kännedom om delmålen, t ex visade decembermätningen att 45 procent av personalen hade kännedom om delmålen. Efter årsskiftet gjordes två interventioner. I januari delades det skriftliga dokumentet ut, och i februari genomfördes temadagar. Vid mätningar i mars och april kände mer än 80 procent av personalen till uppsatta delmål hos aktuell patient.

## II Diskussion

I modernt rehabiliteringsarbete betonas vikten av att bedriva rehabiliteringsarbetet utifrån mål och delmål. Emellertid saknas arbetsinstrument för hur dessa ska införlivas i det interdisciplinära vårdlaget [4]. I denna studie ger vi en modell för hur personalens förmåga att bestämma och utvärdera delmål kan förbättras. Dessutom blir delmålen mätbara och kan på så sätt användas för kvalitetsregistrering.

Vid studiens början blev det tydligt att de mål som sattes upp på vårdkonferenserna oftast var formulerade på ett sådant sätt att de var svåra att utvärdera. För att arbetet ska bli målinriktat är det viktigt att det finns ett tydligt mål med rehabiliteringen. Det räcker inte med att bestämma att patienten ska få träning, utan vi behöver tydliggöra på vilket sätt och vilken funktionsgrad vi tror att patienten kan nå. För att målet ska kunna kännas rimligt att uppnå bör det delas upp i delmål. Detta är anledningen till valet av variabeln »andelen mät- och utvärderingsbart och tidsbestämt mål«. Den andra variabeln var »personalens kännedom om de uppsatta målen«. För att kunna träna med patienten på ett målinriktat sätt är det viktigt att personalen har stor kunskap om de uppsatta delmålen. Det är föga meningsfullt att ha mål uppsatta i vårdplanen om ingen känner till dem och använder sig av dem i vårdarbetet. Framtida studier bör inriktas på att mäta hur rehabiliteringstiden för patienterna påverkas genom att ändra arbetssätt.

För att skapa ett klimat där vårdkonferenserna är centrerade kring delmål är det viktigt att alla vet vilken uppgift de har och vilken information de ska tillföra konferensen (Fakta 1). Vi har lagt märke till vikten av att samtliga yrkeskategorier medverkar på konferenserna för att kunna sätta realistiska delmål. Detta har inneburit att yrkesgrupper som tidigare varit »anonyma« nu har fått en tydligare roll. Efter projektiden uppfattas vårdkonferenserna som mer teambaserade, där samarbetet och förståelsen för varandra har ökat. Patient/anhörig ska vara delaktig i delmålsformuleringen. Hos strokepatienterna kan detta vara ett problem då sjukdomsgruppen kännetecknas av ett akut insjuknande med åtföljande krisreaktion och störningar av högre cerebrala funktioner. Mobiliseringen ska påbörjas omedelbart, och ibland måste därför arbetet ske utan att patienten är delaktig i delmålsformuleringarna.

Att förändra tankesättet i en personalgrupp är en process som tar tid. Att öva det nya tankesättet praktiskt och ge tid

åt reflexioner krävs för att få önskat resultat/förändring. Dessutom byts ständigt personal på en vårdavdelning, och det är därför viktigt med utbildning som återkommer. Vid vår enhet finns en film om det beskrivna arbetssättet som ingår i introduktionsprogrammet för nyanställda på kliniken. Videofilmning av vårdkonferens med fingerade fall och efterföljande diskussion, som användes i denna studie, kan också rekommenderas och beställas via strokecenter, Umeå.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Stegmayr B, Asplund K, Danielsson BP, Hulter-Asberg K, Norrvig B, Peltonen M, et al. Vård på stroke-enhet räddar liv. Sverige först i världen med nationellt kvalitetsregister för slaganfall. *Lakartidningen* 1999;96(22):2719-24, 2726.
2. Wade DT, de Jong BA. Recent advances in rehabilitation. *BMJ* 2000; 320(7246):1385-8.
3. Adams HP Jr. The importance of the Helsingborg declaration on stroke management in Europe. *J Intern Med* 1996;240(4):169-71.
4. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
5. WHO. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
6. Om rehabiliteringsprocessen – innebörd och tillämpning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Stimulansbidrag för habilitering och rehabilitering 2000:04.



=artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

Modern stroke rehabilitation should be conducted on a step by step approach towards final achievable objectives. Guidelines about how to introduce this in daily work are however missing. The aim of the present study was to create and introduce a paradigm with intermediate and final objectives in a multidisciplinary stroke team. Method: Over a period of eight months the staff was trained to use team conferences to evaluate and formulate intermediate and final objectives. The staff's ability to formulate correct objectives and their knowledge about previously agreed targets were evaluated monthly through a questionnaire. Results: The number of objectives that were accurately formulated improved from 50% to 90% and the caring team's awareness of these improved from 45% to >80%. Conclusions: This model can be used to improve the multidisciplinary caring team's ability to formulate objectives and keep current objectives in mind in the daily work in a stroke unit.

**Kristin Nyman, Eva Lundström, Kristina Lämås, Gunilla Nyström, Jan Malm**

Correspondence: Kristin Nyman, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Norrlands Universitetssjukhus, SE-901 85 Umeå, Sweden [kristin.nyman@vll.se](mailto:kristin.nyman@vll.se)