

Goal Attainment Scaling som målsättnings- och utvärderingsmetod inom fysioterapi

En litteraturstudie

Oscar Forsström

Examensarbete / Degree Thesis

Fysioterapi / Physiotherapy

2012

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	9243
Författare:	Oscar Forsström
Arbetets namn:	Goal Attainment Scaling som målsättnings- och utvärderingsmetod inom fysioterapi – en litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Anne Kokko
Uppdragsgivare:	Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med arbetet är att beskriva hur Goal Attainment Scaling (GAS) tillämpats och dokumenterats inom fysioterapeutisk forskning. Arbetet görs som en kvalitativ litteraturöversikt med fokus på innehållsanalys och inkluderar fysioterapeutiska forskningar där GAS-metoden använts. GAS-metoden är en målsättnings- och utvärderingsmetod som utvärderar förändringsresultat efter individuellt uppsatta målsättningar på en 5-gradig skala.</p> <p>Resultatet från innehållsanalysen är uppdelat i tre huvudteman: 1) Dokumenterade fördelar med GAS-användningen inom fysioterapin 2) Dokumenterade problem och begränsningar 3) Rekommendationer. Forskningarna visar på fördelar med GAS genom att metoden verkar motivationshöjande och har personlig relevans för klienterna, medan den upplevs som positiv av terapeuterna genom sin klientfokusering och sensitivitet. Processen upplevs som erfarenhets- och tidskrävande och själva målsättningen är ställvis problematisk. Forskningarna rekommenderar GAS som en sensitiv, klientfokuserad utvärderingsmetod som framförallt lämpar sig som komplement till standardiserade mätinstrument.</p> <p>Mera fysioterapispecifik forskning krävs gällande GAS för att utreda hur metoden bäst kan tillämpas i kliniskt arbete och hur målsättningsprocessen kunde underlättas för oerfarna fysioterapeuter.</p>	
Nyckelord:	Goal Attainment Scaling, Arcada, målsättning, mål, fysioterapi, utvärderingsmetod
Sidantal:	45
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	11.12.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	9243
Author:	Oscar Forsström
Title:	Goal Attainment Scaling as a goal-setting method and outcome measure in physiotherapy – a literature review
Supervisor (Arcada):	Anne Kokko
Commissioned by:	Arcada
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of the study is to describe how Goal Attainment Scaling (GAS) has been implemented and documented in physiotherapeutic research. The method of the study is a literature review with a qualitative attempt focusing on content analysis. The sample consists of articles researching physiotherapy interventions using GAS as an outcome-measure. The GAS-method is a goal-setting method and outcome measure for individually set goals using a 5-grade scale.</p> <p>The result of the content analysis is divided into three main themes 1) Documented benefits of using GAS in physiotherapy 2) Documented problems and limitations 3) Recommendations. The client-specific benefits of GAS according to the research are its motivation-enhancing effect and personal relevance to the client. The therapists considered the method's client-centered approach and sensitiveness a positive attribute. The process is considered time-consuming and demands experience, while the actual goal-setting is problematic in some cases. The research recommends GAS as a sensitive, client-centered outcome measure especially as an adjunct to standardized measures.</p> <p>More physiotherapy-specific research is needed regarding GAS to establish how the method best would be implemented in clinical practice and how the goal-setting process could be simplified for inexperienced physiotherapists.</p>	
Keywords:	Goal Attainment scaling, Arcada, goal-setting, goals, physiotherapy, outcome measure
Number of pages:	45
Language:	Swedish
Date of acceptance:	11.12.2012

INNEHÅLL

INLEDNING	5
1 CENTRALA BEGREPP	6
2 BAKGRUND	9
2.1 Målsättning	9
2.2 Goal Attainment Scaling	10
2.2.1 SMART:a målsättningar	11
2.2.2 Viktning av målen och skalan	12
2.2.3 Vanliga problem vid målsättningsprocessen	13
2.2.4 T-score	14
3 PROBLEMAVGRÄNSNING	16
3.1 Syfte	16
3.2 Frågeställningar	16
4 METOD	16
4.1 Litteratursökning	18
4.1.1 Sökord och sökmetoder	18
4.2 Inklusionskriterier	18
5 RESULTAT	19
5.1 Dokumenterade fördelar med GAS	21
5.1.1 Klientfördelar	21
5.1.2 Fördelar i arbetet	23
5.2 Dokumenterade problem och begränsningar	26
5.2.1 Målsättningssvårigheter	26
5.2.2 Krävande process	27
5.3 Rekommendationer	31
5.3.1 Uppskattat av användarna	31
5.3.2 Användbart som komplement	32
5.3.3 Användbart instrument	32
6 DISKUSSION	34
Källor	36
Forskningsartiklar	38
Bilaga 1. Bärande meningar	40

INLEDNING

Folkpensionsanstalten (FPA) i Finland bekostar årligen rehabiliteringen för ett stort antal finländare. Sedan 1990-talet, då de fördubblades, har antalet rehabiliteringsklienter stadigt hållit sig knappt under 90 000 per år. År 2011 fick 87 300 personer rehabiliteringstjänster från FPA till en total kostnad av 339 miljoner euro. (Folkpensionsanstalten 2012a s 26-27)

Som en central rehabiliteringsaktör i Finland har FPA alltid haft såväl individuella som samhällliga mål för rehabiliteringsverksamheten, dock utan att ha en systematisk metod för detta. Genom att införa Goal Attainment Scaling (GAS), som ett enhetligt instrument för måluppställning i rehabiliteringen, vill FPA uppnå ökad kundorientering och effektivare resultatuppföljning. (Folkpensionsanstalten 2011)

FPA har i sina aktuella godkända standarder för rehabilitering preciserat GAS-metoden som obligatorisk vid uppsättning av rehabiliteringsmålen och utvärdering av måluppfyllelsen. (Folkpensionsanstalten 2012c)

För att de som använder sig av GAS-metoden skall behärska de olika momenten, såsom målsättningsprocessen och utvärderingen av måluppfyllelsen, rekommenderar FPA att de genomgår GAS-utbildning med en omfattning av 3 studiepoäng (Folkpensionsanstalten 2011). GAS-utbildningen kan genomföras på svenska på Yrkeshögskolan Arcada, vars föreläsare utbildats av FPA, och kursen riktar sig till professionella inom social- och hälsovården. (Arcada 2012)

Mitt arbete är ett beställningsarbete för Yrkeshögskolan Arcada. Yrkeshögskolan ordnar under vårterminen 2013 en GAS-utbildning och som föreläsare fungerar två lärare från utbildningsprogrammet för fysioterapi och en från utbildningsprogrammet för ergoterapi (Arcada 2012). GAS-utbildningen på yrkeshögskolorna är relativt ny, med en start 1.5.2011 (Folkpensionsanstalten 2012b), och tanken med arbetet är att sammanställa fysioterapispecifik GAS-forskning.

1 CENTRALA BEGREPP

I detta kapitel definieras några centrala uttryck som har betydelse för hela arbetets innehåll. Meningen är att ge en bakgrundsförståelse för begreppens generella betydelse, men framförallt att definiera vad begreppet innebär i det sammanhang som arbetet utgör.

Med **fysioterapeutisk intervention** menas i detta arbete en förebyggande eller behandlande åtgärd där en fysioterapeutisk metod använts. Fysioterapeutiska metoder är, enligt Finlands fysioterapeutförbund, rådgivning och handledning som främjar hälsan och funktionsförmågan, terapeutisk träning, manuell och fysikalisk terapi samt hjälpmedelservice (Suomen fysioterapeutit 2010).

Intervention definieras i Nationalencyklopedin, inom medicinen, som ”ett vetenskapligt samlingsbegrepp som omfattar förebyggande eller behandlande åtgärder” (Nationalencyklopedin). Med interventionen tillämpar man den rehabiliteringsplan man gjort, genom att maximera sitt eget och klientens kunnande i strävan efter att uppnå de uppsatta målen. (Stokes 2004 s. 387)

Rehabilitering är en koordinerad helhet, bestående av olika åtgärder, med vilken man strävar efter att uppnå på förhand uppsatta mål. Rehabiliteringens betydelse, som begrepp, har vidgats under 1900-talets senare hälft till att omfatta människans fysiska, psykiska och sociala helhet. Detta har inneburit att rehabiliteringen har blivit en multi-professionell process, där fysioterapeuten är en viktig del av rehabiliteringsteamet. (Talvitie et al. 2006 s. 45)

Rehabiliteringen bör sträva efter att bejaka klienternas aktiva delaktighet, samt vara en dynamisk process där terapeuterna stöder och handleder klienterna utgående från deras specifika situation (Stokes 2004 s. 379-383).

Begreppet rehabilitering används i dagsläget i tre olika betydelser:

1. Rehabilitering är en helhet som bildas av olika åtgärder, genom vilka man strävar till att uppnå uppsatta mål.
2. Rehabilitering är en process som framskrider mot ett på förhand uppsatt mål.
3. Rehabilitering är en samhällelig verksamhetsplan. Med hjälp av den försöker man ofta förändra förhållandet mellan individen och omgivningen och inte endast klientens tillstånd.

(Talvitie 2006 s. 45)

I detta arbete används, om inget annat nämns, begreppet rehabilitering i betydelsen av en process på individnivå med hjälp av en fysioterapeut och/eller ett rehabiliterings-team.

Bedömningen grundar sig på anamnes, undersökning och analys och innebär att man beskriver sammanfattande en persons funktionstillstånd i olika avseenden (Holmström et al. 2007 s. 34).

Med bedömningen strävar man efter att få så pålitlig information som möjligt om klientens situation. Informationen används därefter till planering av fysioterapin, samt till uppföljning av förändringar och behandlingseffekten. För att kunna göra en pålitlig bedömning bör den som utför den bekanta sig noggrant med den vad bedömningsmetoden. (Talvitie et al. 2006 s. 117)

Det är viktigt att klarlägga klientens svårigheter och därpå följande problem i den fysioterapeutiska bedömningen. Man bör dock även fokusera på klientens färdigheter, möjligheter och strävande för att få en heltäckande grund för målsättning och interventionsplanering. I vissa fall, exempelvis i ett akut skede, kan det vara befogat att i initialskedet endast fokusera på funktionsnedsättningen. (Stokes 2004 s. 30, 32)

Standardiserade undersökningar skall ligga till grund för bedömningen, och personen själv skall vara delaktig i beskrivningen. Bedömningar kan avse kroppsfunktioner, akti-

viteter/delaktighet eller omgivningsfaktorer, och kan sedan fungera som underlag för resultatutvärdering. (Holmström et al. 2007 s. 34)

En **utvärdering** innebär att man systematiskt följer upp och analyserar mål och förändringar i funktionstillstånd som går att jämföra över tid. Utvärderingar innefattar att personen själv är delaktig och de kan, enligt ICF, avse kroppsfunktioner, aktiviteter/delaktighet och omgivningsfaktorer. (Holmström et al. 2007 s. 34-35)

I utvärderingen av behandlingen bör man ta i beaktande, förutom den fysiska funktionsförmågan, hur klienten upplevt själva behandlingsprocessen och slutresultatet. Två individer som uppnått samma slutresultat kan trots detta uppleva sin situation helt annorlunda än den andra. Traditionellt har utvärderingen fokuserat på funktionella färdigheter, men att enbart mäta fysiska färdigheter är ett otillräckligt sätt att utvärdera värdet av rehabiliteringen. Då det visat sig att funktionshindrade personer inte har samma prioriteringar eller syn på problem som sina terapeuter, kan frågan ställas om utvärdering av terapeutprioriterade färdigheter endast är ett sätt att rättfärdiga den vanliga rehabiliteringsmetoden. (Stokes 2004 s. 387)

World Health Organization (WHO) definierar **motivation** som en mental funktion, som kan vara en såväl medveten som omedveten drivkraft, som sporrar att agera (Stokes 2004 s. 443).

Motivationen riktar människans beteende mot ett planerat mål och ger energi till ökad aktivitet. För att en person skall vara motiverad förutsätts att den planerade aktiviteten upplevs som bra, värdefull och viktig. (Talvitie et al. s. 85)

Motivationen anses överlag vara en viktig del av rehabiliteringen, men den är samtidigt svår att mäta eller utvärdera. Man kan se på motivation som en personlig egenskap som kommer inifrån, och således är relativt opåverkad av yttre faktorer, eller se den som en följd av yttre faktorer såsom t.ex. kvaliteten på rehabiliteringsteamet eller stödet från anhöriga. (Siegert et al. 2004 s. 3-4)

För att kunna fastställa meningsfulla, motiverande mål för klienten är det viktigt att fysioterapeuten tar sig tid att sätta sig in i klientens situation. Hur klienten ser på sin egen situation kan vara helt annorlunda än hur terapeuten uppfattar det, även klientens egna preferenser beträffande metodval och prioritetsordning har inverkan på dennes inre motivation. (Siegert et al. 2004. s. 5)

2 BAKGRUND

2.1 Målsättning

Målsättning betyder att man, utgående från den bedömning man gjort, i samråd med personen eller dennes anhöriga beskriver vad som skall uppnås. Målen kan innefatta kroppsfunktioner, omgivningsfaktorer och aktiviteter/delaktighet. De mål man kommer fram till skall ligga till grund för planeringen av interventionen. Målen skall ha en fastställd tidsram och de bör anges i mätbara termer. Kriterierna som skall ligga till grund för utvärderingen skall beskrivas i målsättningens planering, och det bör finnas såväl delmål som övergripande mål. (Holmström et al. 2007 s. 34)

Målsättningen är en viktig del av all modern rehabilitering. Målsättningsprocessen ger en möjlighet för terapeuter och klienter att tillsammans planera ett sätt att förbättra såväl klientens fysiska självständighet, som psykiska välmående. (Siegert et al. 2004 s. 7)

För att målsättningens relevans för klienten skall öka måste man ta i beaktande dennes situation och det faktum att omgivningen ofta påverkar vilka mål fokus läggs på. Man har en tendens att fokusera på fysiska mål, framförallt på rehabiliteringscentra, som underlättar det vardagliga livet t.ex. förflyttningar och personlig hygien. Detta innebär dock att man ofta bortser från det faktum att målen vidgas då klienten blir utskriven, med betoning på social interaktion och att återförenas med familjen.

För att klientens hela tillvaro skall tas i beaktande kunde man enligt Siegert et al. sätta individuella mål som tar i beaktande tre teman: Självständighet, kompetens och samhörighet. Självständigheten tar sig uttryck i att klienten är delaktig i alla faser av sin egen målsättning. Kompetensen innebär att främst öka den fysiska funktionsförmågan i vardagliga livet, vilket innebär att man gradvis utökar svårighetsgraden från t.ex. självständig förflyttning till att åka bil. Mål som relaterar till samhörighet strävar till att beakta klientens sociala behov genom att t.ex. se till att klienten har ett starkt socialt skydds nät. Genom att beakta dessa tre aspekter menar Siegert et al. att man kan undvika den vanligaste kritiken som menar att behandlingarna bara går ut på att få folk utskrivna. (Siegert et al. 2004 s. 3-4)

2.2 Goal Attainment Scaling

Goal Attainment Scaling utvecklades för att användas som utvärderingsmodell inom mentalvården. Behovet av evidens inom rehabilitering överlag skapade ett specifikt behov av ett mätinstrument som kunde tillämpas på heterogena grupper. Kiresuk och Sherman beskrev metoden redan 1968 och den har därefter använts inom många varierande yrkesområden där man vill utvärdera individanpassade målsättningar och resultat. (Kiresuk et al. 1994 s. XV)

Modellen har modifierats ett stort antal gånger för att lättare kunna användas för specifika områden, men i Finland rekommenderar FPA att de som producerar FPA-bekostade rehabiliteringstjänster använder sig av originalversionen (Autti-Rämö et al. s. 5).

De standardiserade mätinstrument som används har en tendens ha ett *one size fits all*-synsätt, där man inte utgår från de funktioner som är relevanta för klienten. GAS möjliggör en mätning av små förändringar, som framförallt i de fall där funktionsförmågan vid utgångsläget är låg, kan vara signifikanta för klienten men inte ge resultat i standardiserade tester. GAS tillämpas inom många olika områden, såsom t.ex. vård och social-

arbete, eftersom den ger möjlighet att utvärdera specifika förändringar efter olika typer av interventioner. (Kiresuk et al. 1994 s. 1-2)

GAS kan och skall inte användas som ett mätinstrument för klientens absoluta funktionsförmåga eller funktionsnedsättningar, därtill behövs diagnosspecifika utvärderingsmetoder (Kiresuk et al. 1994 s 4-5). En av huvudprinciperna vid användningen av GAS är att klienten själv (och/eller dennes anhöriga) skall delta i hela processen. Rehabiliteringsmålsättningarna ställs genom ett samarbete mellan klienten och terapeuterna, vilket leder till ökad delaktighet ur klientens synvinkel. (Kiresuk et al. 1994 s. 3)

2.2.1 SMART:a målsättningar

För att kunna identifiera de delområden i klientens vardag som denne önskar förändra måste en grundlig intervju göras. Klienten kan ha många olika problem, i olika storlekar, vilket gör att det är viktigt att ett val av fokus görs. Terapeuten bör ta i beaktande klientens önskemål, men även de tillgängliga resurserna gällande utrymmen, tid och klientens fysiska respektive mentala förmåga (Kiresuk et al. 2004 s 7).

Terapeuten måste även se till att rehabiliteringen överlag går i rätt riktning d.v.s. använda sin specialkunskap för att guida klienten i rätt riktning på det stora hela. Klientens delaktighet i målsättandet kan i vissa fall vara s.g.s. omöjlig då exempelvis ett alkoholberoende i initialskedet kanske inte upplevs som ett problem av klienten själv (Kiresuk et al 2004 s. 41).

Då man identifierat den önskvärda förändringen måste man utvärdera vilka delmoment detta kräver att klienten klarar av. Dessa delmoment kan sedan utgöra de konkreta målen i GAS (Kiresuk et al. 1994 s. 7-8). Då målet är realistiskt upplagt och känns relevant för klienten ökar även dennes motivation, men även blotta existensen av ett mål och målsättningsprocessen i sig själv kan ha positiv inverkan på klientens motivation och rehabiliteringsresultat (Kiresuk et al. 1994 s. 5).

För att underlätta målsättningsprocessen kan man använda akronymen SMART som hjälpmedel. Ordet SMART bildas av de engelska ordens första bokstav i de fem grundpunkter som bör uppfyllas för varje mål: Specific = specifik, Measurable = mätbart, Achievable = uppnåbart, Realistic/Relevant = realistiskt/relevant och Timed = tidsbestämd. (Autti-Rämö et al. s. 8)

2.2.2 Viktning av målen och skalan

I Kiresuk & Shermans originalversion skall alla enskilda mål viktas. Målsättningarna som klienten satt upp poängsätts från 1-3 för såväl uppskattad svårighets- som viktighetsgrad. Det enskilda målet viktas genom att multiplicera de givna poängen för svårighetsgraden med de motsvarande för viktighetsgraden. (Kiresuk et al. 1994 s. 190-192)

För att beskriva förändringen används i GAS en femgradig skala, som sträcker sig från -2 till +2 där 0 är det förväntade resultatet (se Figur 1.). Nivån +1 bestäms som något mer än förväntat och -1 något mindre än förväntat. Skalans ytterligheter är +2 och -2 som står för klart mer än förväntat respektive klart mindre än förväntat. Alla nivåer skall vara förankrade i verkligheten och vara möjliga slutresultat. Nivån -2 definieras som ingen förändring som påverkar funktionen, situationen oförändrad eller försämrad, medan -1 märkväl är en förändring i rätt riktning men lägre än förväntad. (Kiresuk & Sherman 1968 s. 445)

Skalans 0-punkt är det förväntade resultatet vid uppföljningen och den är den första nivå som bestäms. De nivåer som är över förväntan skall båda vara uppnåeliga inom tidsramen och +1 är följaktligen definierad som ett realistiskt resultat men något över förväntan. Den högsta nivån skall vara uppnåelig men endast under optimala förhållanden, vilket gör att den ofta är en svår nivå att fastställa (Kiresuk et al 2004 s. 13-14, 204).

Step # (Taken from Column A on the Integrated Improvement Plan)	Action Step # 1:	Action Step # 2:	Action Step # 3:	Action Step # 4:	Action Step # 5	Action Step #6:	Action Step # 7:	Action Step # 8-10:	Action Step # 11:	Action Step # 12:	Action Step # etc.
+2 (Much more than expected)											
+1 (Somewhat more than expected) 0 (as expected)											
-1 (Somewhat less than expected) -2 (Much less than expected)											
Timeline (Taken from Column D on the Integrated Improvement Plan)	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00	0/0/00

Figur 1. GAS-skalan (Kiresuk et al 1994 s. 175)

(Bildkälla: Kansas State Department of Education 2008)

2.2.3 Vanliga problem vid målsättningsprocessen

Då man, tillsammans med klienten, sätter målen måste man ta i beaktande att även en utomstående skall kunna bedöma hur väl målen uppnåtts vid den förutbestämde tiden. I beskrivningen får man inte använda vaga formuleringar vars betydelse man endast själv känner till. Nivåerna i skalan måste vara utförligt och specifikt utskrivna utan att använda jargong eller okända begrepp. (Kiresuk et al. 1994 s. 10)

Ett vanligt problem är att den valda indikatorn inte är lämplig för målsättningen eller att indikatorn även tar i beaktande en tredje part vars handlande klienten inte kan påverka. Dubbla indikatorer inom samma målsättning kan även omöjliggöra en utvärdering av hur målen uppnåtts. Det vill säga om man för en deprimerad klient med sömnsvårigheter och gråtattacker har en målsättning där 0 är definierat som ”sover 4-5 timmar per natt och högst två gråtattacker per dag” kan man omöjligt bedöma utgången om dessa inte utvecklas i samma takt. I själva skapande av skalan uppstår ofta problem med att de inte är enhetligt gjord. Antingen finner man att nivåerna går på varandra (t.ex. -1: ”sover 7-8,5 timmar per natt” och 0: ”sover 8-9 timmar per natt”) eller att det finns luckor mel-

lan nivåerna (t.ex. 0: ”går 50-100 meter utan hjälpmedel” och +1 ”går 150-200 meter utan hjälpmedel”). Att lämna vissa nivåer obeskrivna, med tanken att de lätt skall kunna definieras utifrån de övriga nivåerna, kan lätt leda till en tveksam och oriktig slutbedömning av klientens utveckling. Av denna orsak rekommenderas alla som använder GAS att alltid fylla i och specifikt beskriva alla nivåer i skalan. (Kiresuk et al. 1994 s. 10-11)

2.2.4 T-score

Hur väl målen uppnåtts bedöms alltid i samråd med klienten på en på förhand utsedd tidpunkt. Då man fått ett resultat från varje enskild skala räknar man ihop dessa och får ett T-score värde med hjälp av T-scoretabellen (Tabell 1.). Med hjälp av T-score kan man bedöma hur målsättningarna i medeltal uppnåtts, t.ex. i en grupp. T-score möjliggör även statistiska analyser av klienter med olika antal målsättningar. (Kiresuk et al. 1994 s. 49, 273-278)

Om målen i medeltal uppnåtts, d.v.s. 0 poäng på skalan, är T-score 50. Är T-score högre än 50 betyder det att målen i medeltal uppnåtts bättre än förväntat, och vice versa för ett lägre resultat än 50. (Kiresuk & Sherman 1968 s. 450)

Om T-score är högre eller lägre än 50 kan det antingen betyda att rehabiliteringen gått bättre eller sämre än förväntat, men det är även möjligt att skalan gjorts för lätt eller svår (Kiresuk et al 1994 s. 14). T-score räknas enligt Kiresuk & Sherman ut genom formeln i Figur 2, där W_i står för viktningskoefficienten för skalan i och X_i står för uppnådda poäng i skalan i (Kiresuk et al. 1994 s. 175)

$$T = 50 + \frac{10 \sum W_i X_i}{\sqrt{[1 - r \sum W_i^2 + r (\sum W_i)^2]}}$$

W_i = Viktningskoefficient = Svårighetsgrad x Viktighetsgrad
 X_i = Resultat för slutbedömning av målsättning (-2 - +2)
 $r = 0.3$

Figur 2. Formel för uträkning av T-Score (Kiresuk et al. 1994 s. 175)

Tabell 1. T-Score tabell

Poängsumma	Antal målsättningar							
	1	2	3	4	5	6	7	8
-16								17,87
-15								19,88
-14							18,38	21,89
-13							20,64	23,90
-12						19,02	22,89	25,90
-11						21,60	25,15	27,91
-10					19,85	24,18	27,41	29,92
-9					22,86	26,76	29,67	31,93
-8				20,89	25,88	29,34	31,93	33,94
-7				24,61	28,89	31,93	34,19	35,94
-6			22,62	28,24	31,91	34,51	36,45	37,95
-5			27,18	31,86	34,92	37,09	38,71	39,96
-4		25,19	31,74	35,49	37,94	39,67	40,96	41,97
-3		31,39	36,31	39,12	40,95	42,25	43,22	43,98
-2	30	37,59	40,87	42,75	43,97	44,84	45,48	45,98
-1	40	43,79	45,44	46,37	46,98	47,42	47,74	47,99
0	50	50	50	50	50	50	50	50
1	60	56,21	54,56	53,63	53,02	52,58	52,26	52,01
2	70	62,41	59,13	57,25	56,03	55,16	54,52	54,02
3		68,61	63,69	60,88	59,05	57,75	56,78	56,02
4		74,81	68,26	64,51	62,02	60,33	59,04	58,03
5			72,82	68,14	65,08	62,91	61,29	60,04
6			77,38	71,76	68,09	65,49	63,55	62,05
7				75,39	71,11	68,07	65,81	64,06
8				79,02	74,12	70,66	68,07	66,06
9					77,14	73,24	70,33	68,07
10					80,15	75,82	72,59	70,08
11						78,40	74,85	72,09
12						80,98	77,11	74,10
13							79,36	76,10
14							81,62	78,11
15								80,12
16								82,13

(Kiresuk et al. 1994 s. 274-278)

3 PROBLEMAVGRÄNSNING

3.1 Syfte

Syftet med arbetet är att beskriva hur Goal Attainment Scaling (GAS) har tillämpats och dokumenterats inom fysioterapeutisk forskning.

3.2 Frågeställningar

Utifrån syftet med arbetet har tre frågeställningar som skribenten vill besvara utformats:

1. Vilka fördelar för klienter och fysioterapeuter har användningen av GAS inom fysioterapin?
2. Stöder forskningarna användningen av GAS inom fysioterapin?
3. Vilka problem eller begränsningar vid användandet av GAS inom fysioterapin finns dokumenterade i forskningarna?

4 METOD

Arbetet görs som en kvalitativ litteraturöversikt med fokus på innehållsanalys enligt Sarajärvi & Tuomi. Innehållsanalys innebär att man sammanfattar det samlade materialet så att man kan beskriva innehållet i korta och generella termer eller att förhållandet mellan de undersökta fenomenen tydligt framgår (Sarajärvi & Tuomi 2009 s. 23).

En kvalitativ studie strävar efter att tolka och skapa mening och förståelse för människans subjektiva upplevelser av omvärlden. Forskaren är inte skild från fenomenet som studeras, utan resultatet kan påverkas av forskarens och övriga deltagares uppfattningar.

Statistik och numeriska värden används sällan för resultatredovisning och kvalitativa forskningar försöker inte kvantifiera slutresultatet. En kvalitativ forskning kan på ett systematiskt sätt synliggöra upplevelser, meningar och betydelser som ett fenomen kan ha för alla inblandade parter. (Forsberg & Wengström 2008 s. 62-64)

Den kvalitativa innehållsanalysen görs med en induktiv ansats, d.v.s. materialet styr analysen. Detta innebär för arbetssättet att efter flera grundliga läsningar av materialet, i detta fall forskningsartiklarna, lyfter man ut bärande ord, meningar eller stycken som är viktiga för innehållet. Dessa bärande meningar förenklas sedan i kortare meningar eller ord där meningens kärna framgår (Bilaga 1.). (Sarajärvi & Tuomi, 2009 s. 24-26)

De förenklade meningarna som fått fram ur hela analysmaterialet kategoriseras därefter i underkategorier enligt gemensamma nämnare som skribenten bestämmer. Därefter kan underkategorierna sammanslås i kategorier och kategorierna i övergripande teman. Sammanslagningen av underkategorierna kan göras så länge det känns meningsfullt för innehållsanalysen och man hittar gemensamma nämnare. (Sarajärvi & Tuomi, 2009 s. 26-29)

En viktig del av innehållsanalysen är att man även strävar till att dra slutsatser av analysen. Man skall hitta sammanhang och se hur det analyserade materialet kan användas i framtiden i kliniskt arbete eller i forskningssyfte. (Sarajärvi & Tuomi, 2009 s. 21-23)

Då syftet är att beskriva hur GAS tillämpats och dokumenterats inom fysioterapeutiska forskningar valdes en kvalitativ metod, eftersom den enligt Forsberg & Wengström lämpar sig för beskrivande tolkningar av material (Forsberg & Wengström 2008 s. 64). Litteraturstudier skall sträva efter att använda aktuella forskningar och därför valdes en tidsgräns på 10 år, d.v.s. forskningar som publicerats 2002 eller senare (Forsberg & Wengström 2008 s. 34). Då målet är att finna och inkludera all tillgänglig forskning inom ett område (Forsberg & Wengström 2008 s. 34), valde jag att inkludera orden rehabilitering, rehabilitation och kuntos i sökningen trots att syftet med mitt arbete märkväl var att få fram fysioterapispecifik forskning.

4.1 Litteratursökning

I detta kapitel presenteras litteratursökningen och vilka sökord och sökmetoder som användes. En systematisk litteratursökning som metod valdes då meningen var att få så stort urval som möjligt av relevant material för att tjäna arbetets syfte och besvara forskningsfrågorna. Då man gör en systematisk litteraturstudie innebär det att man systematiskt söker, kritiskt granskar och sammanställer litteraturen inom ett valt område. (Forsberg & Wengström 2008 s. 34)

4.1.1 Sökord och sökmetoder

Litteratursökningen gjordes på svenska, finska och engelska i enlighet med inklusionskriterierna och de språk som skribenten behärskar. I sökningen användes termen *Goal attainment scaling* tillsammans med följande ord i olika kombinationer för att få ett så heltäckande urval som möjligt: *physiotherapy, physical therapy, fysioterapi, fysioterapi, rehabilitation, rehabilitering och kuntoutus*.

Sökningen gjordes såväl i Yrkeshögskolan Arcadas som i Terkkos databaser med hjälp av följande sökmotorer: Pubmed, Cinahl, Ebsco, Medic, JBI CONnECT, swemed+ och Google scholar. Valet av sökmotorer gjordes på basen av det önskade resultatet och fokus lades därför på sökmotorer med hälso- och medicinvetenskapligt innehåll.

4.2 Inklusionskriterier

För att forskningarna skall inkluderas i detta arbete måste följande inklusionskriterier uppfyllas:

- Forskningarna skall vara publicerade år 2002 eller senare.
- Forskningarna skall vara publicerade på svenska, engelska eller finska.
- GAS-metoden skall ha använts i samband med en fysioterapeutisk intervention
- Forskningarna skall finnas tillgängliga i fulltext.

5 RESULTAT

Litteratursökningen skedde under två tidsperioder, oktober-november 2011 och september-oktober 2012. Sökningen på abstrakt och titel med sökorden som omnämns i punkt 5.1.1 resulterade i följande träffar:

1. Goal Attainment Scaling (196 träffar)
2. Physical therapy OR Physiotherapy (19563 träffar)
3. 1 och 2 (8 träffar)
4. Rehabilitation (91677 träffar)
5. 1 och 4 (45 träffar)

Efter genomläsning av abstrakten i artiklarna i punkt 3 och 5 valdes 18 artiklar till slutlig genomgång då de ansågs kunna ha relevanta forskningssyften för detta arbete. Två av artiklarna exkluderades på grund av att de publicerats innan 2002, medan en artikel inte hade använt GAS som utvärderingsmetod. Sju av artiklarna saknade konkreta fysioterapeutiska interventioner, varav två var ämnade som GAS-utbildning och fem var allmänna undersökningar om GAS inom rehabilitering. Till arbetet valdes åtta artiklar (Tabell 2.) som uppfyllde alla inklusionskrav. Tre av artiklarna undersöker barn, medan fyra artiklar undersöker vuxna. En artikel koncentrerar sig specifikt på fysioterapeuterna inom ett program för strokerehabilitering och deras syn på GAS.

Tabell 2. Forskningsartiklar

Författare, år och titel	Syfte	Metod / Intervention	Urval
Fisher, K & Hardie, RJ. 2002. Goal attainment scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme	Att undersöka värdet av GAS som en terapeutisk metod och ett mätinstrument i ett rehabiliteringsprogram för hantering av kronisk smärta	En prospektiv observationsstudie. Multidisciplinellt, strukturerat utbildningsprogram under 15-dagar.	Konsekutivt urval med 149 patienter under en 15-månaders period
Schreiber, Joe. 2004. Increased Intensity of Physical Therapy for a Child with Gross Motor Developmental Delay: A Case Report	Att systematiskt dokumentera och beskriva en ökning av fysioterapifrekvensen, under en 4-veckors period, för ett barn som deltar i tidig interventions-fysioterapi	En fallstudie med ett 31-månader gammalt barn med försenad grovmotorisk utveckling. Fysioterapin ökades från en gång varannan vecka till fyra gånger i veckan	Undersökningen gjordes av barnets egen fysioterapeut då han tillsammans med mamman ansåg att barnet var i behov av ökad dosering.
Mulligan, H & Wilmshurst, E. 2006. Physiotherapy Assessment and Treatment for an Ambulant Child with Cerebral Palsy After Botox A to the Lower limbs: A Case Study	Att utvärdera den fysioterapeutiska bedömningen och behandlingen efter Botox A-injektioner i hamstrings- och gastrocnemiusmusklerna.	En fallstudie där undersökte funktionsförmågan och funktionshinder hos ett 3,5 år gammalt barn med spastisk diplegi.	x
Bovend' Eerdt, TJ et al. 2010. An Integrated Motor Imagery Program to Improve Functional Task Performance in Neurorehabilitation: A Single-Blind Randomized Controlled Trial	Att undersöka om det är genomförbart att integrera ett program för motorisk visualisering i fysio- och ergoterapi	En RCT-forskning där man jämför en grupp som får ett program för motorisk visualisering, utöver den vanliga terapin, med en grupp som får vanlig terapi.	Patienter med tillräckliga språkkunskaper som deltar i ett rehabiliteringsprogram och har drabbats av stroke, hjärnskada eller MS.
Mannion, A et al. 2010. goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic back pain	Att undersöka om patientspecifika metoder med individuella mål är sensitivare än standardiserade metoder inom kronisk smärta i nedre ryggen	Deltagare i fysioterapiprogram för ryggstabilisering genomförde RM-skalan och en VAS-skalan och jämförde med GAS-metoden	Personer med ospecifik kronisk smärta i nedre ryggen som skulle delta i ett ryggstabiliserande fysioterapiprogram
Sorsdahl et al. 2010. Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy	Att undersöka hur tre timmars målinriktad, aktivitetsfokuserad fysioterapi i grupp, som ges fem dagar i veckan under tre veckor, påverkar motoriska funktionen, rörelse kvaliteten och de vardagliga aktiviteterna.	En repeated measures undersökning med tre kontroller under basperioden och tv uppföljningskontroller. Intensiv, tidsbegränsad fysioterapi i grupp.	Barn med CP-skada i förskolan eller första åren i lågstadiet, boende högst en timme från träningscentret.
Hale, LA. 2010. Using Goal attainment scaling in physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation	Att utforska genomförbarheten och acceptansen för att använda GAS inom stroke rehabilitering i hemmet.	En kvalitativ undersökningsmetod med semi-strukturerade intervjuer och anteckningar från fältet.	Fysioterapeuterna i två avdelningar som erbjuder strokerehabilitering i hemmet.
Wallace, AC et al. 2010. Standardizing the intensity of upper limb treatment in rehabilitation medicine	Att beskriva ett behandlingsprotokoll för övre extremiteten som standardiserar terapi-intensiteten.	Protokollet skapas efter tidigare forskning och effekten och genomförbarheten utforskas. Deltagarna får en timmes träning, som bestå av styrke- och funktionell träning, under 10 efterföljande arbetsdagar.	Deltagarna hade haft en stroke för minst ett år sedan, med svagheter i handen men viss extension i handleden och möjlighet att greppa saker.

De inkluderade forskningarna lästes noggrant igenom flera gånger för att få en grundlig bild av innehållet som helhet. Arbetet med att hitta de bärande meningarna inleddes genom att markera alla viktiga stycken i marginalen med penna för att underlätta lokaliseringen av dem senare i processen. De markerade meningarna renskrevs till en lista, översatts och förenklades (Bilaga 1.). De förenklade bärande meningarna har sedan kategoriserats enligt gemensamt innehåll i underkategorier, som sedan slogs ihop till kategorier som sammanfördes i teman, enligt Sarajärvi och Tuomis modell för innehållsanalys-processen. (Sarajärvi & Tuomi 2009 s. 109)

De samlade bärande meningarna som tagits fram ur forskningsmaterialet har fördelats i tre teman enligt innehåll: *Dokumenterade fördelar med GAS*, *Dokumenterade problem och begränsningar* och *Rekommendationer*. Dessa teman är konstruerade efter de materialets innehåll och relaterar till de frågeställningar som skribenten önskar besvara med detta arbete.

5.1 Dokumenterade fördelar med GAS

Fördelarna vid användningen av GAS i samband med fysioterapeutiska interventioner som dokumenterats i forskningsartiklarna, har i detta arbete delats in i två underkategorier: *Klientfördelar* och *Fördelar i arbetet* (se Tabell 3.).

5.1.1 Klientfördelar

Med klientfördelar avses här sådana egenskaper för GAS som specifikt har gynnsam effekt för klientens egen insats i rehabiliteringen eller förändringsprocessen. Skribenten ansåg att klientfördelarna är viktiga att särskilja från de fördelar som fysioterapeuterna upplevt fastän de till stor del kan ha samma slutresultat. Om man endast fokuserar på fördelar i arbetet ur terapeutsynvinkel, finns risken att man främjar sig från målet med

att uppnå en klientfokuserad rehabilitering. Klientfördelarna har delats in i två kategorier d.v.s. *Motivation* och *Personlig relevans*.

Motivation

I de forskningsartiklar som omfattas av detta arbete hittades fyra kondenserade meningar som kategoriserades som direkt anknutna till motivationen för klienterna (Tabell 3).

I Fisher och Hardies undersökning om GAS i ett multidisciplinärt smärtprogram konstaterades att GAS bidrar till högre motivation till förändring trots smärta. Samma forskning konstaterade även att bättre humör är förenat med att kunna utföra högt uppskattade aktiviteter. (Fisher et al. 2002)

I en gruppstudie med barn med CP-skada konstaterades att upplevelsen att vara del av en grupp och att bemästra nya färdigheter var viktiga för deras motivation (Sorsdal et al. 2010). Då GAS konstaterats vara en lämplig utvärderingsmetod för heterogena grupper (Kiresuk et al. 1994 s. 3) kan denna fördel kopplas till GAS. GAS användes även till att uppmuntra, motivera och driva på klienterna. Då klienterna varit med i målsättningsprocessen kunde fysioterapeuterna, som arbetade med fysioterapeutisk rehabilitering av strokepatienter i hemmet, påvisa att de de facto önskat denna förändring. (Hale 2010)

Personlig relevans

Målsättningarnas personliga relevans för klienterna antogs i en studie ha en stor inverkan på skillnaderna i förbättringsresultaten i GAS jämfört med ett standardiserat mätinstrument (ODQ), för vilket förbättringen var betydligt mindre. Samma studie visade även att smärta till stor del var en irrelevant faktor då det gällde aktiviteter som klienterna personligen värdesätter högt. (Fisher et al. 2002)

Målsättningsprocessen konstaterades vara en terapeutisk aktivitet i sig själv, och man fann det även positivt att målen fokuserade på handikappet istället för nivån av funktionsnedsättningen för det aktuella problemet. Man konstaterade även ett samband mellan förbättrad fysisk funktionsförmåga, i denna undersökning gång, och personliga mål-

sättningar . Att uppnå personliga målsättningar antogs därmed kunna vara såväl orsaken till som en effekt av en förbättrad fysisk funktionsförmåga. (Fisher et al. 2002).

5.1.2 Fördelar i arbetet

Med kategorin *Fördelar i arbetet* avses i detta arbete sådana egenskaper för GAS som främst hjälper fysioterapeuterna i sitt arbete med klienterna. De fördelar i arbetet som hittades har sedan delats in i tre underkategorier d.v.s. *Klientfokusering*, *Sensitiv och individuell* och *Dokumenterar arbetet*.

Klientfokusering

Fysioterapeuterna i Hales undersökning från 2010 har upplevt att GAS hjälpt dem att rikta behandlingen, formulera patientcentrerade mål och fokusera på vad patienterna verkligen vill få ut av fysioterapin (Hale 2010). En av fysioterapeuterna bedömde GAS på följande sätt: ”inte förutbestämd, man kan få den att passa, mycket patientspecifik och den har inte de takeffekter som andra utvärderingsinstrument har. Den visade såväl förbättring som försämring. Omfattar allt.” (Hale 2010 s. 144).

I undersökningen som gjordes av Mannion et al. konstaterades att GAS skärper behandlingsfokuseringen, och det noterades även att en av de stora fördelarna med GAS var dess förmåga att uppta mångsidiga mål som är viktiga för patienten (Mannion et al. 2010). Att GAS även är förenligt med en funktionell målinriktad träning och familjecentrerad träning dokumenterades i Sorsdahls et al. forskning från 2010. Samarbetet med modern var även i Schreibers fallstudie från 2004 en viktig aspekt i målsättningsprocessen för att få personliga målsättningar (Schreiber 2004).

Sensitiv och individuell

I jämförelse med standardiserade mätinstrument för kronisk smärta i nedre ryggen, reagerade GAS mera på förändring efter behandling, och kunde synbarligen lättare påvisa uppnåendet av viktiga mål. Man konstaterade även i samma undersökning att 22% av de mål som sattes med hjälp av GAS inte omfattades av ett av de mest använda standardiserade mätinstrumenten (Roland Morris Disability Scale), ens i den vidaste möjliga tolkningen av dem. (Mannion et al. 2010)

GAS användes som huvudsakligt mätinstrument i en RCT-forskning, inom neurorehabilitering, där man integrerade motorisk visualisering i fysioterapin. GAS konstaterades vara sensitivare än andra mätinstrument och individualisera uppmätta slutresultat för varje klient. (Boven'Eerd et al. 2010)

Dokumenterar behandlingen

I Mulligan och Wilmshursts fallstudie från 2006, fann man GAS användbart för att mäta utvecklingen genom att sätta mål som relaterade till klientens specifika funktionella behov. Därutöver gjordes bedömningen att tidtagna mål som mäter en specifik aktivitet ger kvantitativ information om utvecklingen. (Mulligan & Wilmshurst 2006)

Mannion et al. lyfte, utöver tidigare nämnda fördelar som t.ex. skärpt behandlingsfokus, fram att GAS dokumenterar de förändringsförväntningar man har innan behandlingen påbörjats (Mannion et al. 2010).

Tabell 3. Dokumenterade fördelar med GAS

	Dokumenterade fördelar med GAS
Klientfördelar	<p>Motivation GAS bidrar till högre motivation till förändring trots smärta GAS för att uppmuntra, motivera och driva på patienter Grupptillhörigheten och nya färdigheter motiverar barnen Bättre humör förenat med att klara av aktiviteter</p> <p>Personlig relevans Målsättandet är en terapeutisk aktivitet Mindre personlig relevans ger mindre förbättring Att uppnå personliga mål orsak till och effekt av förbättrad fysisk förmåga Smärta är irrelevant för aktiviteter man värderar högt Fokuserar på handikappet istället för nivån av funktionsnedsättning</p>
Fördelar i arbetet	<p>Klientfokusering Föräldrasamarbete i GAS-processen Fokus på vad patienterna vill Formulera patientcentrerade mål Patientcentrerade mål Inte förutbestämd, patientspecifik, inga takeffekter, omfattar allt GAS kan mångsidigt samla viktiga patientmål Funktionell målinriktad träning och familjecentrerad träning Riktar behandlingen Skärper behandlingsfokuseringen</p> <p>Sensitiv och individuell 22% av GAS-målen fanns inte på Roland Morris GAS upptäcker lättare uppnåendet av viktiga mål GAS sensitivare än andra mätinstrument Mera sensitiv mätmetod</p> <p>Dokumenterar behandlingen GAS individualiserar uppmätta slutresultat Mäta utvecklingen och mål för specifika funktionella behov Dokumenterar förändringsförväntningar Tidtagna specifika mål ger kvantitativ information</p>

5.2 Dokumenterade problem och begränsningar

I detta avsnitt behandlas de problem eller begränsningar, beträffande endera användningen av GAS eller med metoden som sådan, som dokumenterats i de forskningar som ingår i analysen. Temat *Dokumenterade problem och begränsningar* har delats in i två kategorier: *Målsättningssvårigheter* och *Krävande process* (se Tabell 4.).

5.2.1 Målsättningssvårigheter

Målsättningssvårigheter innebär de problem som framstår specifikt för själva målsättandet, gällande endera de valda målen eller vid målsättningsprocessen. Denna kategori är starkt sammankopplad med övriga problem, då själva målsättningen är en så elementär del av hela processen. Det oaktat fanns det ändå enligt skribenten ett behov av en specifik kategori för dessa svårigheter. Denna kategori delades in i tre underkategorier: *Målsättningen påverkas*, *Ospecifika mål* och *Målsättandet svårt*.

Målsättningen påverkas

I två av forskningarna tog forskarna upp det eventuella problemet om valet av mål påverkades av yttre faktorer. Fisher och Hardie konstaterade att det var omöjligt att förhindra en viss samverkan mellan målsättandet och komponenterna i det program som terapeuterna gjorde (Fisher et al. 2002). I Sorsdahls et al. undersökning av gruppträning för CP-skadade barn, noterade man att det faktum att föräldrarna genomgick en PEDI-intervju (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) kan ha påverkat deras val av mål (Sorsdahl et al. 2010).

Ospecifika mål

I en fallstudie, där man utvärderade fysioterapin för ett barn med CP-skada efter Botox A-injektioner i nedre extremiteten, konstaterade man att det var tydligt att de mål man fastställt i samråd med familjen var för breda. Det konstaterades att målet med ökad tid för individuellt stående inte var specifikt nog i detta fall, och att det skulle ha varit lämpligare att sätta specifikare mål för att inkludera tiden och aktiviteten som skulle uppnås. (Mulligan & Wilmshurst 2006)

Målsättandet svårt

Själva målsättandet upplevdes som svårt av flera av fysioterapeuterna i Hales undersökning från 2010. Nivåfastställningen ansågs vara ett problem, d.v.s. de oroade sig för att sätta nivån för högt eller för lågt, vilket skulle äventyra den objektiva kvantifieringen av de uppnådda resultaten. De var även bekymrade över reliabiliteten för GAS då de menade att olika terapeuter kunde sätta olika målindikatorer för samma klient. (Hale 2010)

Flera av fysioterapeuterna hade även klienter med kognitiva eller kommunikativa problem och hade svårigheter att samarbeta i målsättningsprocessen, vilket försvårade målsättandet. Man upplevde också att det var svårt att sätta mål med klienter som gjorde snabba framsteg mellan behandlingstillfällena. (Hale 2010)

5.2.2 Krävande process

Problem eller begränsningar som mera gäller hela GAS-metoden har samlats under kategorin *Krävande process*. Denna kategori strävar till att samla alla övergripande metodsvårigheter som kan göra att metoden inte tas i bruk eller upplevs som ett hinder istället för ett hjälpmedel. Kategorin delades in i tre underkategorier: *Kräver erfarenhet*, *Tidskrävande* och *Begränsat instrument*.

Kräver erfarenhet

Tre av forskningarna noterar att GAS-metoden kräver erfarenhet för att bemästra. I gruppstudien som Sorsdahl et al. gjorde märkte man att det fanns ett behov av erfarna professionella för att välja lämpliga mål och för att därefter implementera dessa individuella mål i ett grupprogram (Sorsdahl et al 2010).

Sorsdahl et al. reflekterade över det faktum att målsättningar som specifikt var kopplade till lek och socialt fungerande var ovanliga, trots att man genom att uppnå flera av de uppsatta målen kunde se förbättringar i dessa områden. Detta tror de att beror på att olika aktivitetens sammanhang borde förklaras bättre för föräldrarna. (Sorsdahl et al. 2010)

Mannion et al. tar även de upp samma kravbild och konstaterar följande: ”En av de potentiella nackdelarna med GAS är att det krävs att terapeuterna har tillräcklig kunskap, träning och erfarenhet för att förverkliga målsättningsprocessen”. De konstaterar dock i följande mening att alla skeden i processen är väldokumenterade. (Mannion et al 2010 s. 1737)

Hale konstaterar i sin undersökning att de fysioterapeuter som deltog i hennes undersökning var oerfarna med processen och det kan speglas i resultatet (Hale 2010).

Tidskrävande process

GAS-metoden ansågs av flera terapeuter i Hales undersökning vara en tidskrävande process, särskilt om klienterna hade, som tidigare nämnts, kognitiva problem. Man var speciellt bekymrade över att man med många klienter hade en begränsad tid och att använda för mycket tid för att tillämpa GAS-metoden korrekt, speciellt med klienter som gjorde snabba framsteg, skulle begränsa den ytterligare. (Hale 2010)

Begränsat instrument

GAS-metoden är, som tidigare konstaterats, inte ämnad för att mäta den absoluta funktionsförmågan (Kiresuk et al. 1994 s. 4-5), vilket är en begränsande faktor för metodens användning enligt undersökningen gjord av Mannion et al. 2010.

Innan GAS framgångsrikt kan användas som utvärderingsinstrument i blinda RCT-forskningar behövs mera detaljerad information om dess egenskaper, konstateras i forskningen gjord av Boven Eerdts et al. 2010.

Mannion et al. fann även en annan möjlig begränsning med GAS då den är gjord för att mäta behandlingseffekten efter endast en begränsad tidsperiod. Man konstaterade att det i många fall var önskvärt att följa med effekten under en längre tidsperiod efter behandlingen. (Mannion et al. 2010)

Tabell 4. Dokumenterade problem och begränsningar

	Dokumenterade problem och begränsningar
Målsättningsvårigheter	<p>Målsättningen påverkas Samverkan mellan målsättandet och programkomponenter PEDI-intervjun påverkade möjligen föräldrarnas val av mål</p> <p>Ospecifika mål För breda mål Specifika tids- och aktivitetsmål lämpligare Ökad tid för individuellt stående inte specifikt mål Behov av mera specifik GAS-användning</p> <p>Målsättandet svårt Svårt med kognitiva problem Kognitiva eller kommunikativa problem Svårt att sätta mål med vissa patienter Målsättning svår om patienter gjorde snabba framsteg Nivåfastställningen svår Olika terapeuter sätter olika mål?</p>
Krävande process	<p>Kräver erfarenhet Aktiviteters sammanhang klarläggas bättre för föräldrar Erfarna professionella behövdes för att välja lämpliga mål Erfarenhet behövs för att få individuella mål i grupprogram Oerfarenhet med processen kan spegla forskningsresultatet Processen kräver kunskap, träning och erfarenhet</p> <p>Tidskrävande Begränsad patienttid, tidskrävande process Tidskrävande process</p> <p>Begränsat instrument Mäter effekten efter endast en tidsperiod Mäter inte absoluta funktionsnivån Mera information om GAS i RCT-forskningar behövs</p>

5.3 Rekommendationer

I en strävan efter att få en helhetssyn av vad forskningarna har för generella åsikter gällande användningen av GAS har alla former av rekommendationer för GAS samlats under samma tema. Temat *Rekommendationer* har indelats i tre olika kategorier, där rekommendationerna som finns dokumenterade i forskningarna upptas. Kategorierna är indelade efter vilka premisser rekommendationerna gjorts d.v.s. *Uppskattat av användarna*, *Användbart som komplement* och *Användbart instrument* (se Tabell 5.).

Fem av forskningarna innehåller någon form av rekommendation eller utlåtande gällande GAS som helhet inom fysioterapin, de övriga innehåller varken specifika eller generella rekommendationer.

5.3.1 Uppskattat av användarna

Wallace et al. som forskat om behandlingsintensiteten för övre extremiteten för strokepatienter, konstaterade att såväl terapeuterna som patienterna var nöjda med det funktionella, målinriktade tillvägagångssättet (Wallace et al. 2010).

Vårdnadshavarna i Sorsdahls et al. undersökning uppskattade den intensiva fokuseringen på uppnåeliga mål inom en begränsad tidsram (Sorsdahl et al. 2010), medan en av fysioterapeuterna i Hales undersökning konstaterade att metoden var bra för utvalda fall (Hale 2010). Hales undersökning visade i övrigt att fysioterapeuterna var försiktigt entusiastiska gällande GAS inom strokerehabilitering i hemmet (Hale 2010).

5.3.2 Användbart som komplement

GAS-metoden utesluter inte användning av andra mätinstrument, vilket två av forskningarna tog fasta på i sina rekommendationer.

Mannion et al. anser att GAS hellre skall användas som komplement än som ersättare av de standardiserade mätinstrumenten (Mannion et al 2010), och även fysioterapeuterna i Hales undersökning ansåg att det bästa vore att använda GAS tillsammans med ett standardiserat mätinstrument (Hale 2010). Mannion et al. noterar vidare att ”GAS borde betraktas som ett användbart komplement till de nuvarande standardiserade mätinstrumenten för utvärdering av patientresultat efter behandling av kronisk smärta i nedre ryggen.” (Mannion et al. 2010 s. 1738)

5.3.3 Användbart instrument

Tre av de aktuella forskningarna har i sina rekommendationer tagit ställning för att GAS kan användas som utvärderingsmetod i praktiken.

Enligt Fisher och Hardie visade sig GAS vara ett värdefullt verktyg vid prestationsmätning och man rekommenderar GAS för att få bättre resultatutvärderingar för smärtprogram (Fisher et al. 2002). Hale konstaterar sammanfattningsvis i sin studie att GAS kan vara en användbar metod för resultatkvantifiering inom strokerehabilitering i hemmet (Hale 2010), och Bovend'Eerd et al. anser att GAS är en lämplig metod för komplexa interventioner (Bovend'Eerd et al. 2010).

Tabell 5. Rekommendationer

	Rekommendationer
Uppskattat av användarna	Nöjda med funktionella, målinriktade tillvägagångssättet Vårdnadshavare uppskattade uppnåeliga, tidsbegränsade mål Försiktig entusiasm för GAS (i HBSR) Bra för utvalda fall
Användbart som komplement	Användbart komplement för utvärdering av cLBP-behandling GAS passar bäst tillsammans med andra mätinstrument Komplement till etablerade mätinstrument
Användbart instrument	Lämplig utvärderingsmetod för komplexa interventioner Värdefullt verktyg vid prestationsmätning Användbar för resultatkvantifiering Rekommenderas för utvärdering av resultat för smärtprogram

6 DISKUSSION

Goal Attainment Scaling är ingen ny utvärderingsmetod, då den som tidigare nämnts utvecklades redan i slutet av 1960-talet, men dess användning har aktualiserats i Finland av bl.a. Folkpensionsanstalten. Då metoden använts inom så många varierande sammanhang, var meningen med detta arbete att undersöka hur den använts specifikt inom fysioterapin och framförallt hurudan responsen varit bland forskare, fysioterapeuter, klienter och anhöriga.

Den stora fördelen med GAS inom fysioterapi, som man kan utläsa från resultatet av detta arbete, är att den ger tydliga riktlinjer för var behandlingsfokus bör ligga. Många av forskningarna genomsyras av en tanke att GAS lyfter fram klientens egen roll i sin rehabilitering, vilket i sin tur torde ha en positiv inverkan på motivationen.

Det faktum att GAS förutsätter att man, tillsammans med klienten, grundligt går igenom vad man vill åstadkomma med fysioterapin har en betydelse som man enligt mig inte kan ringakta. Traditionellt har man haft en snedvriden maktfördelning mellan fysioterapeuten och klienten, där klienten varit en passiv mottagare och fått behandlingsplanen och målsättningarna serverade utan desto större möjlighet att själv påverka (Talvitie et al, 2006 s. 58-59).

Fysioterapin har i många fall en tendens att vara för inriktad på resultat istället för följder, d.v.s. man ser ett värde i att t.ex. öka rörligheten i axelleden men reflekterar kanske inte över om det har en praktisk betydelse i klientens vardag. Liksom många av forskarna och fysioterapeuterna i detta arbete, anser jag att man bör se GAS som ett värdefullt komplement till de instrument man använder i sitt dagliga arbete.

GAS-processen i sin helhet kan för en oerfaren användare kännas som komplicerad och krävande, vilket även kan utläsas ur forskningarna. Många problem var kopplade till osäkerhetsfaktorn som kommer från det icke-standardiserade konceptet, d.v.s. fysioterapeuterna var osäkra om de valde lämpliga mål och indikatorer. Men osäkerhet vid an-

vändning av nya metoder är inget specifikt problem för GAS, det kräver dock att man tar sig tid att studera metoden innan man börjar använda den i praktiken.

Tanken om att använda sig av en mentor eller rådgivare, med vilken fysioterapeuterna kunde diskutera mål- och nivåfastställningen, lyftes upp i Hales forskning. Detta kunde underlätta tillämpningen av GAS framförallt för oerfarna fysioterapeuter (Hale 2010 s. 147). Mentorskapet är, enligt mig, en positiv tanke, men kan förstås vara svår att tillämpa i många fall p.g.a. tids- och resursbrist.

Som sammanfattning kan man konstatera att responsen var försiktigt positiv gällande användningen av GAS inom fysioterapin. Rekommendationerna var att man bör använda den som komplement till standardiserade mätinstrument och det målinriktade, funktionella och klientcentrerade tillvägagångssättet tilltalade fysioterapeuterna och klienterna.

Eftersom målsättningen var att beskriva hur GAS har tillämpats och dokumenterats i fysioterapeutiska forskningar valdes en kvalitativ innehållsanalys som metod. Metoden har jag uppfattat som relativt krävande då den på förhand var tämligen obekant, men samtidigt upplever jag den som en användbar metod i sådana här studier.

En potentiell brist i detta arbete är att innehållets kategorisering gjorts av endast en person, vilket gör att arbetets validitet minskar. Även det faktum att det fanns relativt få fysioterapeutiska GAS-forskningar, vilka dessutom riktade sig till olika målgrupper och använde sig av olika metoder, innebär att de generaliserbara slutledningarna som kan dras ur innehållet begränsas.

Eventuella intressekonflikter finns inte då själva metoden var obekant för mig innan arbetets påbörjades och jag därmed kan betraktas som neutral i ärendet. Fortsatt forskning inom området behövs för att skapa en tydlig bild av GAS-metodens egenskaper inom fysioterapin. Tidigare nämnda mentorskap för att förenkla målsättandet för oerfarna fysioterapeuter kunde vara värt att utreda, d.v.s. hur det i praktiken kunde arrangeras och vilka eventuella fördelar eller brister ett sådant arrangemang har.

KÄLLOR

Arcada. 2012. *GAS - Goal Attainment Scaling-utbildning*. [www]. Tillgänglig: <http://www.arcada.fi/sv/fortbildning/courses/501> Hämtad 18.10.2012

Autti-Rämö, I; Louhenperä, A; Sukula, S & Vainiemi K. *GAS-menetelmä, Käsikirja*, 2.uppl. Kela, 24 s.

Folkpensionsanstalten. 2011. *GAS-menetelmä*. [www]. Tillgänglig: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210120315SV?OpenDocument> Hämtad 1.8.2012

Folkpensionsanstalten. 2012a. *FPA-statistik Rehabilitering 2011*. [www]. Tillgänglig: [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_11_pdf/\\$File/Kunto_11.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Kunto_11_pdf/$File/Kunto_11.pdf?OpenElement) Hämtad 5.9.2012

Folkpensionsanstalten. 2012b. *GAS-koulutukset ammattikorkeakouluille*. [www]. Tillgänglig: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170511142514HN?OpenDocument> Hämtad 10.10.2012

Folkpensionsanstalten. 2012c. *Standarder för rehabilitering*. [www]. Tillgänglig: <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/301104163656KM?OpenDocument> Hämtad 10.10.2012

Forsberg C & Wengström Y. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 2.uppl, Stockholm, Natur och Kultur, 216 s.

Holmström, E & Moritz, U. 2007, *Rörelseorganens funktionsstörningar – Klinik och sjukgymnastik*, Lund: Studentlitteratur, 424 s.

Kansas State Department of Education. 2008. [www]. Tillgänglig: <http://www.ksde.org/Default.aspx?tabid=2049> Hämtad 5.9.2012

Kiresuk, TJ & Sherman, RE. 1968, Goal Attainment Scaling: a General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health programs. *Community mental*

Health Journal , nr. 4 s. 443-453 [www] Tillgänglig:

<http://detgodepartnerskab.dk/uploads/f82aa3ab89e16681f2acd847ebbeb925.pdf>

Hämtad 10.11.2012

Kiresuk, TJ; Smith, A & Cardillo, JE. 1994, *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, 308 s.

Nationalencyklopedin. 2012. [www]. Tillgänglig: <http://www.ne.se/intervention/984573>

Hämtad 15.11.2012

Sarajärvi, A & Tuomi, J. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 5. uppl., Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 175 s.

Siegert, RJ & Taylor, WJ. 2004, Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, nr. 1, s. 1-8.

Stokes, M. 2004, *Physical Management in Neurological Rehabilitation*, 2. uppl., London: Elsevier Mosby, 554 s.

Suomen fysioterapeutit ry. 2010. *Fysioterapia ammattina*. [www]. Tillgänglig: http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275 Hämtad 15.11.2012

Talvitie, U; Karppi, S-L & Mansikkamäki, T. 2006, *Fysioterapia*, 2. uppl., Helsingfors: Edita Publishing Oy, 467 s.

FORSKNINGSARTIKLAR

Boven'Eerd, TJ et al. 2010, An Integrated Motor Imagery Program to Improve Functional Task Performance in Neurorehabilitation: A Single-Blind Randomized Controlled Trial, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, nr. 91, s. 939-946.

Fisher, K & Hardie, RJ. 2002, Goal attainment scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme, *Clinical Rehabilitation*, nr. 16, s. 871-877.

Hale, LA. 2010, Using Goal Attainment Scaling in physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation, *Advances in physiotherapy*, nr. 12, s. 142-149.

Mannion, FA et al. 2010, Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic back pain, *Reumatology*, s. 1734-1738.

Mulligan, H & Wilmshurst, E. 2006, Physiotherapy Assessment and Treatment for an Ambulant Child with Cerebral Palsy after Botox A to the Lower Limbs: A Case Report, *Pediatric Physical Therapy*, nr. 18, s. 39-48.

Schreiber, J. 2004, Increased Intensity of Physical Therapy for a Child with Gross Motor Developmental Delay: A Case Report, *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, nr 24, s. 63-78.

Sorsdahl, AB et al. 2010, Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy, *BMC Pediatrics*, nr. 26, 11 s. [www] Hämtad 3.10.2012

<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/26>

Wallace, AC et al. 2010, Standardizing the intensity of upper limb treatment in rehabilitation medicine, *Clinical Rehabilitation*, nr. 24, s. 471-478. [www] Hämtad 3.10.2012
<http://cre.sagepub.com/content/24/5/471>

BILAGA 1. BÄRANDE MENINGAR

Bärande meningar från originalmaterialet	Förenklade uttryck
“It is clear that while change in pain intensity (NRS) and pain-related cognitions (PAIRS) are associated with change in ODQ, this is not true of GAS”	Förändringar i smärta är inte förenade med förändringar i GAS. (Fisher et al. 2002)
“GAS proved to be a valuable tool in the measurement of these achievements”	Värdefullt verktyg vid prestationsmätning (Fisher et al. 2002)
“This is in contrast to the improvement in the standard measure of disability (ODQ) which was smaller possibly reflecting less personal relevance of the items	Mindre personlig relevans ger mindre förbättring. (Fisher et al. 2002)
“Improvements in walking were associated with improvements in GAS, suggesting that attainment of personal goals is both a cause and an effect of improved ability in a basic physical ability”	Personliga mål orsak och effekt av förbättrad fysisk förmåga. (Fisher et al. 2002)
“The significant correlation with improvement in emotional distress indicates better mood associated with achievement of valued activities.”	Bättre humör förenat med att klara aktiviteter. (Fisher et al. 2002)
“..this was not the case with the attainment of goals, suggesting .. while change in emotional distress was a necessary adjunct to both GAS and ODQ improvements, pain was largely irrelevant to personally valued activities.”	Smärta irrelevant för aktiviteter man värde- rar högt. (Fisher et al. 2002)
“..previous studies.. greater motivation of change in spite of pain compared to ‘non-GAS’ subjects and this seems to have been substantiated by the difference in the relationship with pain between the GAS and ODQ scores	GAS bidrar till högre motivation till förändring trots smärta. (Fisher et al. 2002)
“It was not possible to prevent some interaction between the setting of goals and the components of the programme delivered by the therapists”	Omöjligt förhindra samverkan mellan målsättandet och programkomponenter. (Fisher et al. 2002)
“The goal setting itself is a therapeutic activity..”	Målsättandet är en terapeutisk aktivitet. (Fisher et al. 2002)

<p>“Thus the goals were intended to focus on the handicap rather than the disability level of the problem.”</p>	<p>Fokusera på handikappet istället för nivån av funktionsnedsättning. (Fisher et al. 2002)</p>
<p>“.. It is recommended that GAS be introduced were appropriate to enable better assessment of pain programme outcomes by demonstrating measurable generalizations of the therapy-based activities into achievements in pain sufferers’ daily lives.”</p>	<p>GAS rekommenderas för bättre utvärderingar av resultat för smärtprogram. (Fisher et al. 2002)</p>
<p>“GAS was used for measuring progress by setting goals that related to LA’s particular functional needs.”</p>	<p>Mäta utvecklingen och mål för specifika funktionella behov. (Mulligan et al. 2006)</p>
<p>“..it is apparent that the goals that were established with the family were too broad.”</p>	<p>För breda mål. (Mulligan et al. 2006)</p>
<p>“It would have been appropriate to make more specific goals to include time and activity to be achieved.”</p>	<p>Specifika tids- och aktivitetsmål lämpligare. (Mulligan et al. 2006)</p>
<p>“The goal of increasing independent standing time was therefore not sufficiently specific. Timed goals that measure a specific activity would more readily give quantitative information about progress”</p>	<p>Ökad tid för individuellt stående inte specifikt mål. Tidtagna specifika mål ger kvantitativ information . (Mulligan et al. 2006)</p>
<p>“..the need to be more specific when using Goal Attainment Scaling ”</p>	<p>Mera specifik GAS-användning. (Mulligan et al. 2006)</p>
<p>“..based on the following principles: 1) Functional goal directed training, implying a focus practicing specific activities of importance to the child, 2) Family centred practice, implying that parents were involved in the goal setting process and were active participants in the training..”</p>	<p>Funktionell målinriktad träning och familjecentrerad träning. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“..and the parents accomplished a PEDI interview, possibly influencing the choice of goals.”</p>	<p>PEDI-intervjun påverkade möjligen föräldrarnas mål. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“Goals explicitly related to e.g. play and social function were less common even if the attainment of the goals might contribute in these areas.”</p>	<p>Mål för lek och socialt fungerande ovanliga. (Sorsdahl et al. 2010)</p>

<p>“The potential relationship between movements, activities and participation could possibly be better elucidated to the parents.”</p>	<p>Aktivitetens sammanhang klarläggas bättre för föräldrar. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“The experience of being part of a group and of mastering new skills seemed important for the children’s motivation..”</p>	<p>Grupptillhörigheten och nya färdigheter viktiga för barnens motivation. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“Contribution from experienced professionals seemed necessary in order to select appropriate goals, e.g. in line with what a child was just about to manage.”</p>	<p>Erfarna professionella behövs för att välja lämpliga mål. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“Experience was also needed to implement the children’s individual goals into a group program..”</p>	<p>Erfarenhet behövs för att implementera individuella mål i grupprogram. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“The children’s caregivers appreciated the effort and intensive focus on attainable goals in a restricted time frame.”</p>	<p>Vårdnadshavarna uppskattade fokus på uppnåeliga, tidsbegränsade mål. (Sorsdahl et al. 2010)</p>
<p>“This study attempted to increase compliance,..., by employing a patient-tailored intervention with individual treatment goals, and by using a multidisciplinary approach”</p>	<p>Ökat samtycke genom individuella behandlingsmål och multidisciplinär ansats. (Bovend’Eerd et al. 2010)</p>
<p>“we chose goal attainment scaling because it individualizes the outcome measured for each patient, because it is appropriate for evaluating complex interventions, and because it’s supposed to be more sensitive than standard measures..”</p>	<p>GAS individualiserar uppmätta slutresultat, Lämplig utvärderingsmetod för komplexa interventioner, Mera sensitiv mätmetod. (Bovend’Eerd et al. 2010)</p>
<p>“More detailed information regarding the psychometric properties of goal attainment scaling in blind RCTs is required before it can be successfully used as an outcome measure in blind RCTs.”</p>	<p>Mera information om GAS i RCT-forskningar behövs. (Bovend’Eerd et al. 2010)</p>
<p>“It was suggested from this work that one method of potentially formalizing patient-centred goals would be to use Goal Attainment Scale (GAS) theory”</p>	<p>Formulera patientcentrerade mål. (Hale 2010)</p>
<p>“The findings .. showed that the physiotherapy participants were enthusiastically cautious about GAS in HBSR”</p>	<p>Försiktig entusiasm för GAS i HBSR. (Hale 2010)</p>

<p>“Mary was enthusiastic about GAS finding it ‘not predetermined, you can make it fit, very patient-specific and it does not have the ceiling-effect that other outcome measures have. It showed both the deterioration and progression. Captured everything’”</p>	<p>Inte förutbestämd, patientspecifik, inga tak-effekter, omfattar allt. (Hale 2010)</p>
<p>“‘Probably good for selected cases. One patient had a lot of problems with reasoning and understanding. It was very difficult to set goals and levels...’</p>	<p>Bra för utvalda fall, Svårt att sätta mål med vissa patienter. (Hale 2010)</p>
<p>“The therapists were concerned with the reliability of GAS in that different therapists could set different indicators for the same patient”</p>	<p>Olika terapeuter sätter olika mål? (Hale 2010)</p>
<p>“It was felt that GAS would be best used in conjunction with a standardized outcome measure”</p>	<p>GAS passar bäst tillsammans med andra mätinstrument. (Hale 2010)</p>
<p>“Sally found Gas useful in guiding treatment and that it was a good tool to assist therapists to set patient-centred goals.”</p>	<p>Rikta behandlingen, Patientcentrerade mål. (Hale 2010)</p>
<p>“Susan used the set goals as a means of encouraging, motivating and prompting a patient”</p>	<p>GAS för att uppmuntra, motivera och driva på patienter. (Hale 2010)</p>
<p>“Setting goals and indicators could be very time-consuming. Some patients had cognitive issues, which made it difficult...”</p>	<p>Tidskrävande process, Svårt med kognitiva problem. (Hale 2010)</p>
<p>“For many patients it was not easy to set the goals and identify the indicator levels, especially if the patients made rapid progress or for patients who presented with cognitive or communication issues”</p>	<p>Målsättning svår om patienter gjorde snabba framsteg, Kognitiva eller kommunikativa problem. (Hale 2010)</p>
<p>“The physiotherapists had limited patient contact time, and spending too much time in the correct application of GAS was a concern to them, especially if the patient made rapid gains between therapy visits”</p>	<p>Begränsad patienttid, tidskrävande process. (Hale 2010)</p>
<p>“The physiotherapy participants felt that GAS was a useful way of ensuring that they focused on what the patient actually wanted to achieve from physiotherapy..”</p>	<p>Fokus på vad patienterna vill. (Hale 2010)</p>
<p>“Indicators would possibly be set at a level that was either too low or too high, making the indicators easier or harder to achieve respectively and thus not objectively quantifying outcome of intervention.”</p>	<p>Nivåfastställningen svår. (Hale 2010)</p>

<p>"..it may be helpful to include a mentor or advisor with whom the physiotherapists could discuss the goals and indicators for each patient..</p>	<p>Mentor för målsättningen kunde underlätta. (Hale 2010)</p>
<p>"..these physiotherapists were new to GAS and the findings of this study regarding their use of GAS may only reflect their inexperience with the process."</p>	<p>Oerfarenhet med processen kan spegla forskningsresultatet. (Hale 2010)</p>
<p>"GAS may be a useful means of quantifying outcome in HBSR."</p>	<p>Användbar för resultatkvantifiering. (Hale 2010)</p>
<p>"..but that GAS was more responsive to change after treatment than were the fixed-item instruments"</p>	<p>GAS sensitivare än andra mätinstrument. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>"Hence, GAS does indeed appear to demonstrate the achievement of important goals that are less well detected by fixed-item measures."</p>	<p>GAS upptäcker lättare uppnåendet av viktiga mål</p>
<p>"..22% of the goals set using GAS,..., could not be linked with any item of the RM (Roland Morris Disability Scale), even in their broadest context of understanding."</p>	<p>22% av GAS-målen fanns inte på RM. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>"This highlights one of the benefits of GAS, i.e. it is able to obtain a comprehensive record of items that are important to the patient.."</p>	<p>GAS kan mångsidigt samla viktiga patientmål. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>"One of the potential disadvantages of GAS is that clinicians require sufficient knowledge, training and experience to carry out the procedure of goal setting</p>	<p>Processen kräver kunskap, träning och erfarenhet. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>"Another possible limitation of GAS as an outcome measure is that it is designed for assessing the effectiveness of treatment after a designated period of time only."</p>	<p>Mäter effekten efter endast en tidsperiod. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>"GAS scores also tell us nothing about the absolute level of adjustment or disability of the individual."</p>	<p>Mäter inte absoluta funktionsnivån. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>"..in addition to documenting pretreatment expectations on change and sharpening the focus of treatment, GAS is able to capture subtle but important change in client-centred functioning."</p>	<p>Kan notera små, viktiga förändringar, Dokumenterar förväntningar på förändringar, Skärpa behandlingsfokuseringen. (Mannion et al. 2010)</p>

<p>“It appears more suited to complement rather than replace established measures..”</p>	<p>Komplement till etablerade mätinstrument. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>“However, overall, GAS should be considered a useful adjunct to the present fixed-item options for assessing patient outcomes after rehabilitation for cLBP”</p>	<p>Användbart komplement för utvärdering av cLBP-behandling. (Mannion et al. 2010)</p>
<p>“N’s mother and I collaborated to develop the specific GAS outcomes”</p>	<p>Föräldrasamarbete i GAS-processen. (Schreiber 2004)</p>
<p>“..both therapists and patients expressed satisfaction with the functional goal-based approach to treatment “</p>	<p>Terapeuterna och patienterna nöjda med funktionella målinriktade tillvägagångssättet. (Wallace et al. 2010)</p>