

Organisation och teamarbete inom hjärnskadeslutenvården

Kartläggande studie av sju landsting i två regioner

Examensarbete i: Sjukgymnastik
Nivå: Grund
Högskolepoäng: 15 hp.
Program/utbildning: Sjukgymnastikprogrammet
Kurskod: SÖA002

Datum: 100218

Författare: Åsa Ehnberg

Handledare: Maria Sandborgh

Examinator: Åsa Ahlgren

SAMMANFATTNING

Bakgrund/Syfte: Slutenvårdsrehabiliteringen för patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada är olika organiserad. Det skiljer sig dels på vilket sätt man arbetar i team men även till vilken klinik patienter och personal är knuten. I denna studie undersöktes var rehabilitering sker för unga patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning och blivit behandlade med neurokirurgiska åtgärder. Dessutom beskriver studien i vilken teamform enhetschefer bedömer att man arbetar och om faktorer såsom personalens kliniktilhörighet och på vilken klinik patienterna rehabiliteras har betydelse för teamarbetsform

Metod/Material: Deskriptiv kartläggning av sju landsting i region Uppsala och Linköping. Enheter där hjärnskaderehabilitering bedrivs (21 enheter) inkluderades. Enhetschefer på dessa enheter besvarade skriftlig enkät med slutna frågor med flervalsalternativ och med möjlighet att kommentera varje fråga. 15/21 enhetschefer besvarade enkäten vilket gav en svarsfrekvens på 71 %.

Resultat: Patientgruppen rehabiliteras på avdelningar som beskrevs som strokeenheter med antingen medicin- eller rehabiliteringsmedicinsk kliniktilhörighet på när-, läns- och regional vårdnivå. I enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer, beskrevs att rehabiliteringsarbetet utfördes i multidisciplinära team, även inter- och transdisciplinär teamarbetsform fanns beskrivna. På strokeenheter arbetar man främst multi- och interdisciplinärt och på rehabiliteringsmedicinska kliniker är trans- och interdisciplinär arbetsform representerade. Enhetscheferna beskrev att organisatoriska aspekter såsom klinikform och personalens kliniktilhörighet har betydelse för vilken teamform man bedriver i sin verksamhet.

NYCKELORD

hjärnblödning, rehabilitering, slutenvård, stroke, svår hjärnskada, vårdteam

ABSTRACT

Background / Purpose: Inpatient care rehabilitation for patients suffering from severe to moderate brain injury is differently organized. Its differences in how teamwork is performed, in staff clinic-affiliation and at what clinic patient receives their rehabilitation. In this study there was examined were rehabilitation was conducted for young patients affected by severe to moderate brain injury due to cerebral haemorrhage and was treated with neurological surgery. In addition, the study describes, type of team-work that managers of rehabilitation centres/stroke units reported that they worked in and if organisational factor had any impact on the team-work that were performed at their clinic.

Method / Materials: Descriptive survey in the region of Uppsala and Linköping were included. Units where brain injury rehabilitation was conducted (N=21) were included. Unit managers at these units responded to a written questionnaire with closed questions with multiple choice options and the opportunity to comment on any issue. 15/21 heads filled in a questionnaire which yielded 71% response rate.

Results: The described patient group is rehabilitated in sections that are described as stroke units with either medicine or rehabilitation medicine clinic affiliation at local, county and regional care level. In accordance with the Social Welfare Board guidelines, described in the study that rehabilitation work was carried out in multidisciplinary teams, but also inter-and trans-disciplinary teams were described. On the stroke units work is mainly multi-and interdisciplinary and rehabilitation of medical clinics are trans- and interdisciplinary work form represented. Centre managers described the organizational aspects such as clinic staff and clinic affiliation is relevant to the team as they engaged in their activities.

KEYWORDS

cerebral haemorrhage, inpatient care, patient care team, rehabilitation, severe brain damage, stroke

Innehåll

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 Svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning hos yngre patienter.....	2
2.2 Omhändertagande akut på sjukhuset	3
2.3 Omhändertagandet vidare i vårdkedjan.....	4
2.4 Teamarbetsformer	5
2.5 Faktorer som påverkar teamarbete.....	6
2.6 Teamarbete på olika vårdnivåer.....	7
2.7 Problemformulering.....	8
3. SYFTE.....	9
3.1 Frågeställningar	9
4. METOD OCH MATERIAL.....	9
4.1 Design	9
4.2 Urval	9
4.3 Tillvägagångssätt.....	10
4.4 Datainsamlingsmetoder	10
4.5 Dataanalys.....	11
4.6. Etiska överväganden	11
5. RESULTAT	11
5.1 Bortfall.....	11
5.2 Kliniktyper per vårdnivå där hjärnskaderehabilitering bedrivs	12
5.3 Representation av olika teamarbetsformer på olika vårdnivåer.....	12
5.4 Kliniktyp och personalens kliniktilhörighets betydelse för teamarbetsform	13
6. DISKUSSION	15
6.1 Metoddiskussion	15
6.2 Resultatdiskussion.....	17
6.3 Etikdiskussion.....	19
7. SLUTSATSER	20
REFERENSER.....	21
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	
Bilaga 4	

1. INLEDNING

Mitt intresseområde är teamarbete inom slutenvårdsrehabilitering för unga patienter med förvärvad svår till medelsvår hjärnskada. Denna patientgrupp är relativt liten jämfört med gruppen äldre som fått stroke. Slutenvårdsrehabiliteringen för patienter som drabbats av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada är olika organiserad på olika sjukhus. Det skiljer sig dels på vilket sätt man arbetar i team men även till vilken klinik patienter och personal är knuten.

Författaren till studien arbetar som sjukgymnast på en strokeenhet på nivå där patienter som drabbats av förvärvad hjärnskada med olika grader av komplexitet rehabiliteras. Frågor som väckts hos författaren är om långvariga vårdtider kräver en specifik form av teamarbete, om teamarbetet påverkas av organisatoriska faktorer samt hur rehabiliteringen är organiserad på olika vårdnivåer. Min kliniska arbetshypotes är att komplexa rehabiliteringsärenden där patienterna har svåra hjärnskador och därmed långa vårdtider kräver en högre grad av integrerat teamsamarbete jämfört med den vanliga teamarbetsformen på strokeenheter. Det föreligger brist på vetenskaplig litteratur som bekräftar den hypotesen.

Inom stroke och hjärnskaderehabiliteringen har sjukgymnasten en självklar och viktig roll. Gällande funktionsträning/bedömning, målsättningar och utvärderingar så bidrar sjukgymnasten i teamarbetet kring patienterna med sin kompetens. Sjukgymnasten påverkas och påverkar våra kollegors teamarbete och av den organisation som sjukgymnasten är verksam inom.

I landstinget Sörmland skall man starta en specialiserad rehabiliteringsklinik på länsnivå. Examensarbetets syftar till att utreda hur hjärnskadevården är organiserad i närliggande regioner och förhoppningen är att studien skall bidra till ökad kunskap om hur hjärnskaderehabilitering kan organiseras.

Det finns god evidens för teamarbete inom strokeenhetsvård och hjärnskadevård i litteraturen. Lite finns dock dokumenterat om rehabilitering inom olika team på olika vårdnivåer. Därför vill jag med denna uppsats undersöka om, var och i vilken teamform man rehabiliterar unga patienter som drabbats av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada till följd av hjärnblödning på region-, läns- och lokal vårdnivå.

2. BAKGRUND

2.1 Svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning hos yngre patienter

Varje år drabbas mellan 25-30 000 individer i Sverige av stroke. I de flesta fall beror stroke på hjärninfarkt men 15 % är hjärnblödningar. I blödningsgruppen ingår subaraknoidalblödningar (SAB) och intracerebrala hematom.

SAB orsakas av att ett kärl till hjärnan brister (Aquilonius & Fagius, 2006 s.189). Vanligaste åldern för SAB är 40-60 år (Aquilonius& Fagius, 2006 s.211).

De intracerebrala hematomen (blödning, hjärnsvullnad) kan orsakas av att ett blodkärl som försörjer hjärnan brister till följd av ett patologiskt högt blodtryck. En annan orsak till intracerebralt hematom kan vara traumatiska hjärnskador (TBI) dvs. skador orsakade av yttre våld mot huvudet. Sådana skador kan uppkomma vid trafikolyckor, misshandel och arbetsplatsolyckor. TBI kan drabba alla men incidensen är vanligare hos barn/unga och hos den äldre befolkningen (Sjödén, 1998 s. 22).

I nationellt kvalitetsregister för rehabilitering (WebRehab Sweden) finns statistik för 2008 som visar att de flesta patienter som drabbas av hjärnskada till följd av SAB och TBI är unga människor. Unga patienter definieras i denna uppsats som patienter i åldern 16-65 år.

Sammantaget kan sägas att gruppen patienter som är unga och drabbas av svår till medelsvår hjärnskada är relativt liten i förhållande till hela strokepopulationen. Hjärnblödning orsakat av SAB har en incidens på 6-16 individer/100 000 (Sarkar, D`Souzar& Ballantyne, 2001). Svår till medelsvår hjärnskada till följd av TBI har en incidens på 25/100 000 invånare (Aquilonius & Fagius, 2006 s.218). Den totala strokepopulationen har en incidens på 200-300 individer/100 000 (Aquilonius & Fagius, 2006 s.189).

Att bedöma svårighetsgrad på hjärnskada i akutskedet är svårt (Aquilonius & Fagius, 2006 s.218). Det föreligger stora individuella skillnader mellan patienter med liknande svårighetsgrad på hjärnskada gällande neurologiskt funktionsstatus. Ett sätt att beskriva svår till medelsvår hjärnskada är utifrån beroendegrad. Patienter som till följd av sina skador har sådana kognitiva, motoriska eller kommunikativa problem att de inte själva klarar sin dagliga livsföring och därför är berättigade till någon form av personlig assistans (Sjödén, 1998 s.38). I akutskedet så bedöms skadans svårighetsgrad utifrån grad av medvetlöshet, hur lång tid patienten varit medvetandesänkt från dess att han/hon ankom till akuten och tidsspann för posttraumatisk amnesi (minneslucka).

- Lågt antal poäng (<8) på Glasgow Coma Scale (GCS) bedöms som svårt hjärnskada, 9-12 poäng bedöms som medelsvår hjärnskada. Medvetandegraden bedöms vid ankomst till akuten.
- Patienten varit kraftigt medvetandesänkt under mer än 6 timmar efter ankomst till akuten bedöms som svår hjärnskada, om patienten varit medvetandesänkt mindre än 6 timmar bedöms hjärnskadan som medelsvår.
- Längd på posttraumatisk amnesi (minneslucka) 1-4 veckor bedöms som mycket svår skada, 1-7 dygn motsvara svår hjärnskada och några timmar av posttraumatisk amnesi anses som medelsvår skada.

(Lezak, 1995)

2.2 Omhändertagande akut på sjukhuset

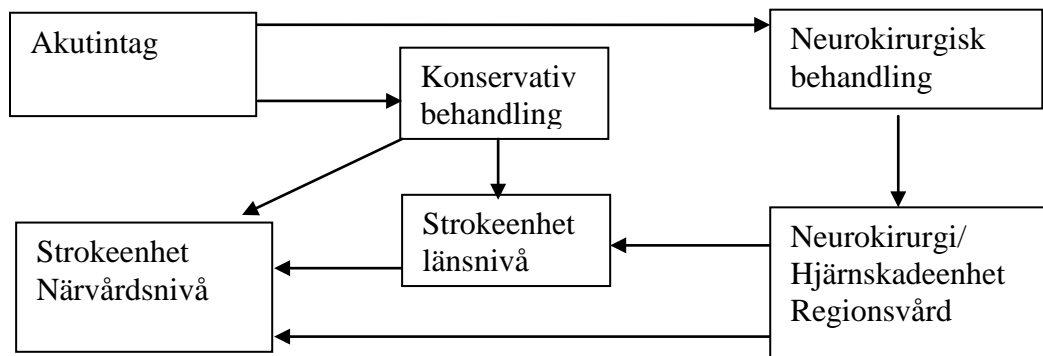
För patienter som drabbats av hjärnskada till följd av hjärnblödningar ser det akuta omhändertagandet olika ut jämfört med omhändertagandet av patienter med hjärninfarkt som bakomliggande orsak. Patienten inkommer till sjukhusets akutintag ofta med kraftig huvudvärk, illamående/kräkning och med begynnande medvetandepåverkan. På akuten görs en bedömning av hjärnskadans svårighetsgrad. En akut hjärnröntgen utförs för att avgöra den bakomliggande orsaken till hjärnblödningen och läkarteamet bedömer i samråd med neurokirurgen på regionnivå om patienten behöver neurokirurgiska insatser (Aquilonius & Fagius, 2006 s.225).

För patienter som drabbats av TBI eller SAB är läget akut och ofta livshotande. När det gäller SAB så inkommer ungefär en tredjedel till sjukhus medvetlösa eller ordenligt vakenhetssänkta och patienterna remitteras akut till regionvård med neurokirurgisk och neuroradiologisk kompetens (Socialstyrelsen, 2005).

Det medicinska och omvårdnadsmissiga omhändertagandet inriktas mot kontroll på blödningen och behandling av en eventuell intracraniell tryckstegring. Den neurokirurgiska behandlingen syftar till att avlägsna ett rupturerat aneurysm från blodcirkulationen dvs. ”laga” ett trasigt blodkärl för att få kontroll på blödningen och minimera risken för en ny blödning. Neurokirurgiska åtgärder kan, för att minska intracraniellt tryck, vara att placera drän och/eller dräntuber i hjärnan för att utrymma blödningar och minska hjärnsvullnad. En annan åtgärd för att minska det intracraniella trycket är att utföra en craniotomi ((Aquilonius & Fagius, 2006 s 212; Sjärdén, 1998 s.24.25) dvs. neurokirurgen avlägsnar en del av skallbenet för att hjärnan skall få mer utrymme.

2.3 Omhändertagandet vidare i vårdkedjan

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2001) beskrivet i en rapport att det finns 74 landstingsdrivna sjukhus i Sverige, 9 regionsjukhus, 22 länessjukhus och 43 länsdelsjukhus. Slutenvårdsrehabiliteringen för patienter som drabbats av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada är olika organiserad på olika sjukhus i landet.



Figur 1 Beskriver hur vårdkedjan kan se ut för unga patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada.

Om patienten bedöms vara i behov av neurokirurgiska insatser så remitteras han/hon till regionsjukhus. När det medicinska läget bedöms vara stabilt så återremitteras patienten till sitt hemortsjukhus som kan vara på läns- eller närvårdsnivå (Socialstyrelsen, 2005).

Till vilken klinik/avdelning patienten kommer är beroende av vilka kliniker som finns på sjukhuset. I en rapport från Statens kommuner och landsting SKL (Kostnad per vårdtillfälle, vård dag och läkarbesök, 2001) beskrivs att patienter hamnar på olika kliniker beroende på vilken diagnos som fastställs. Vilka patienter som hamnar på viss klinik eller vårdnivå beror bland annat på vilka kliniker som finns på sjukhuset. Om sjukhuset har delat upp den medicinska vården så att klinik för rehabiliteringsmedicin finns, så hamnar patienterna där. Likväl om medicinklinik med strokeenhet finns, så hamnar patienten där. Om inte sådan uppdelning finns organiserad på visst sjukhus så vårdas följaktligen patienten på allmänmedicinsk klinik eller annan klinik. Patienten kan naturligtvis remitteras till annat sjukhus om så krävs.

I Sverige finns sex stycken regioner med var sitt regionsjukhus där neurokirurgi finns som specialitet: Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala. Regionsjukhusen tar emot patienter från hela regionen, ofta flera län. Till de neurokirurgiska klinikerna finns ofta en rehabiliteringsmedicinsk klinik knuten med en slutenvårdsenhet för hjärnskaderehabilitering. I varje region finns även länessjukhus som har ett länsövergripande

ansvar för patienterna. De är ofta organiserade som strokeenheter och kan ha olika kliniktillhörighet, t.ex. internmedicin och rehabiliteringsmedicinsk klinik. I varje län finns lokala sjukhus som är organiserade som närvårdsjukhus/länsdelssjukhus med lokalt upptagningsområde. Strokeenheterna kan även här ha olika kliniktillhörighet.

Vilka sjukhus som har länsansvar för hjärnskaderehabilitering varierar mellan olika landsting. Alla sjukhus har dock någon avdelning där patienter som drabbats av stroke får rehabilitering, antingen geriatrisk, allmänmedicin eller rehabiliteringsmedicinska kliniker.

Slutenvårdtiden för patienter som drabbats av hjärnblödning och fått en svår till medelsvår hjärnskada varierar kraftigt med komplexiteten på hjärnskadan. Vårdtider mellan 3-18 månader är vanliga och spänner över flera olika kliniker och vårdnivåer (WebRehab Sweden, 2008). Patienterna har ofta ett stort och omfattande omvårdnads- och rehabiliteringsbehov och behöver stora personalresurser. Patienterna är för det mesta unga och ”mitt i livet” med familj och arbete. Komplexiteten i rehabiliteringsärendena kräver samarbete i rehabiliteringsteam med insatser av flera olika yrkesprofessioner men även med andra rehabiliteringsaktörer såsom försäkringskassa, arbetsgivare och kommunal omsorg eller assistans. (Aquilonius & Fagius, 2006 s. 526-529; Danderyds sjukhus vårdprogram, 2009).

Enligt nationellt register för strokeenhetsvård (2008) så finns numer strokeenheter på landets alla sjukhus. Patienter som drabbats av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada och som fått neurokirurgiska insatser vårdas/rehabiliteras ofta initialt på en specialiserad hjärnskadeenhet inom regionvården och när läget bedöms vara medicinskt stabilt så remitteras patienten vidare till sitt hemortssjukhus för vård/rehabilitering på strokeenhet till läns- eller lokal vårdnivå (Socialstyrelsen 2005).

2.4 Teamarbetsformer

Aquilonius och Fagius beskriver i kapitlet om rehabiliteringsmetodik (Neurologi, 2006) att för kvalificerad neurologisk rehabilitering ställs två grundläggande krav, dels neurologisk sakkunskap och dels rehabiliteringskompetens för en helhetsbedömning av patienten alla behov och möjligheter. Dessa krav kan endast tillgodoses inom ramen för ett nära samarbete mellan flera olika yrkesprofessioner. Det typiska teamet inom neurologisk rehabilitering omfattar läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, omvårdnadspersonal och kurator, inom hjärnskaderehabilitering tillkommer även logoped och neuropsykolog.

Sandberg (2006) menar i sin bok om teamarbete, att team är en grupp bestående av två eller flera personer som tillsammans arbetar mot gemensamt mål. För att uppnå dessa mål är

det av stor vikt att teamet arbetar som en enhet, där beslutsfattandet bygger på samstämmighet och god kommunikation. Teamets betydelse för rehabilitering av patienter har vuxit fram ur behovet av att engagera olika yrkesprofessioner för att få en heltäckande bild av patientens mångfasetterade problematik (Suddick & De Souza, 2006; Keith, 1991).

En uppdelning av teamarbetsformer som är vanlig inom rehabiliteringsmedicinsk litteratur är multi-, inter- eller transdisciplinära team. Man fokuserar främst på graden av samordning och integrering mellan de olika teammedlemmarna samt i vilken utsträckning de kan ersätta varandra i det praktiska patientarbetet (Insalaco, Ozcurt, Santiago, 2007; Aquilonius & Fagius, 2006 s. 528; Lundgren & Molander, 2008 s.78-80; Carlström & Sandberg, 2009. kap 4).

Ett multidisciplinärt team karaktäriseras av att de olika teammedlemmarna arbetar parallellt med utredningar och behandlingar. Interaktionen mellan medlemmarna i teamet präglas av vertikala kommunikationsvägar. Exempelvis så rapporterar man behandlingsresultat till ansvarig läkare och läkaren skriver remiss på önskade åtgärder från olika teammedlemmar

Ett interdisciplinärt team har samordnade utredningar och behandlingar med integrerade mål utifrån de olika professionernas kunskap och patienternas behov. Teamet fattar beslut och har ansvaret tillsammans med patienten och kommunikationen är horisontell

I ett transdisciplinärt team sker samordnad utredning och behandling med integrerade mål utifrån de behov som den som behöver uttrycker. Patienten är alltså experten på sina egna behov och har en given plats i teamet. Man har gemensamma teamutredningar och kommunikationsvägarna mellan teammedlemmarna är i hög grad horisontell. Arbetet kan vara rollöverskridande dvs. behandlingar kan ledas av olika medlemmar i teamet

2.5 Faktorer som påverkar teamarbete

Teamarbete är en komplicerad process där många olika faktorer påverkar vilken typ av teamarbete som utförs i en verksamhet. Sandberg tar i sin bok "Det goda teamet" (2006) fasta på vad teamet har för uppgift, mål, arbetsklimat och struktur. Således kan multi-, inter- eller transdisciplinärt team vara passande för verksamheten om det är organiserat så att målen nås och sätts gemensamt och att teamets deltagare trivs och känner sig som likvärdiga medlemmar (Carlström & Sandberg, 2009 s.230-237).

Författaren till föreliggande studie har hittat flertalet artiklar som beskriver teamarbete med avseende på vissa utvalda aspekter. Ingen vetenskaplig artikel med evidens återfanns där

man jämför teamarbetsformer med varandra. Kombinerade sökningar gjordes i databaserna; Cinahl, Medline och Pubmed.

Teamarbete kan variera gällande en rad olika faktorer som exempelvis arbetsklimatet, värdegrund, rollfördelning och grad av integrering mellan de olika medlemmarna i teamet (Bleakley, Boyden, Hobbs, Walsh, Allard, 2006; Hilton, 1995; Haig, Belongia & Le Brech, 2000; Dawson & Bartlett 1996, Dalley, 2001; Insalaco, Ozcurt, Santiago, 2007; Booth & Hewison, 2002, Shaw, Walker & Hogue, 2008). Hur väl ett team fungerar beror på en rad olika faktorer såsom exempelvis teamets strukturella faktorer, tydliga uppdrag/målsättningar, teamledning mm (Suddick & De Souza, 2006; Backheit, 1996; Strasser, Falconer & Martino-Saltzman, 1994).

I denna studie undersöks strukturella faktorer såsom klinikform och kliniktilhörighet då dessa aspekter kan antas ha betydelse för vilken teamarbetsform som den organisatoriska "ramen" möjliggör (Lundgren & Molander, 2008. s.147).

2.6 Teamarbete på olika vårdnivåer

Rehabiliteringsarbetet inom hjärnskaderehabiliteringen i det akuta skedet har främst karaktären av multidisciplinärt teamarbete där varje teammedlem arbetar med sina yrkesspecifika frågeställningar och åtgärder. Senare i rehabiliteringsskedet blir det viktigare med gemensamma målformuleringar, att anhöriga involveras och att helhetssyn dominerar arbetssättet, ett interdisciplinärt teamarbetsätt (Aquilonius & Fagius, 2006 s. 528). I en amerikansk studie intervjuades sistaårsstudenter för olika paramedicinska yrken om hur de uppfattade teamarbete inom strokevård. De kom fram till att teamarbetet främst var multi- eller interdisciplinärt men respondenterna föredrog transdisciplinär teamarbetsarbetsform (Insalaco, Ozcurt, Santiago, 2007)

I en amerikansk studie av Suddick och De Souza (2006) gjorde en jämförande studie mellan olika rehabiliteringsenheter. De visade i sin artikel att det fanns skillnader i teamarbetsform mellan olika rehabiliteringsinstanser. Deras slutsats var att olika team kan välja olika strategier för teamarbete beroende på vilka mål och kontext för verksamheten de har. I en amerikansk artikel (Mackay, Bernstein, Chapman, Morgan & Milazzo, 1992) jämfördes akut rehabilitering på olika sjukhus för svårt traumatiskt hjärnskadade patienter. Författarnas slutsats var att patienter som rehabiliterades på enheter där specialiserat "traumaprogram" fanns tillgängliga fick bättre resultat (kortare vårdtider och högre grad av utskrivning till hemmiljö) än sjukhus som inte hade sådana specialiserade program. I en

litteraturstudie (Turner-Stokes, Disler, Nair & Wade, 2005) visades på god evidens för multidisciplinär arbetsform i rehabilitering för patienter med svår till medelsvår traumatisk hjärnskada. Socialstyrelsen beskriver i Nationella riktlinjer för strokesjukvård (2005), god evidens för multidisciplinärt teamarbete inom strokeenhetsvården. Av tidigare beskrivning i bakgrunden till föreliggande studie finns strokeenheter på alla vårdnivåer i Sverige. Teamarbetsformen borde förutom multidisciplinär teamform av ovanstående redogörelse kunna beskrivas som både inter- och transdisciplinär.

Författaren till denna studie har inte hittat någon vetenskaplig litteratur som jämfört olika teamarbetsformer inom olika vårdnivåer i Sverige. Kombinerade sökningar gjordes i databaserna; Cinahl, Medline och Pubmed.

Via böcker om teamarbete inom neurologisk rehabilitering, hemsidor och vårdprogram för respektive sjukhus ges information om att de som arbetar med hjärnskaderehabilitering oavsett vårdnivå ser betydelsen av att samverka och arbeta i team samt att de organisatoriska förutsättningarna för teamarbete ser olika ut.

2.7 Problemformulering

Det finns god evidens för teamarbete i multidisciplinär form inom neurologisk rehabilitering (Socialstyrelsen, 2005; Turner-Stoke, Disler, Nair & Wade, 2005).

I en rapport från Socialstyrelsen (2005) beskrivs att patienter som fått neurokirurgiska åtgärder till följd av förvärvad hjärnskada vårdas initialt på regional vårdnivå för att sedan återremitteras till hemortssjukhuset. Det är oklart hur långt ut i vårdkedjan patienten återremitteras och om strokeenheter på olika vårdnivåer utövar fler teamformer än multidisciplinär teamarbetsform.

Inom stroke och hjärnskaderehabiliteringen har sjukgymnasten en självklar och viktig roll. Gällande funktionsträning/bedömning, målsättningar och utvärderingar så bidrar sjukgymnasten i teamarbetet kring patienterna med sin kompetens. Det är angeläget att sjukgymnaster får ökad kunskap gällande teamarbetsformer inom neurologisk rehabilitering på olika vårdnivåer då man kan anta att yrkesutövandet skiljer sig mellan de olika teamformerna.

Genom att kartlägga vilka teamformer som finns samt hur olika team arbetar på olika kliniker/vårdnivåer finns möjligheten att i kommande studier bättre kunna definiera sjukgymnastens roll i de olika teamen och därigenom kunna optimera deras yrkesutövande inom de olika teamarbetsformerna. Organisatoriska och strukturella faktorer såsom

klinitillhörighet och kliniktyp kan antas ha betydelse för vilken teamarbetsform som bedrivs på olika kliniker.

3. SYFTE

Syftet med denna studie var att kartlägga var rehabilitering sker för unga patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning och blivit behandlade med neurokirurgiska åtgärder. Syftet var även att beskriva i vilken teamform enhetschefer bedömer att man arbetar och om faktorer såsom personalens kliniktillhörighet och på vilken avdelning/klinik patienterna rehabiliteras har betydelse för teamarbetsform.

3.1 Frågeställningar

1. Var rehabiliterades patienter som har drabbats av svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning och som fått neurokirurgiska insatser på region-, läns- och lokalnivå?
2. Vilken teamform uppgavs att man arbetade inom, enligt enhetschef, på region-, läns- och lokalnivå?
3. Vilken betydelse ansåg enhetschefer att kliniktyp och personalens kliniktillhörighet har för betydelse för den teamarbetsform som man bedriver på region-, läns- och lokalnivå?

4. METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

Deskriptiv kartläggande studie.

4.2 Urval

Ett bekvämlighetsurval gjordes (Troost, 2007, s.30-31). Två regioner i närområdet där författaren är verksam valdes. I Uppsalaregionen inkluderades fyra landsting och i Linköpingsregionen tre landsting. I denna studie inkluderades sjukhus som på deras respektive hemsida beskrev att de bedriver slutenvårdsrehabilitering för patienter med förvärvad hjärnskada/stroke. Dessa kunde vara allmän medicinska kliniker, strokeenheter och rehabiliteringsmedicinska kliniker på olika vårdnivåer. Kategorisering till läns- eller lokal vårdnivå har skett utifrån ansvarsområde.

Då studien syftade till att kartlägga om och var beskrivna patientgrupp rehabiliteras så beslutades att tillfråga enhetschefer verksamma inom hjärnskaderehabilitering på alla sjukhus i de sju länen. Enhetschefer valdes då det kan antas att de är lämpliga att besvara frågor gällande verksamhetens organisation. Enhetschefer verksamma inom hjärnskaderehabilitering på region, läns och lokal/närvårdsnivå på alla landstingdrivna sjukhus i Uppsala-, Örebro-, Västmanlands-, Sörmlands-, Kalmar-, Östergötlands- och Jönköpings landsting tillfrågades. Sammanfattningsvis så tillfrågades enhetschefer på 2 regionsjukhus, 5 länssjukhus och 14 lokal/närsjukhus.

4.3 Tillvägagångssätt

Förfrågan om deltagande i studien skickades till alla enhetschefer verksamma inom hjärnskadeverksamhet på region, läns och lokal/närvårdsnivå på alla sjukhus i de två regionerna, Uppsala och Linköping (bilaga 1). Namn och adresser till enhetschefer togs fram via respektive sjukhus hemsida. För att säkerställa att korrekta personuppgifter fanns tillgängliga på hemsidorna ringde författaren till respektive sjukhus växel och frågade vem som var enhetschef på slutenvårdsavdelningen där hjärnskaderehabilitering bedrivs och fick namn och adressuppgifter därifrån. Sammanlagt skickades 21 förfrågningar om deltagande i studien. Till brevet bifogades enkäten med ett frankerat svarskuvert.(bilaga 1 och 2). Två påminnelser skickades ut via e-post (bilaga 3). Enkäten var möjlig att besvara under perioden 091203-100111. Till de personer som inte besvarade enkäten på lokal vårdnivå, skickades via e-post, fråga med flervalsalternativ om varför enkäten inte besvarades (bilaga 4). Påminnelserna skickades vecka 2 och vecka 4 under datainsamlingsperioden.

4.4 Datainsamlingsmetoder

För insamling av data konstruerades en skriftlig enkät av författaren (bilaga 2). Enkäten bestod av sju slutna frågor med flervalsalternativ med en variation på 2-5 olika alternativ (Trost, 2007 s.74). Till samtliga frågor gavs möjlighet att ge kommentarer. Frågorna testades på kollegor för att belysa eventuella tolkningssvårigheter av begreppen ”kliniktyp” och ”kliniktilhörighet”. Enkätfrågor konstruerades med bakgrundsfrågor om var man arbetade. Frågan om teamarbetsform utformades i enlighet med hur teamarbetsformerna beskrevs i litteraturen.(Insalaco, Ozcurt & Santiago, 2007; Aquilonius & Fagius, 2006 s. 528; Lundgren & Molander, 2008 s.78-80).

4.5 Dataanalys

Då data var på nominalskalenivå användes deskriptiv statistik. Frekvensfördelningar uttrycktes i absoluta frekvenser. För redovisning av bortfall användes absoluta och relativa frekvenser. Lämnade kommentarer i enkäten redovisades i frekvensfördelning och som citat. Kategorisering av citaten gjordes i två grupper utifrån om enhetscheferna ansåg alternativt inte ansåg att aspekterna kliniktyp och kliniktillhörighet hade betydelse för teamarbetsform.

4.6. Etiska överväganden

Ett introduktionsbrev skickades till deltagarna där information om studiens syfte, metod och frågeställning gavs (bilaga 1). I brevet informerades om att deltagandet var frivilligt och att möjlighet fanns att avbryta medverkan i studien när man så önskade. Vidare informerades om att deltagarnas medverkan var konfidentiell, vilket innebar att information som kunde identifiera enskild deltagare inte redovisades. Resultat redovisades på gruppnivå i tabellform och inte individuellt. Fullständig konfidentialitet för enhetschefer kunde inte garanteras på regions och länsnivå då de var få till antalet. Studien var inte experimentell, inga patienter kom att involveras och informationen som lämnades av respondenterna var inte av känslig karaktär. En risk med studien kunde vara att informanten ville visa att de bedriver den ”mest mogna” formen av teamarbete just på sin hjärnskadeenhet och inte så gärna ville delge den reella verkligheten. Deltagarna informerades om att studien inte skulle genomföras i syfte att misskreditera någon vårdenhet utan snarare skulle ses som en möjlighet till kunskapsutbyte.

5. RESULTAT

5.1 Bortfall

Av de enkäter N= 21 som skickades besvarades n=15, vilket gav en svarsfrekvens på 71 % . Efter första utskicket inkom åtta svar, fem svar inkom efter första påminnelsen och de sista två enkätsvar inkom efter andra påminnelsen. Utredning av bortfall (Trost, 2007. s.173) gjordes på lokal vårdnivå där bortfallet var relativt högt, 5 av 14 (36 %). Utav de fem som inte svarade på enkäten på närvårdsnivå så var fyra allmän medicinska vårdavdelningar där rehabilitering av strokepatienter ingick i verksamheten och en var definierad som strokeenhet. Frågeformulär via e-post om varför enkäten inte besvarades gav ett svar av fem (bilaga 4).

Denne enhetschef uppgav att de uppfattat det som att enkäten inte gällde deras verksamhet och därför valt att inte svara. Alla enhetschefer på länsnivå besvarade enkäten. På regionsnivå gavs via e-post besked från de två inkluderade enhetscheferna att de hade besvarat och postat enkäten. En av de två enkäterna inkom.

5.2 Kliniktyper per vårdnivå där hjärnskaderehabilitering bedrivs

Enhetscheferna (n=15) uppgav att beskrivna patientgrupp rehabiliterades på region, läns- och nivåvårdsnivå (tabell 1). Inte något enkätsvar inkom där man uppgav att man inte rehabiliterade beskrivna patientgrupp. De kliniker som uppgavs vara representerade inom sju lansting i regionerna Uppsala och Linköping var rehabiliteringsmedicinska kliniker och strokeenheter. Inte någon enhetschef uppgav annan kliniktyp.

Tabell 1 Representation av kliniker som uppgav att de rehabiliterar unga patienter med svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning och som fått neurokirurgiska insatser, enligt enhetschefer n=15. Redovisade per vårdnivå.

Vårdnivå	Ja	Nej	Rehab.Med.	Strokeenhet	Annan
Region	1	-	1	-	-
Läns	5	-	2	3	-
Närvård	9	-	2	7	-

5.3 Representation av olika teamarbetsformer på olika vårdnivåer

De teamformer som uppgavs förekomma på olika vårdnivåer i regionerna Uppsala och Linköping var Multidisciplinär- (MD), Interdisciplinär- (ID) och Transdisciplinär- (TD) teamarbetsform (tabell 2). På regionsnivå uppgavs att man arbetar transdisciplinärt. På länsnivå svarade enhetscheferna att alla teamarbetsformer fanns representerade. På nivåvårdsnivå uppgavs att man arbetar i multi- eller intradisciplinär teamform. Ett svar på länsnivå redovisas som ”vet ej ”då denne enhetschef hade svarat både multi- och transdisciplinär form. I tabell 3 redovisas de olika teamarbetsformernas representation mellan de olika kliniktyperna, rehabiliteringsmedicinsk klinik och strokeenhet. På rehabiliteringsmedicinsk klinik är teamarbetsformen främst intra- och transdisciplinär. På strokeenheter är teamarbetsformen främst multidisciplinär men även intradisciplinär teamarbetsform finns representerad.

Tabell 2 Förekomst av olika teamarbetsformer på olika vårdnivåer i region Uppsala och Linköping, enligt enhetschefer n= 15.

	MD	ID	TD	Vet ej
Regionsnivå	-	-	1	-
Länsnivå	1	2	1	1
Närvårdsnivå	5	4	-	-

Tabell 3 Teamformer som uppgavs förekomma på rehabiliteringsmedicinsk klinik och på strokeenhet, enligt enhetschefer n=15.

Teamform	MD	ID	TD	Vet ej
Rehab.med.	1	2	2	-
Strokeenhet	6	3	-	1

5.4 Kliniktyp och personalens kliniktilhörighets betydelse för teamarbetsform

En övervägande del av enhetscheferna (11/15) ansåg att kliniktypen har betydelse för den teamarbetsform de bedriver (tabell 4). Två har svarat att de inte tycker det har betydelse men har inte lämnat några kommentarer om varför. Två stycken uppgav att de inte förstod frågan. Antal lämnade kommentarer redovisas nedan per vårdnivå. En övervägande del av enhetscheferna (11/15) ansåg att personalens kliniktilhörighet har betydelse för den teamarbetsform som de bedriver (tabell 5). Fyra enhetschefer ansåg inte att personalens kliniktilhörighet hade betydelse för den teamarbetsform de bedriver.

Kommentarerna är sammanställda med citat nedanför tabellerna 4 och 5.

Tabell 4 Enhetschefer n=15, uppfattning om betydelsen av kliniktyp för den teamarbetsform som de bedriver. Antal lämnade kommentarer redovisas per vårdnivå.

Kliniktypens betydelse	Ja	Nej	Förstår ej frågan	Kommentar
Regionsnivå	-	-	1	1
Länsnivå	4	1	-	4
Närvårdsnivå	7	1	1	7

Citaten är beskrivna från enkätsvar från enhetschefer på olika vårdnivåer där L= länsnivå och N= närvårdsnivå. Numreringen har skett allteftersom enkäterna inkom till författaren för

respektive vårdnivå. Då kommentarer endast fanns från de som svarat att kliniktypen har betydelse för teamarbetsform. redovisas citat från den gruppen.

”På en rehabiliteringsklinik eller strokeenhet finns det ett större behov av teamarbete då patienten ofta har långa vårdtider och det är viktigt att sätta långsiktiga mål.” (N2)

”Det känns som att olika kliniker traditionellt sett ser på teamarbete på olika sätt.” (N4)

”På strokeenhet arbetar samma personal, läkare, paramedicinare som följer patienten genom hela vårdtiden.” (L1)

”Mer tungarbetat när det är olika kliniker.” (L2)

Två stycken uppgav i kommentaren att de inte förstod frågan.

Tabell 5 Enhetschefers n= 15 uppfattning om personalens kliniktilhörighets betydelse för den teamarbetsform som bedrivs. Antal lämnade kommentarer redovisas per vårdnivå.

Kliniktilhörighetens betydelse	Ja	Nej	Förstår ej frågan	Kommentar
Regionnivå	1	-	-	1
Länsnivå	5	-	-	4
Närvårdsnivå	5	4	-	6

Sammanfattningsvis så ansåg flertalet enhetschefer att olika kliniktilhörighet gör det svårare att organisera möten/vårdplaneringar samt att olika kliniker kan ha skilda vård/rehabiliteringskulturer vilket kan föranleda att rehabiliteringsarbetet för patienten prioriteras/värderas på olika sätt. Citaten är beskrivna från enkätsvar från enhetschefer på olika vårdnivåer där L= länsnivå och N= närvårdsnivå. Numreringen har skett allteftersom enkäterna inkom till författaren för respektive vårdnivå. Indelningen är gjort utifrån om enhetscheferna ansåg respektive inte ansåg att kliniktilhörigheten hade betydelse för teamarbetsform.

”Olika kliniktillhörighet är ett hinder, de olika moderklinikerna kan ha skilda synsätt om mål som gör att våra målbilder och olika uppdrag påverkar teamarbetet.” (N1)

”Samarbetet hade blivit bättre med samma chef, samma typ av schema, samma fikarum, möte vid samma tidpunkter.” (L3)

”Tyvärr har team medlemmarna olika organisatorisk tillhörighet som försvårar organisation och samarbete.” (N3)

”Min önskan är att strokeenhet skall vara en egen enhet och inte konkurrera med det medicinskt akuta, viktigt då att personalen tillhör denna enhet och inte ser sig som konsulter.” (N9)

Av dem som inte tyckte att kliniktillhörighet hade betydelse framfördes kommentarer som sammanfattas med att det går att hitta bra samarbetsformer ändå.

”Vi är här för patientens bästa och har ett bra samarbete över klinikgränserna på ett litet sjukhus.” (N5)

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

En totalundersökning med enkät valdes som design för att kunna göra en kartläggning av hur rehabiliteringen är organiserad i närliggande område där författaren är verksam. Uppgifterna hade till viss del kunnat erhållas från respektive enhets verksamhetsplaner men heltäckande information finns inte tillgänglig på varje sjukhus hemsida. Vilken teamarbetsform enhetschefer bedömer att de bedriver samt om organisatoriska aspekter har betydelse för teamarbetsform kunde även, förutom enkät, erhållits via telefonintervju.

Enkätfrågor gällande personalens kliniktillhörighet kunde eventuellt ha formulerats annorlunda. Av intresse var organisatorisk tillhörighet, som att alla i teamet hade samma chef. Kommentarererna visar att man tolkat frågan på olika sätt. Med en kvalitativ design och i intervjuform hade frågorna kunnat klargöras för respondenten vilket hade minskat risken för

oklarheter. Materialet hade då blivit mycket omfattande med data från 21 intervjuer att bearbeta. Fördelen med enkätsvar är att kommentarerna blir korta och enkla att sammanställa.

Med en totalpopulation av 21 stycken sjukhus bedömdes det vara genomförbart och tidsmässigt rimligt för en uppsats på grundnivå. Hur representativa dessa regioner är för övriga regioner i Sverige är okänt då kartläggande studier angående teamformer inte genomförts nationellt.

Trost beskriver i boken om enkäter (2007) att en svarsfrekvens på 50-75% är vanligt för enkätstudier. Trost föreslår att en kort tidsperiod för besvarande av enkät och med utskick av flertal påminnelser. I föreliggande studie nåddes en hög svarsfrekvens på 71 % efter ungefär en månads datainsamling där två påminnelser ingick i tidsspannet. De flesta av respondenterna gav kommentarer på en eller flera frågor i enkäten. Detta sammantaget med hög svarsfrekvens visar att ämnet engagerat respondenterna. Urvalet, det vill säga, enhetschefer, verkar ha varit korrekt.

Urvalsprocessen att ta fram namn och adresser till enhetschefer var tidsödande eftersom namn och e-post adresser som stod på hemsidorna inte stämde med de som uppgavs via växeln. Ett annat förfaringssätt vid utskick av enkäten hade varit att ringa enhetscheferna och fråga om jag fick sända dem en enkät med frågor som rörde hjärnskaderehabilitering. Ett sådant förfaringssätt kunde dessutom ha resulterat i en högre svarsfrekvens (Trost, 2007, s.108).

Enkät valdes för att begränsa studiens omfattning gällande tidsåtgång. Enkäten konstruerades så att det var möjligt att besvara den oavsett vilken vårdnivå/organisation man arbetade inom. Enkätens frågor fokuserade på rehabilitering av patienter med svår till medelsvår hjärnskada och fått neurokirurgiska insatser. För kliniker som beskriver sig som allmänmedicinska kliniker där strokerehabilitering ingår i verksamheten kunde ett separat urval ha gjorts. Enkätens utformning och utredning av bortfall har gjort det möjligt att med relativt stor säkerhet kunna beskriva var unga patienter med svår till medelsvår hjärnskada rehabiliteras i de sju inkluderade landstingen.

Ett metodologiskt fel som gjordes var att inte koda enkäterna. När enkäterna och påminnelserna skickades ut kom dock svar via e-post från respondenterna att de svarat, vilket medförde att redovisning av bortfall ändå kunde genomföras (Trost, 2007 s.137).

Författaren till studien är verksam inom strokevården på ett av de inkluderade sjukhusen. Det kan möjligen ha påverkat svarsfrekvensen i närområdet men inte i övriga

landsting. Att författaren skulle kunna påverkat innehåll i enkätsvaren bedöms inte som sannolikt.

6.2 Resultatdiskussion

Socialstyrelsen (2005) uppger i sin rapport att patienter som erhållit neurokirurgiska insatser och som initialt vårdas på regionsjukhus återremitteras till sitt hemortsjukhus. Studien visar att i de sju landsting som inkluderades så rehabiliteras beskrivna patientgrupp på alla kliniker som beskriver sig som strokeenhet och rehabiliteringsmedicinska kliniker (även de strokeenheter) på alla vårdnivåer.

Det finns tydliga riktlinjer för hur en verksamhet skall vara organiserad för att få kalla sig strokeenhet. Till exempel bör verksamheten nästintill uteslutande bedriva vård för strokepatienter och arbetet sker i multidisciplinär teamarbetsform (Socialstyrelsen, 2007). I Nationellt register för strokeenhetsvård (Riks- Stroke.org) uppges att alla sjukhus i landet från och med år 2008 har strokeenheter i sin verksamhet. Detta överrensstämmer inte med denna uppsats kartläggning där några inkluderade sjukhus beskrevs som allmänmedicinska eller geriatriska avdelningar där strokerehabilitering ingick i deras verksamhet men där de inte definierades som strokeenheter. Det innebär att deras verksamhet inte är reglerad enligt Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård. Dessa sjukhus var i en del fall samregistrerade med annat sjukhus i nationellt register för strokeenhetsvård. Det är möjligt att man i de fallen organisatoriskt har slagit ihop två sjukhus till ett. Det är också möjligt att sjukhusens hemsidor och verksamhetsplaner inte var uppdaterade och att det därför är diskrepans mellan denna studie och uppgifter från Riks-Stroke.

På lokal/närvårdsnivå finns ett bortfall, fem av fjorton har inte svarat. Utredning av bortfallet visar att fyra (av fem) bortfall beskrivs som allmän medicinsk avdelning alternativt geriatriska avdelningar med rehabilitering av strokepatienter, men inte som strokeenhet. Ett rimligt antagande är att enhetschefer på dessa avdelningar inte har svarat på enkäten för att de inte har slutenvårdsrehabilitering för beskrivna patientgrupp i verksamheten. Därför tyckte de att enkäten inte gällde dem. Ett av de fem bortfallen beskrivs på sjukhusets hemsida som strokeenhet. Respondenterna på närvårdsnivå i föreliggande studie uppgav att de arbetar på strokeenhet alternativt rehabiliteringsmedicinsk klinik. Alla uppgav att de rehabiliterar beskrivna patientgrupp.

En rimlig tolkning av resultatet är därför att patienter som drabbats av förvärvad svår till medelsvår hjärnskada till följd av blödning och som fått neurokirurgiska insatser

rehabiliteras på kliniker som beskriver sig som strokeenheter oavsett vårdnivå. Man kan av denna studie inte dra några säkra slutsatser om man rehabiliterar just denna patientkategori på kliniker som beskrivs som allmän medicinska med strokerehabilitering. Utredning av bortfallet tyder på att så inte är fallet.

Kartläggningen visar att alla teamarbetsformerna (multi-, inter- och transdisciplinär form) finns representerade. I Socialstyrelsens riktlinjer för strokeenhetsvård (2005) beskrivs arbete i multidisciplinär teamform som ett av kriterierna för definition av strokeenhet. Andra studier visar att olika former av team förekommer inom olika typer av neurologisk rehabilitering (Suddick & De Souza, 2006; Backheit, 1996, Insalaco, Ozcurt & Santiago, 2007). Studien visar att enhetscheferna anser att förutom multidisciplinär teamarbetsform så finns även intra- och transdisciplinär teamarbetsform representerade på de olika vårdnivåerna. Studien visar att man i högre grad arbetar i trans- eller interdisciplinära team om man är organiserad till en rehabiliteringsmedicinsk klinik. På strokeenheter är multidisciplinär- och interdisciplinär form det vanligast förekommande. Det finns rehabiliteringsmedicinska kliniker på alla vårdnivåer enligt enkätsvaren. Detta resultat är överraskande. Författaren uppfattning innan studien var att rehabiliteringsmedicinska kliniker endast fanns på läns och regional nivå, vilket bekräftades av Per Ertzgaard, rehabiliteringsmedicinska föreningen och verksamhetschef på rehabiliteringsmedicinska kliniken i Linköping, personlig kommunikation (100108). Enligt Ertzgaard så kan begreppet rehabiliteringsmedicinsk klinik vara förvirrande. Vissa sjukhus har organiserat paramedicinsk personal som egen klinik, tillhörande rehabiliteringsmedicin, men utan rehabiliteringsmedicinsk läkarresurs.

Resultatet visar att enhetschefer ansåg att organisatoriska aspekter såsom kliniktyp och personalens kliniktillhörighet har betydelse för den teamform som man arbetade inom. Man kan sammanfatta kommentarerna att på strokeenhet och/eller rehabiliteringsmedicinsk klinik tycker man att teamarbete är viktigt för rehabilitering och organisatoriska aspekter påverkar teamarbetet. Detta bekräftas av andra studier (Suddick & De Souza, 2006; Shaw, Walker & Hogue, 2008; Backheit, 1996). Ingen har dock sammankopplat frågorna med specifik teamform. När det gäller personalens kliniktillhörighet så har somliga tolkat frågan såsom att omvårdnadspersonal och rehabiliteringspersonal arbetar tillsammans på enheten medan andra har tolkat frågan som organisatorisk tillhörighet vilket föranleder en försiktighet när det gäller tolkning av detta resultat.

Ytterligare forskning inom området skulle kunna vara att göra en kvalitativ intervjustudie med en fokusgrupp per teamform för att få fram vilka teman som är

utmärkande för varje teamform. Det skulle också vara intressant att göra en jämförande studie mellan rehabiliteringsmedicinsk klinik, strokeenhet knuten till medicinklinik och allmänmedicinsk klinik/geriatrik gällande teamarbetsform. Även en kartläggning av alla landsting i landet för att med ett större underlag kunna göra statistiska analyser är ett förslag på vidare studier. Utifrån denna första kartläggning kan fortsatt forskning leda fram till att man kan säga vilket teamarbetsätt som passar bäst för en verksamhet där rehabilitering sker för unga patienter med svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning och som fått neurokirurgiska insatser.

I landstinget Sörmland skall man starta en specialiserad rehabiliteringsklinik på länsnivå. Examensarbetets syfte var att utreda hur hjärnskadevården i närliggande område är organiserad gällande teamform på olika vårdnivåer och det syftet har uppnåtts. Uppsatsen syftet var förankrat i sjukvårdledningen och resultatet kan komma att vara en del i underlaget för hur man väljer att organisera hjärnskadevården i Sörmland. Resultatet av denna studie stimulerar till fortsatta studier om vilka faktorer som är viktiga att ta hänsyn till gällande teamarbete för unga patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada. Studien visar att det föreligger olika teamarbetsformer inom hjärnskaderehabilitering. Förhoppningen är att resultatet av denna studie och planerade fortsatta studier kan leda till att sjukgymnaster får fördjupade kunskaper om teamarbete och därigenom optimera sitt yrkesutövande inom de olika teamarbetsformerna

6.3 Etikdiskussion

Enkäterna skulle ha kodats så att endast de som inte svarade behövde få påminnelser. Teamfrågan som författaren bedömde som en risk att respondenterna skulle finna svår att bevara synes ogrundad. Endast en enhetschef har uttryckt att frågan var svår att besvara. Ingen kommentar har inkommit via enkät eller e-post svar som tyder på att respondenterna tyckt att studiens upplägg varit besvärande (Trost, 2007 s.106)

7. SLUTSATSER

Studien visade att patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada till följd av hjärnblödning och fått neurokirurgiska åtgärder rehabiliteras på strokeenheter på alla vårdnivåer. Vidare visade resultatet av studien att man vid strokeenheter arbetar i multidisciplinära team i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer men att även olika teamarbetsformer fanns representerade. Strokeenheter kan vara organiserade till medicinklinik eller till rehabiliteringsmedicinsk klinik. Multi- och intradisciplinär teamform fanns beskrivna på nivåerna. På länsnivå fanns alla tre teamarbetsformerna beskrivna och på regionsnivå var transdisciplinär form beskriven. Rehabiliteringsmedicinska kliniker arbetar främst intra- och transdisciplinära team och strokeenheter arbetar främst i multi- och intradisciplinär teamform. Enhetscheferna beskrev att organisatoriska aspekter såsom klinikform och personalens kliniktilhörighet har betydelse för vilken teamform man bedriver i sin verksamhet. Med denna uppsats design så var det inte möjligt att koppla dessa organisatoriska aspekter till specifik teamform. Resultatet av denna studie stimulerar till fortsatta studier om vilka faktorer som är viktiga att ta hänsyn till gällande teamarbete för unga patienter som drabbats av svår till medelsvår hjärnskada.

REFERENSER

Aquilonius, S.M., Fagius, J. (2006). *Neurologi*. Stockholm: Liber

Backheit, A.M. (1996). Effective teamwork in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation research*, 19(4), 301-6

Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., Allard, J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 461-70

Booth, J., Hewison, A. (2002). Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: an exploratory study. *Journal of Interprofessional care*, 16(1)

Carlström, E., Sandström, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflexioner*. Lund: Studentlitteratur

Dalley, J. (2001). Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clinical Rehabilitation*, 15, 380-9

Dawson, J., Bartlett, E. (1996) Change whining interdisciplinary teamwork: one unit's experience. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 3(4)

Danderyds sjukhus. (2009). Generellt vårdprogram; Slutenvårdsprogram
Hjärnskadeprocessen, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm. Hämtad 100203 från
<http://www.ds.se/Upload/Bilder/Rehab/Hjärnskaderehab/Slutenvården/Generellt%20vårdprogram%20Hjärnskada%20Slutenvård.pdf>

Haig, A.J., Belongia Le Brech, D. (2000). Measurement of Change in Rehabilitation Team Dynamics With the Team Assessment Profile (TAP). *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5(2)

Hilton, R.W.(1995). Fragmentation within interprofessional work. A result of isolationism in health care professional education programmes and the preparation of students to function only in the confines of their own disciplines. *Journal of Interprofessional Care*, 9(1)

Insalaco, D., Ozkurt, E., Santiago, D. (2007). The perceptions of students in the allied health professions towards stroke rehabilitation teams and the SLP`s role. *Journal of Communication Disorders*, 40,196-214

Keith, R.A. (1991). The Comprehensive Treatment Teams in Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.*, 72(4)

Lezak, M.D. (2002). *Neuropsychological assessment*. ss.173 &.755 Oxford: University Press

Lundgren, C., Molander, C. (2008) *Teamarbete i medicinsk rehabilitering*. Stockholm: Liber

Mackay, L.E., Bernstein, B.A., Chapman, P.E., Morgan, A.S., Milazzo, L.S. (1992). Early intervention in severe head injury: long-term benefits of a formalized program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(7), 635-41

Riks-Stroke. (2008). Nationellt kvalitetsregister för strokevård. Hämtad 100203 från www.riks-stroke.org

Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Lund: Studentlitteratur

Sarkar, P.K., D`Souza, C., Ballantyne, S. (2001). Treatment of aneurysmal subarachnoid haemorrhage in elderly patients. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(4), 247-56

Shaw, L., Walker, R., Hogue, A. (2007). The art and science of teamwork: Enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation. *Work*, 30(2008), 297-306

Socialstyrelsen. (2005). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktdokument*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska

Sjödén S. (1998). *Som en bro*. Västerås: Förfarrarhuset

Strasser, D.C., Falkoner, J.A., Martino- Saltzmann, D. (1994). The rehabilitation team: Staff perceptions of the hospital environment, the interdisciplinary team environment, and interprofessional relations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 75(2): 177-82

Strasser, D.C., Falconer, J.A., Stevens, A.B., Uomoto, J.M., Herrin, J., Bowen, S.E., et al. (2008). Team Training and Stroke Rehabilitation Outcomes: A Cluster Randomized Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 89(1), 10-5

Suddick, K.M., De Souza, L. (2006). Therapists` experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: reasoning behind the team approach, structure and composition of the team and teamworking processes. *Physiotherapy Research International*, 11(2):72-83

Sveriges Kommuner och Landsting (2001). *Kostnad per vårdtillfälle, vårddag och läkarbesök*, s.7-8 Hämtad 100203 från www.skl.se

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Poland: Studentlitteratur

Turner-Stokes, L., Disler, P.B., Nair, A., Wade, D.T. , Sedki, L.(2005). Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev*. 20(3)

WebRehab Sweden. (2008). Årsrapport s.14, hämtad 100203 från www.ucr.uu.se/webrehab

Förfrågan om medverkan i studie

Rehabilitering - Integrerat arbete i team inom hjärnskadeslutenvård?

Hej!

Vill du medverka i en studie angående rehabilitering av patienter som drabbats av hjärnskada? Jag är kliniskt verksam sjukgymnast och gör denna studie som examensarbete, 15 hp på grundutbildningsnivå. Undersökningen kommer att utföras genom enkät och beräknas ta mellan 5-10 minuter att fylla i.

Patienter som drabbas av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada har behov av långvarig rehabilitering. Vårdtiderna inom slutenvården är långa med en bred variation, ofta mellan 3-18 månader. Patienterna har ofta ett stort och omfattande omvårdnads- och rehabiliteringsbehov och behöver stora personalresurser.

Patienterna är för det mesta unga och ”mitt i livet” med familj och arbete. Komplexiteten i rehabiliteringsärendena kräver samarbete och insatser av flera olika yrkesprofessioner men även med andra rehabiliteringsaktörer såsom försäkringskassa, arbetsgivare och kommunal omsorg eller assistans.

Syftet med den här studien är att kartlägga om, var och i vilken teamform rehabilitering sker för patienter som drabbats av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada till följd av hjärnblödning (subaraknoidal- eller intracraniell/cerebral blödning/hematom) och som fått neurokirurgiska åtgärder, inom region-, läns och lokal vårdnivå. Dessutom att beskriva i vilken teamarbetsform enhetschefer bedömer att man arbetar på olika vårdnivåer och om faktorer såsom personalens kliniktillhörighet och på vilken avdelning/klinik patienterna rehabiliteras har betydelse för teamarbetsform.

Med neurokirurgiska åtgärder menar jag craniotomi, ventrikeldränage och kirurgiskt åtgärdade kärlrupturer. Ett av studiens syfte är en beskrivning av teamform på olika vårdnivåer så jag vill här framhålla att även om ni inte vårdar/rehabiliterar ovan beskrivna patientkategori så är ni välkomna att delta i studien.

Undersökning kommer att omfatta alla enhetschefer verksamma inom hjärnskaderehabilitering på alla sjukhus i Uppsala och Linköpings region. Vilket innebär att två enhetschefer på regionsnivå, fyra enhetschefer på länsnivå och fjorton enhetschefer på lokal/närvårdsnivå kommer att tillfrågas.

Information från enkäten kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att information som eventuellt kan identifiera enskilda deltagare inte skall komma att redovisas. Resultat kommer att redovisas på gruppnivå för varje vårdnivå i tabellform och inte individuellt. Ett deltagande i denna studie är frivilligt och den som väljer att delta kan när som helst avbryta sitt medverkande om denna så önskar.

Det finns en risk att man vill visa att man bedriver den ”bästa” teamarbetsformen just på sin klinik och inte så gärna vill delge den reala verkligheten. Lite finns beskrivet och utrett i litteraturen om vilket arbetssätt som är ”bäst” på olika vårdnivåer. Jag vill här framhålla att det inte är studiens syfte att misskreditera någon rehabiliteringsenhets arbetssätt utan snarare ett tillfälle för kunskap och erfarenhetsutbyte med avseende på teamarbetsform på olika vårdnivåer.

Om intresse finns att delta i studien så fyller du i enkäten och sänder den tillbaks i bifogat adresserat och frankerat kuvert. Du kommer att få en påminnelse via e-post sänt till dig inom en vecka.

Vid eventuella frågor är du välkommen att kontakta någon av oss.

Med vänliga hälsningar

Åsa Ehnberg (student)

leg sjukgymnast

070-561 95 44

asa.ehnberg@dll.se

Maria Sandborgh (handledare)

leg sjukgymnast Dr. Med.Vet.

021-10 13 95

maria.sandborgh@mdh.se

Frågeformulär

Enkäten kommer att ta cirka 10 minuter att fylla i. Du kommer att ha möjlighet att ge en kompletterande kommentar till varje fråga om du vill. Markera med ett X det svarsalternativ du tycker passar.

1. Är du verksam inom

Regionsvård

Länsvård

Lokal/Närvård

Kommentar:

2. Rehabiliterar ni patienter som har drabbats av hjärnblödning (subarknoidalblödning eller intracraniell blödning/hematom) och som fått neurokirurgiska insatser?

Neurokirurgiska insatser kan vara, craniectomi, ventrikeldränage, annan form av dränering för bortförande av blodansamling samt kärlkirurgiska ingrepp för att åtgärda ett rupturerat blodkärl.

Ja

Nej

När ni bedömer att patienten är "klar" hos er, var rehabiliteras han/hon då?

Är din uppfattning att patienterna vårdas/rehabiliteras på

Annan vårdnivå/slutenvård

Annan vårdnivå/slutenvård

Annan vårdnivå/öppenvård

Annan vårdnivå/öppenvård

Vet inte

Vet inte

Kommentar:

3. På vilken klinik rehabiliteras patienter som har drabbats av hjärnblödning (subaraknoidalblödning eller intracraniell blödning/hematom) som fått neurokirurgiska åtgärder, hos er?

Allmän medicinsk avdelning

Stroke enhet

Rehabiliteringsmedicinsk avdelning

Annan:

Rehabiliteras inte hos oss

Kommentar:

4. Vilket teamarbetsform passar bäst in på hur ni arbetar på er klinik?

Nedan följer en beskrivning på olika teamarbetsformer, markera det alternativ som passar bäst.

Multidisciplinärt team:

Teamkommunikation sker via ronder, remisser och rapporteringar till/från patientansvarig läkare och övriga teammedlemmar. Integrerat nära samarbete varierar mycket mellan olika teammedlemmar. Vi gör yrkesspecifika utredningar och behandlingar. Vi sätter professionsanknutna mål.

Interdisciplinära team:

Teamkommunikation sker via samtal på ronder/teamkonferenser där gruppen fattar beslut och har ansvaret tillsammans med patienten.

Vi har samordnad utredning och behandling med integrerade mål utifrån de olika yrkesprofessionernas kunskap och patientens behov. Integrerat nära samarbete mellan teammedlemmar varierar mellan måttlig till hög grad av samarbete.

Trandisciplinära team:

Teamkommunikation sker via samtal på ronder/teamkonferenser där gruppen gemensamt fattar beslut och delar ansvaret gemensamt med patient och anhörig.

Vi har samordnad utredning och behandling med integrerade mål utifrån de behov som den som behöver rehabiliteringen uttrycker (patienten = experten). Anhöriga och patienten har en given plats inom teamet. Behandlingen kan ledas av olika teammedlemmar. Integrerat nära samarbete mellan teammedlemmar varierar mellan hög till mycket hög grad av samarbete.

Annan arbetsform

Kommentar:

5. Anser du att "kliniktypen" har betydelse för vilka teamarbetsformer som bedrivs?

Ja

Om ja, beskriv kort varför du tycker det har betydelse.

Nej

Om nej, beskriv kort varför du inte tycker det har betydelse.

6. Är paramedicinare (ex sjukgymnast) och omvårdnadspersonal (ex sjuksköterska) knutna till samma klinik/avdelning?

Ja

Nej

Kommentar:

7. Anser du att personalens ”kliniktilhörighet” har betydelse för vilken teamarbetsform som bedrivs?

Ja

Om ja, beskriv kort varför du tycker det har betydelse.

Nej

Om nej, beskriv kort varför du inte tycker det har betydelse.

Tack för din medverkan!

Hej!

För någon vecka sedan fick du ett brev med en förfrågan om att medverka i en enkätundersökning gällande integrerat teamarbete för patienter med förvärvad hjärnskada. Studien syftar till att kartlägga om, var och i vilken teamform rehabilitering sker för neurokirurgiskt åtgärdade patienter som drabbats av svår till medelsvår förvärvad hjärnskada till följd av hjärnblödning, inom slutenvård på region, läns och lokal/närvårdsnivå. Dessutom syftar studien till att beskriva i vilken teamform enhetschefer bedömer att man arbetar, om personalens kliniktillhörighet och på vilken avdelning/klinik patienten rehabiliteras har betydelse för teamarbetsform.

Jag vill i och med detta brev påminna dig om att svara på den utskickade enkäten och posta den i bifogat svarskuvert senast den 23/12.

Om du redan har svarat så ber jag om överseende med denna påminnelse.

Med vänliga hälsningar

Åsa Ehnberg

Leg. Sjukgymnast

Kullbergska sjukhuset

Katrineholm

0150-562 57

070-561 95 44

Hej!

Hjärnskadeenkäten är nu under bearbetning. Jag har fått en hög svarsfrekvens men saknar en del svar på lokal vårdnivå och försöker göra en bortfallsanalys. Jag undrar om du kan tänka dig att svara på en fråga via denna e-post. Det är naturligtvis helt frivilligt och du kommer inte att få några ytterligare påminnelser. **Om du redan svarat på enkäten så slänger du detta brev.**

Enkäten besvarades inte pga.

- A. Tidsbrist
- B. Svår att förstå
- C. Tänkte att den inte gällde vår verksamhet

Svara med returnerande e-post med det alternativ du tycker passar bäst.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Åsa Ehnberg

Leg. Sjukgymnast

Kullbergska sjukhuset

Katrineholm