

Hur RAI stöder den rehabiliterande vården i det multiprofessionella arbetet.

Sabina Kekki

Sofia Holmberg

Examensarbete / Degree Thesis

Vård 2008

2012

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	11964, 11962
Författare:	Sabina Kekki och Sofia Holmberg
Arbetets namn:	
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Uppdragsgivare:	Avdelning 1
Sammandrag:	
<p>Vårt examensarbete är ett beställningsarbete från en avdelning som betonar både rehabilitering och multiprofessionellt arbetssätt. Avdelningen använder sig av RAI-programmet. Syftet med vårt examensarbete var att få reda på hur RAI används och används resultaten av RAI bedömningarna i det skriftliga vårdplanen och dokumentationen och om resultaten utnyttjas i den rehabiliterande multiprofessionella vården. Vi bestämde oss för att undersöka om RAI fungerar på avdelningen, och om den inte fungerar så orsaken till varför den inte gör det. Vi samlade data med två metoder, med enkät och med innehållsanalys av RAI-resultat. Vi valde att använda dessa två metoder för att få en så bred och grundlig information som möjligt. Enkäterna besvarades av den fastanställda personalen och innehållsanalysen gjordes av RAI-resultaterna från en viss tidsperiod. Med dessa metoder fick vi information om personalens synpunkter via enkäten och direkt fakta hur klienternas rehabilitering fungerar genom att få tillgång till RAI-resultaten. Resultaten av vårt examensarbete visade att personalen var både osäkra och något omotiverade att använda och utnyttja RAI-resultaten i den skriftliga vårdplanen och rehabiliteringen, detta resultat går hand i hand med det resultatet vi fick av innehållsanalysen.</p>	
Nyckelord:	RAI, rehabilitering, multiprofessionellt arbete
Sidantal:	48
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	10.5.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	11964, 11962
Author:	Sabina Kekki and Sofia Holmberg
Title:	
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Commissioned by:	Ward 1
Abstract:	
<p>Our thesis was ordered by a ward that uses both rehabilitation and multiprofessional mode of work. This ward uses RAI-program. The purpose of this thesis was to find out how the RAI-program is used and if the results of the program is used in the written careplan and documentation and does the results get utilized in the rehabilitating multiprofessional care. We decided to study if RAI works at the ward, and if it doesn't, find the reason why. We collected data with two different methods , with a survey and a content analysis of RAI-results. We chose to use these two methods to get so broad and deep information as possible. The surveys was answered by permanent personnel and the content analysis was made of RAI-results from a time period. With these two methods we got information about the personnel aspect through the survey and straight on facts through if the rehabilitation works by getting access to the RAI-results. Our thesis result shows that the personnel was both unsure and somewhat unmotivated to use and utilize RAI-results in the written careplan and rehabilitation, this results goes one-to-one with the result we got from the content analysis.</p>	
Keywords:	RAI, rehabilitation, multiprofessional care
Number of pages:	48
Language:	Swedish
Date of acceptance:	10.5.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	11964, 11965
Tekijä:	Sabina Kekki ja Sofia Holmberg
Työn nimi:	
Työn ohjaaja (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Toimeksiantaja:	Osasto 1
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Opinnäytetyö jonka olemme tehneet on tilaustyö osastolta joka painopiste on kuntoutuksessa ja moniammatillisessa työssä. Osasto käyttää RAI-ohjelmaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietää miten RAI-ohjelmaa käytetään ja käytetäänkö tuloksia RAI-arvioinnista kirjalliseen hoitosuunnitelmaan ja dokumentointiin, sekä käytetäänkö tuloksia kuntouttavassa moniammatillisessa hoitotyössä. Päätimme tutkia miten RAI toimii osastolla, ja jos ei toimi niin syy siihen. Keräsimme tietoja kahdella tavalla, kyselylomakkeella ja sisältöanalyysillä RAI-tuloksista. Päätimme käyttää näitä kahta tiedonkeräysmenetelmää jotta saisimme mahdollisimman laajaa ja perusteellista tietoa. Osaston vakituinen henkilökunta täytti kyselylomakkeet ja sisältöanalyysi tehtiin tietyn ajan-jakson RAI-tuloksista. Näitten metodien avulla saimme tietoa henkilökunnan näkökulmista kyselylomakkeen kautta ja sisältöanalyysin avulla saimme suoraa tietoa RAI-tuloksista potilaitten kuntouttamisesta. Opinnäytetyömme tulos oli että henkilökunta on sekä epävarma että ei-motivoituneita käyttää sekä hyödyntää RAI-tuloksia kirjallisessa hoitosuunnitelmassa ja kuntoutuksessa. Tämä tulos menee yhteen sisältöanalyysin tuloksen kanssa.</p>	
Avainsanat:	RAI, kuntoutus, moniammatillinen hoito
Sivumäärä:	48
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	10.5.2012

INNEHÅLLSFÖRTEKNING

1. INLEDNING.....	7
2. BAKGRUND.....	8
2.1 Rai.....	8
2.2 Rehabilitering.....	11
2.3 Multiprofessionellt samarbete.....	12
3. TEORETISK REFERENSRAM.....	13
3.1 Teori om att uppnå målsättningar.....	14
3.3 Hypoteser.....	14
4. TIDIGARE FORSKNINGAR.....	15
4.1 Rai.....	15
4.2 Multiprofessionellt samarbete.....	19
4.3 Rehabilitering.....	22
5. SYFTE, MÅL OCH PROBLEMSTÄLLNING.....	26
6. METOD.....	26
6.1 Enkät.....	27
6.2 Kvantitativ Innehållsanalys.....	28
6.3 Data insamling.....	29
7. ETISKA ASPEKTER.....	30
7.1 Anonymitet.....	30
7.2 Informerat samtycke/frivillighet.....	31
7.3 Redovisning av forskningen.....	31
8. RESULTAT.....	32
8.1 Enkät svar.....	32
8.2 Kvantitativ innehållsanalys.....	37
8.3 Sammandrag av resultat.....	40
9. KRITISK GRANSKNING.....	41
10. DISKUSSION.....	44
AVSLUTNING.....	45
Källhänvisning	
Bilaga 1	

Figurer

Figur 1.....	27
Figur 2.....	28

Tabeller

Tabell 1.....	32
Tabell 2.....	33
Tabell 3.....	34
Tabell 4.....	34
Tabell 5.....	35
Tabell 6.....	35
Tabell 7.....	36
Tabell 8.....	36
Tabell 9.....	38
Tabell 10.....	38
Tabell 11.....	39
Tabell 12.....	40

1. INLEDNING

Vårdkvaliteten baserar sig på att patienten får den vård hon är i behov av, vilket betyder att patienten inte utsätts för onödiga vårdåtgärder som patienten inte får någon nytta av eller rent ut sagt orsakar skada. När en vårdåtgärds målsättning uppnåts, eller önskad effekt inte nås brukar det leda till att vårdåtgärden avslutats. En målsättning för varje patient bör vara att uppehålla fysisk, psykisk, kognitiv och social funktionsförmåga. (Stakes)

Genom rehabilitering kan man uppehålla och möjligen förbättra funktionsförmågan. Rehabilitering kan beskrivas som en helhet av olika åtgärder för att uppnå enskilda målsättningar. Det kan också ses som en process för att uppnå enskilda målsättningar. (Järvikoski)

För att uppnå en fungerande rehabilitering är det viktigt att samla ihop en mångsidig historia om patientens livssituation, vilket uppnås bra genom ett multiprofessionellt samarbete. Vilket betyder att flera olika yrkesgrupper som läkare, sjukskötare, fysioterapeuter mm. samarbetar för att uppnå bättre vårdkvalité för patienten. Genom det multiprofessionella samarbetet strävar man åstadkomma det som en enskild yrkesgrupp inte klarar av. (Salmelainen 2008)

Idén till arbetet och samarbetet växte fram genom samarbetet i arbetslivet. Bådas arbetsplatser koncentrerar sig på rehabilitering och använder sig av RAI och använder sig även av multiprofessionellt arbetssätt. Genom gemensamma intressen och idéer från arbetets sida och såväl även från skolans sida uppstod idén att göra examensarbete om RAI, rehabilitering och multiprofessionellt arbetssätt tillsammans.

Som arbetsfördelning och metod insamling blev det beslutet att Sabina skulle göra en kvantitativ innehållsanalys av RAI-bedömningar. Och Sofia skulle göra ett kvantitativt enkät med kvalitativa inslag. Insamlingen av det teoretiska materialet gjordes tillsammans, likaså skrevs den teoretiska delen av examensarbete tillsammans.

2. BAKGRUND OCH HISTORIA

I det här kapitlet har vi valt att fördjupa i de centrala ämnen i vårt examensarbete, som är RAI, rehabilitering och multiprofessionellt arbetssätt.

2.1 RAI

RAI-systemet är grundat för att kunna följa upp och utveckla kvaliteten på vården, att bedöma vårdkostnaderna samt att kunna få ett betalningssystem som grundar sig på klientens vårdbehov och på vilken vårdnivå (vilken enhet/avdelning) klienten är på. Huvuduppgiften med RAI är att bedöma klientens hälsotillstånd, att få fram svagheter och styrkorna, och med hjälp av det få fram en individuell vårdplan åt klienten. (Noro& al.2005. s.22)

RAI kan kallas som ett multiprofessionellt arbetsredskap då vårdpersonal, ledare och administrationen använder det. RAI används för att kunna ge patienten en individuell vårdplan, RAI används för att mäta både kvaliteten och effekten på vården. Organisationens administration kan använda RAI som en grund för ett debiteringssystem. (Niemi et al.2010)

Den första versionen av RAI grundades i USA i mitten på 1980-talet, och den gjordes efter behovet på långvårdsavdelning, och namnet RAI, *Resident Assesment Instrument*, som betyder klientens bedömningsinstrument kom därifrån. Redan på 1990-talet utvecklades RAI som ett verktyg till hemvården och mentalvården som ett resultat av internationellt samarbete. An efter i snabb takt utvecklades RAI till serviceboenden, rehabiliteringsavdelningar, akutvården och den palliativa vården. Alla RAI-system har samma grundprincip, alltså ta tillvara patientens resurser, att utveckla och rehabilitera svagheter, men RAI är även anpassat till enheternas behov. (Noro& al.2005. s.22)

År 2000 inleddes ett projekt av Stakes och Chydenius institutet för att få RAI-systemet i bruk i Finland. Tanken med det var att få ett system att kunna jämföra verksamheterna på långvårdsavdelningarna och för att kunna få samarbete att fungera med både offentliga och privata serviceboenden, åldringshem och hvc-avdelningar. (Noro& al.2005. s.9)

RAI rättigheterna är ägda av interRAI (www.interrai.org) som är en internationell forskarorganisation som arbetar utan att få en ekonomisk vinst. THL (institutet för hälsa och välfärd) administrerar RAI i Finland sedan år 2000. (Niemi et al.2010)

Projektet hade några målsättningar; ett var att ta RAI i bruk som individuell bedömning, planering och uppföljning av vården, med ett system som är IT-baserat. Tanken var också att utveckla databaser som är internetbaserade, att få en kunskap att få ut skriftliga jämförelserapporter. Andra målet var att kunna utveckla vården och vårdkvaliteten genom att jämföra verksamheterna på de olika institutionerna och avdelningarna. RAI-systemets pålitlighet, giltighet och användbarhet grundar sig på forskningar som är både nationella och internationella. (Noro& al.2005. s.9)

År 2008 använde en tredjedel av Finlands heldygnsvård för äldre RAI-instrumentet. I och med det så har dessa enheter en möjlighet att jämföra sin verksamhet och klientstruktur och plocka fram nya idéer till sin egen verksamhet för att kunna förbättra sin enhets vårdkvalité, och för att få sina egna resultat förbättrade. (Niemi et al.2010)

RAI innehåller en serie av frågor, *Minimum Data Set, MDS*, (som betyder minsta nödvändiga information) en handbok, och ett hjälpmedel att bygga upp en individuell vårdplan. Idén med *MDS*-frågorna är inte att få precis all information om patienten, utan att få den nödvändigaste informationen om olika delområden. Då frågorna blivit utvalda har det använts kunskap av experter, och frågorna blivit anpassade att vara trovärdiga och omformulerade så att de passar in i RAI-systemet. (Noro& al.2005. s.22-23)

Alla olika RAI-system, akutRAI, anstaltRAI, hemvårdsRAI är anpassade att gå ihop med varandra för att klientens individuella vårdplan fortsätter oberoende var klienten är. Idén är att använda RAI som en fortgående process, klientens funktionsförmåga bedöms an efter klientens situation, vilket kan vara en förändring i allmäntillståndet, eller byte av avdelning/enhet. Då har personalen bättre kunskap och förståelse hurudan rehabilitering och vårdbehov klienten har. Det anses att klienten får den vård som behövs och då används inte klientens och personalens resurser till felaktig verksamhet och vårdåtgärder som inte ger någon nytta åt klienten. (Noro& al.2005. s.22-23)

RAI-benchmarking betyder att liknande enheter kan jämföras med ett ändamål att kunna känna igen och lära sig av varandras verksamhet. THL erbjuder hjälpmedel för att organisationen skall kunna använda benchmarkingen genom att visa varje enhets individuella responsrapport och genom att två gånger i året uppdatera databasen i organisationen. För att organisationen skall få ta i bruk RAI i sin organisation är villkoren att organisationen har avtal med THL och att patientbedömningarna skickas två gånger i året till THL. Då all data är insamlad blir en responsrapport utarbetad. Responsrapporten gäller endast de enheter som utfört ett visst antal (gäller organisationens och THL:s avtal) patientbedömningar som varit fullständigt gjorda. Responsrapporten innehåller RAI-variabler, indikatorer på kvalitet och mätare. Det ger en möjlighet för enheten att göra en jämförelse mellan sin egen och liknande enheter, och då med hjälp av denna rapport kunna förbättra verksamheten på de delområden var prestationen inte varit tillfredsställande. (Niemi et al.2010)

Då klienten kommit till avdelningen skall första RAI-bedömningen göras. Genom att bedöma klientens funktionsförmåga, och planera en individuell vårdplan som utnyttjar klientens styrkor och arbetar på klientens svagheter fås en vårdplan som är gynnsam för patientens rehabilitering. En fullständig vårdplan grundar sig på multiprofessionellt teamworks kommunikation tillsammans med klienten. En skriftlig vårdplan ger en grund som hjälper alla, både klienten och personalen, att fullfölja en bra rehabilitering, som grundar sig på klientens funktionsförmåga. För att kunna göra en fullständig vårdplan behövs information om patientens tillstånd, vilket man får genom att diskutera med klienten, låta klienten bedöma sin funktionsförmåga samt med hjälp av RAI. (Noro& al.2005. s.148)

Genom att göra en individuell vårdplan åt klienten, i samarbete med klienten och ett multiprofessionellt team strävar man till att klienten skall uppnå en sådan psykisk, fysisk och social funktionsförmåga så klienten kan leva ett så självständigt liv som möjligt. För att klienten skall uppnå det betyder att både klienten och personalen binder sig att använda vårdplanen för att klienten skall rehabilitera sig. Vårdplanens målsättning grundar sig på klientens och det multiprofessionella teamets mål som värderas med jämna mellanrum, och olika RAI mätare, som exempel kognitionsmätaren och smärtmätaren används som hjälpmedel. (Noro & al.2005. s.157-159)

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering i Finland var på 1940- och 1950 talet mest skötandet av skador som uppkommit i kriget eller olyckor. (Järvikoski, m.fl.2005.s12)

Invalidlagen kom i kraft 1947 och ansågs vara den första rehabiliteringslagen i Finland. Då var lagen ansedd för en specialgrupp vars förmåner var medicinsk omvårdnad, skolning och arbetshälsovård.

På 1950-talet sågs rehabiliteringen som en funktion som ledde från sjukbädden till arbetslivet och som en funktion som förebyggde arbetsoförmågenhet. Den etablerade sig till en tredje uppgift vid sidan av förebyggande hälso- och sjukvård. (Kuntoutusportti)

An efter så lades det till olika delar i rehabiliteringen. På 1960-talet utvidgades rehabilitering till den allmänna servicen, som en del till socialvården, hälsovården, arbets- och skolningstjänster. Folkpensionsanstalten grundade en egen rehabiliteringsavdelningen på 1960-talet. På 1970-talet togs den medicinska rehabilitering med i hälsovårdslagen. Små förändringar har gjorts, men rehabilitering som en helhet har sett nästan likadan ut de senaste tjugo åren. (Kuntoutusportti)

Rehabilitering grundar sig på klientens och vårdpersonalens tillsammans gjorda plan som visar klientens styrkor och svagheter, funktionsförmåga och rehabiliteringsbehovet. Rehabilitering tillsammans med vårdpersonal är en fortgående process, var det med jämna mellanrum bedöms framstegen i rehabiliteringen, de nya svagheter och nya styrkorna och görs an efter en ny plan för att uppnå de målsättningar som blev uppsatta i början av rehabiliteringsprocessen.

Rehabilitering är individuell. Rehabilitering är en personlig förändrings, växt-och inlärningsprocess vars mål är att nå individens optimala funktionsförmåga samt att komma på sätt att underlätta individens vardag. Rehabilitering som en förändringsprocess påverkar individen själv, hans tankesätt, funktionen och individens omgivning. Målsättningen med

rehabilitering utgår alltid från människan själv, och för att kunna uppnå målen behövs samarbet mellan den rehabiliterade samt den professionella personalen. (Kunoutusportti)

Den geriatriska rehabiliteringens utgångspunkt grundar sig på att förstå åldrandet som en helhet. Geriatriska rehabiliteringen borde vara en naturlig del i geriatrikernas service, att i förebyggande syfte hjälpa till så att geriatrikerns funktionsförmåga inte försämras samt att använda rehabilitering som en del av vård i olika sjukdomar. Den geriatriska rehabiliteringen är personlig, utgår från geriatrikerns livssituation och livshistoria, och med hjälp av det kan geriatrikern tillsammans med vårdpersonal sätta upp mål för att få en gynnsam rehabilitering. (Kuntoutusportti)

2.3 Multiprofessionellt samarbete

Begreppet multiprofessionellt samarbete började uppträda mer ofta i slutet på 1980-talet i samband med att olika yrkesgrupper och experter samarbetade. I Finland blev begreppet mer vanligt på 1990-talet. Begreppet multiprofessional används i många olika meningar och är som begrepp ganska obestämt. För det mesta används begreppet för att beskriva då experter från olika yrkesgrupper samarbetar, slår ihop sin kunskap. (Isoherranen, m.fl. 2008. s.33)

I social- och hälsovården är det olika arbetsgrupper som bildar arbetsenheter. På en arbetsenhet kan det vara läkare, sjukskötare, fysioterapeuter, näringsterapeuter, socialarbetare, psykologer, mm som arbetar. Tidigare har de arbetat sida vid sida, gjort sina egna uppgifter men nuförtiden poängteras det att samarbeta, för att klienten skall få den maximala nyttan. (Isoherranen, m.fl. 2008 s.13-14)

Inom social-och hälsovården kan multiprofessionellt samarbete beskrivas som ett arbete som utgår från klientens behov, var det då strävas att ta i beaktande klientens liv som en helhet, inte bara den sjukdomen som klienten lider av för tillfället, samt då också ta i beaktande klientens vårdhistoria. Med vårdhistorien får man fram hur klienten tidigare har återhämtat sig från möjliga sjukdomar, samt vad som har förändrats hos klienten efter möjliga

sjukhusvistelser. Klientens vårdhistoria är en viktig del i rehabiliteringen. Då all fakta om klienten fått fram så kommer de olika yrkesgrupperna att tillsammans bearbeta det data de fått, tillsammans med klienten eller klientens anhöriga och då de tillsammans arbetar fram den individuella målsättningen för att förbättra klientens välmående. Tillsammans kommer de fram till vilka åtgärder som behövs för att klienten skall nå målsättningen för sitt välmående. Då de olika yrkesgrupperna samarbetar, kommer det bättre fram en helhet i klientens vård, då de delar med sig av sin kunskap samt synsätt på klientens tillstånd. Genom att samarbeta och dela med sig av sin kunskap så strävar de professionella till ett gemensamt mål, dvs, klientens maximala välmående. (Isoherranen, m.fl. 2008. s.15-16) Med den delade kunskapen strävar man att nå det vad den mest skickliga personen inte ensam kan nå. I gruppen så samlar man tillgång till ny kunskap för att klientens skall få den bästa vården som klienten behöver. Individen är experten inom sitt område i gruppen. Då är expertens uppgift att dela med sig av sitt kunnande, fylla i de andras kunnande i gruppen och inte bara själv ha kontroll över sin kunskap. (Salmelainen 2008)

Rehabilitering är en del i vården som kräver planering, mångsidig kunskap och tid. Rehabilitering har som målsättning att hjälpa klienten att få tillbaka kontroll över sitt liv och sin hälsa efter en sjukdom eller olycka. För att rehabiliteringen skall lyckas så kräver det tätt samarbete av de olika yrkesgrupperna inom social- och hälsovården. Rehabiliteringen grundar sig långt på multiprofessionellt samarbete, på delat kunnande, samarbete både in i organisationen samt mellan olika organisationer. De personer som arbetar i multiprofessionella arbetsgrupper kan vara i olika åldrar, ha olika bakgrundshistorier, olika utbildningar, olika arbets- och livserfarenheter samt ha olika arbetsgivare. Utbildningen formar yrkespersonalens värderingar och attityder och utvecklar deras förmåga att känna igen och att ta i beaktande klientens behov. I den multiprofessionella arbetsgruppen kan personalen utveckla, komplettera och vidga sin kunskap. (Salmelainen 2008)

3. TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram har vi använt Imogene King's teori som betonar patientens och vårdarens växelverkan. Vårdaren och patienten bedömer varandra och situationen, reagerar och fungerar, är i växelverkan och följer avtal. King definierade vårdarbete som en mänsklig

växelverkan mellan vårdare och patient, var båda parterna kommunicerar med varandra för att sätta upp mål, undersöka sätt att uppnå dessa målsättningar och tillsammans väljer de verktyg för att uppnå målen. (Marriner-Tomey 1994 sid.63)

King´s teori passar enligt oss väldigt bra som en teoretisk grund för vår undersökning. Hennes sätt att se på rehabilitering och även hennes tanke om hur viktigt en fungerande växelverkan mellan patient och vårdare är. I vårt arbete undersökte vi i hur RAI instrumentet används på avdelningen. RAI är en viktig del i den rehabiliterande vården, på grund av att man genom den får upp de viktigaste rehabiliteringspunkterna för var patient. Därefter är det fast i vårdaren och patienten att inom punkterna hitta fungerande rehabiliterande målsättningar. Här ser vi även hur King`s teori stöder vår undersökning. Inom vården på rehabiliterande avdelningar är det viktigt att uppnå fungerande växelverkan för att bättre kunna uppnå målsättningar. Vilket leder till en fungerande rehabiliterande vård, vilket både patient och vårdaren på avdelningen upplever som positivt.

3.1 Teori om att uppnå målsättningarna

Teorin om att uppnå målen har några centrala begrepp: växelverkan, iakttagelse, kommunikation, transaktion, roller, stress, tillväxt / utveckling, tid och rum.

- Växelverkan mellan vårdare och patient uppstår av bådars tidigare kunskaper, upplevelser och målsättningar.
- Iakttagelse är människan syn på omgivningen.
- Kommunikation definieras som en process var båda individerna ger information åt varandra, både direkt och indirekt.
- Transaktion är en avsiktlig funktion om växelverkan som leder till att målen nås.
- Roller, Kings definition på roller är en grupp på olika betenden, som förväntas av människor i olika ställningar, såsom sjukskötaren har sin roll, patienten sin roll, läkaren sin roll, osv.
- Stress, definierar King som en dynamisk situation var människan är i växelverkan med sin omgivning.
- Tillväxt/utveckling definieras av King som fortlöpande förändringar som leder till att individen mognar.

- Tid definieras som en serie av händelser som leder framåt, mot framtiden.
- Rum är den direkta omgivningen var växelverkan mellan patient och vårdare sker.

(Marriner-Tomey.1994.s.299-300)

3.2 Hypoteser

Genom sin teori kom Imogene King fram till sju hypoteser om att uppnå målen:

1. När en god växelverkan uppstår mellan vårdare och patient leder det till att båda ömsesidigt sätter upp en målsättning.
2. Vårdaren och patienten har sina egna förväntningar om varandra och genom kommunikation så får de fram en målsättning som tillfredställer båda.
3. När både patienten och vårdaren är tillfredsställda, ökar möjligheten att målsättningarna uppnås.
4. När målsättningarna nås minskar det på stress och ångest i vårdsituationerna.
5. När målen uppnås ökar det på patientens överlevnadsförmåga och inläring i vårdsituationer.
6. Då patient och vårdare upplever rollkonflikter minskar det på transaktionen mellan vårdarens och patientens växelverkan.
7. När förväntningen går ihop med prestationen ökar transaktionen mellan vårdare och patient i växelverkan i situationer.

(Marriner-Tomey. 1994.s.303)

4. TIDIGARE FORSKNINGAR

Vi har valt att dela upp tidigare forskningar i tre kategorier: RAI, multiprofessionellt samarbete och rehabilitering och det finns massor av material. Material har sökts på olika databaser, Google scholar och ebsco, med sökorden: rehabilitering, kuntoutus, moniammatillinen hoitotyö, resident assesment instrument, o.s.v. Vi har valt nyare forskningar, det vill säga de mellan åren 2000-2011.De artiklar vi valt till examensarbetet har varit de som vi anser har samband med vår forskning.

4.1 RAI

Tidigare forskning om RAI söktes på databasen scholar med sökorden: resident assesment instrument. De kom 213 000 träffar. Vi har valt tre forskningar som har ett samband med vår forskning, nämligen trovärdigheten och vårdkvalitén i användningen av RAI. Två av forskningarna är engelskspråkiga och lite äldre, från 1997, men innehållet är ändå viktigt.

Efforts to establish the reliability of the resident assesment instrument

Syftet med denna forskning är att förklara och samla ihop bevis från bidragen som gjorts för att testa RAI-delarnas trovärdighet. Testländerna var Danmark, Island, Italien, Japan, Sverige och USA.

Resultaten är baserade på dubbla bedömningar som är gjorda av legitimerad vårdpersonal. Sjuksköterskorna som deltog i forskningen blev inlärd av forskarna. Från varje enhet var två sjukskötare anvisade att göra en RAI- bedömning på en grupp patienter. Sjuksköterskorna gjorde bedömningen självständigt och var förbjudna att diskutera med varandra om patientens bedömning och resultaten förrän denna forskning var klar.

En översikt över proceduren har använts i att forska RAI:s trovärdighet. I de europeiska länderna och Japan var patienterna slumpmässigt urvalda ur register. I USA granskades patienterna noggrannare, beroende på specifika problem o.s.v.

I varje land så utförde två sjukskötare självständigt en RAI-bedömning om samma patient. Trovärdigheten testades genom att bedömningen gjordes samtidigt och sjuksköterskorna hade tillgång till samma information om patienten. Båda samlade samma patientinformation genom likadana procedurer och använde samma RAI-indikatorer, svarskategorier och definitioner. Resultaten demonstrerar att trovärdigheten om RAI är advekat för denna forskningens syfte.

Resultaten visar att en enorm majoritet av RAI-delarna framställer en duglig trovärdighet i alla länderna som var i denna forskning. De delarna som var viktiga i och med att de förklarade om patientens funktionsförmåga förevisade RAI utmärkt trovärdighet i de flesta delarna, såsom patientens självständighet (ADL), behovet av hjälp (ADL) och hörseln.

RAI innehåller många olika delar och de viktigaste elementen som gäller patienten i vårdhem är de delar som handlar om patientens funktionsförmåga, hälsotillståndet, vilken service patienten får, och hurdan patientens vårdbehov är.

För att kunna bevisa nytta med RAI så måste RAI vara trovärdigt. Denna forskning visade att en stor del av RAI är tillförlitlig, endast små skillnader mellan länderna kom fram. (Sgadari et al. 1997)

Using the resident assessment instrument for quality enhancement in nursing homes

Syftet med denna forskning är att hur ett teknologiskt inslag om resultat är i utveckling i vårdhem. Denna forskning visar hur RAI, Resident Assessment Instrument, som är testat i olika länder kan med basen på informationen som fås urt RAI ge en försäkran om att kvaliteten på vården kan förbättras i långvården hos äldre på vårdhem.

Komponenterna i kvaliteten kan indelas i tre kategorier: struktur, process och resultat. Strukturerna mäts i form av mängden personal relaterat till kapaciteten att ge vård och patientmängden. Processen av att ge kvalitet åt patienten mäts genom att patienten får åt denna passande service. Resultaten mäts av värdeeffekten patienten fått. Denna forskning demonstrerar hur RAI:s analyser om vårdkvalitet i vårdhem kan upplysa om patientens vårdprocesser samt resultat som vården gett.

RAI materialet som samlades till denna forskning, kom från fyra olika länder. Alla godkända vårdhem i Kansas, USA. Av 75 st vårdhem i Köpenhamn, Danmark, så deltog 65st. Alla kompetenta och godkända vårdare i Reykjavik, Island och från Italien slumpmässigt utvalda enheter. Detta material blev utvalt av två orsaker: Alla fälten representerar enheter som fungerar i olika typer av långvårdssystem. Både patienterna och praktiska vårdmönstren skiljer sig stort. Materialet till denna forskning är insamlat endast p.g.a att förtydliga denna forskningens syfte. Forskningen demonstrerar hur kvaliteten kan bli mätt och jämförd, och förbättrad efter det.

RAI kan ge ett väldigt brett urval om potentiella kvalitetsmätare, speciellt av material från en längre tid, som exempel av flera RAI-bedömningar. Med det materialet, bedömningarna, kan man sätta sig in i specifika problemområden, som t.ex. hur patienten klarar av sina dagliga

sysslor, hurudan hjälp patienten är i behov av o.s.v. Med flere bedömningar kan man se åt vilket håll patientens förmåga utvecklas, har patienten blivit sämre och behöver mer hjälp eller har patienten blivit bättre och klarar sig mera självständigt.

Det insamlade materialet delades in i två grupper, i negativa resultat som om patienten fallit inom de senaste 30 dagarna, grov viktninskning, uppkomst av trycksår, o.s.v. Den andra gruppen handlade om potentiella problem i kvalitetsprocessen såsom användning av neuroleptiska och sedativa mediciner utan diagnos eller förklaring till användningen, ifall patienten inte får någon sorts terapi då, ifall patienten har mycket lite aktivitet o.s.v.

Resultaten erbjuder bevis på betydande variationer i alla olika länderna. Alla enheter som deltog hade olika punkter som blev igenkända som kvalitetsproblem, men som ändå hade potential till att fördjupa sig in i punkterna för att få undersökt hur det skulle förbättras. Dessa problem punkter kan arbetas bort då användningen av RAI-resultaten utnyttjas och då förbättras vårdkvalitén, för då koncentreras det på patientens behov, patienten får då den hjälp och vård han behöver.

Denna forskning var endast ett exempel på hur användningen av RAI kan förbättra vårdkvaliteten. Forskningen ger en inblick på hur RAI kan användas i att förbättra kvaliteten och att hantera resultaten i vården.

RAI är ett omfattande verktyg till hälsovården, som rätt använda kan ge de äldre patienterna en mera kvalitetsmässig anstaltvård. (Phillips et al. 1997)

Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä

Resultaten visade att trots att RAI tagits i bruk redan år 2000 så har RAI-resultaten börjat användas först mycket senare. Av personalen skolades bara några i början, några sjukskötare och några närvårdare, som blev avdelningens RAI-ansvariga. De skötte om bedömningarna samt informerade de andra i personalen hur det skulle göras. I början gjordes RAI-mätningen två gånger i året åt klienten och den gjordes av egenvårdaren. Det gav en stor press åt

egenvårdaren, och RAI ansågs vara en negativ sak som var mycket tidskrävande. Efter hand som personalen blivit van med RAI och kan använda RAI, så används resultaten till vårdplanen och i och med det har patientens vård blivit till en klarare helhet. Att göra en RAI bedömning hjälper egenvårdaren att förstå klientens vårdbehov.

Som ett problem ansågs att läkaren och fysioterapeuterna inte deltar i ifyllandet av RAI. Denna avdelnings målsättning är att samarbeta med fysioterapeuterna för att få dessa delar i RAI- bedömningen rätt ifyllda.

Enligt denna undersökta avdelning så var RAI-skolningen mycket viktig för att personalen skall kunna fylla i RAI rätt samt att kunna tolka resultaten för att använda dem i patientens vårdplan. Att ge tillräckligt med tid för ifyllandet var också en viktig del. (Stakes)

4.2 Multiprofessionellt samarbete

Multiprofessionella forskningarna finns det mycket om som gäller någon specifik sjukdom eller rehabilitering. Vi har försökt att i detta fall använda oss av forskningarna som undersökt fenomenet på allmän nivå. Som sökord har vi använt: moniammatillinen hoitotyö, multiprofessionellt team, multiprofessionellt samarbete, multiprofessional teamwork. Vi har sökt från databasen scholar.

Vi valde att använda tidsgräns mellan 2000-2011. Vi har valt att använda de forskningarna som varit gratis tillgängliga och hela forskningen varit tillgänglig. Forskningarna har fått vara på finska, svenska och engelska språken.

Multiprofessionella team i vården. Fördelar och fallgropar.

I Olivia projektet som gjordes i Landstinget i Östergötland forskades det om både fördelar och nackdelar med det multiprofessionella arbetet.

Forskningen hade en beskrivning på det multiprofessionella teamet: arbetare från olika yrkesgrupper samarbetar och lär sig av varandra, arbetar mot ett gemensamt mål, men alla bidrar med egen kunskap och information. Deltagarna är professionella inom sitt eget yrke.

Multiprofessionella teamarbete utgår från patientens behov, och kunskapen från de olika yrkesgrupperna hjälper att patienten skall uppnå hälsa. Det multiprofessionella teamet skall vara en del i patientens vårdkedja.

I ett multiprofessionellt team så lär sig deltagarna av varandra och deltagarnas egna yrkesroll förstärks. Enligt forskningen så kan multiprofessionella arbetssättet ta tid från arbetsdagen då det hålls möten och vårdplanerings tillfällen men det ger tillbaka i effektiviteten. Då teamet tillsammans gör beslut och patientbedömningar så kan det minska stressen i vårdarbetet.

I forskningen kom det fram att patienten märker att vården blir enklare med multiprofessionellt arbetssätt genom att vården blir enklare och en helhet och den genomförs med kontinuitet. Patienten skall inte märka hur vården organiseras, utan patienten skall märka det multiprofessionella arbetet genom att alla yrkesgrupper som har med patienter att göra, följer den gemensamma vårdplanen, samt följer de strategierna att uppnå målsättningarna. Det ger en trygghet åt patienten och patienten blir snabbt och tydligt delaktig i sin vård.

I forskningen kom det fram några värderingar som är viktiga för det multiprofessionella arbetssättet:

1) Delaktighet

Var och en individ i teamet bör veta sin roll, ha målen klara, ha de medel och kunskap som behövs för att resultaten skall uppnås.

2) Samverkan

Genom att samarbeta kombinera kunskap från de olika yrkesgrupperna för att uppnå det bästa resultatet.

3) Processorientering

Verksamheten skall ses som en process, som skall ge värde åt den som behöver det, i detta fall patienten.

Med multiprofessionella team försöker man använda och utnyttja personalens kunskap bättre och mångsidigare. Det multiprofessionella teamet har blivit en viktig del i patientens vårdprocess, då patienten vårdas mera som en helhet. (Kvarnström & Wallin. 2001)

Interprofessionella team i vården - en studie om samarbete mellan hälsoprofessioner

Syftet med forskningsprojektet var att kunna beskriva och undersöka hur team medlemmar ur olika hälsoprofessioner skapar och konstruerar team och teamarbete med innebörd.

Forskningsprojektet genomfördes som två delstudier.

Syftet med delstudie ett var att undersöka hur det multiprofessionella teamets medlemmar talar om sitt team.

Som fokus på analysen tittade man på de diskursiva mönster och deras funktion vilka uppkom när teamets medlemmar talade om teamet.

Den andra delstudiens syfte var att först identifiera svårigheterna och därefter beskriva vad de olika hälsoprofessionerna upplever som svårigheter med det interprofessionella teamarbetet.

Avsikten med det här var även att möjlig göra en diskussion om interprofessionellt lärande.

Som en datainsamlingsmetod användes det kvalitativ metodansats för att det skulle fås fram respondenternas erfarenheter och åsikter. Då intresset föll på teammedlemmarnas diskussioner, erfarenheter och åsikter valdes det som lämpliga metoder gruppintervjuer och individuella intervjuer.

I forskningen kom det fram många slutsatser. Vi valde två här:

* Genom att höra till ett interprofessionellt team gav det ett flerdimensionellt sätt för den enskilda individen att kategorisera sig själv. Genom att se sig som ett team kunde "vi" ordet användas för flere hälsoprofessioner inom teamet.

* Genom svårigheter i teamet uppstod problem med att använda sig av alla resurser inom teamet och dess olika hälsoprofessioner. Vilket minskade helhetssynen om patientens problem vilket ledde till att patienten inte bemöttes på önskat sett. (Kvarnström. 2007)

4.3 Rehabilitering

Rehabilitering finns det mycket artiklar om. Många baserar sig på att rehabilitera efter en viss sjukdom, eller en viss patientgrupp, men vi har valt de artiklar som gäller allmänt, men ändå äldre vuxna eller åldringar, eller vårdpersonalens syn på rehabilitering. Vi använde databasen ebsco och google scholar. Vi valde att använda tidsgräns mellan 2000-2011. Vi har valt att använda de forskningar som varit gratis tillgängliga och hela forskningen varit tillgänglig. Forskningarna har fått vara på finska, svenska och engelska språken.

Multidisciplinary perceptions of the role of nurses and health care assistants in rehabilitation of older adults in acute health care.

Syftet med denna forskning var att undersöka ifall sjukvårdspersonalen (i denna forskning närvårdare, sjukskötare, terapeuter och läkare) aktivt försöker få äldre vuxna att engagera sig i rehabiliterings program.

Till forskningen användes 24 stycken semi-strukturerade intervjuer som bandades. Intervjuerna handlade om sjukvårdspersonalens förståelse om rehabilitering, hurdana kunskaper behövs och deras uppfattning om sjukskötarens och närvårdarens roll i rehabiliteringen. Intervjuernas transkribering analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys.

Som resultat kom en generell samstämmighet om att närvårdarna var bäst placerade att överföra terapi och närvårdarna var de mest aktivt inblandade i dagliga sysslorna och att det var närvårdarna som hade mest direkt kontakt med patienterna. Det att sjukskötarens roll på avdelningen dygnet runt ansågs som en viktig del i rehabiliteringsprocessen. Det kom fram i forskningen att terapeuterna trodde att sjukskötarens roll inte hade tid att inta rehabiliteringen i sin roll, för att de behövde fokusera sin tid på grundvård och vårdåtgärder. Terapeuterna betonade att de inte försökte få sjuksköterskorna att göra deras jobb.

Resultaten visade att det var närvårdarna som var mest aktiva i att överföra terapi i rehabiliteringen. Trots detta fanns det hierarki i rollerna eftersom närvårdarna ändå själv ansåg att de inte aktivt var inblandade i beslutsfattningar och i planerande av hemfärd. (Atwal&al.2006)

Patient's dignity in a rehabilitation ward: ethical challenges for nursing staff

Syftet med denna forskning var att undersöka hurdana utmaningar sjuksköterskorna möter på den rehabiliterade avdelningen. I forskningen ville man få fram sjukskötarens relation till patienten och hurdana utmaningar sjukskötaren har för att bibehålla patientens värdighet och integritet.

Datansamlingsmetoden skedde med intervjuer av fyra olika grupper, och varje grupp bestod av fem eller sex sjuksköterskor. Denna forskning var kvalitativ, den började med några hypoteser, men den var öppen mot andra alternativ.

Forskarna delade in sina resultat i tre olika kategorier:

1. Sjukskötarens syn på patientens reaktioner, förväntningar och där av utmaningar

I den här kategorin framstod det speciellt två aspekter: livskvalitet associeras till att vara kapabel att själv klara av sina sysslor, och endel patienter kämpar för att bibehålla värdigheten. Dessa aspekter är sammanvävda i önskan om att klara sig själv och vara självständig, och därmed vara värdiga. Denna kategorin i resultaten är den enda som specifikt betonar livskvaliteten.

En annan aspekt som några av intervjugrupperna fokuserade sig på var hur patienterna reagerade och betedde sig, exempel som de tog fram i artikeln: då en patient ansågs vara för svag för att kunna åka hem och klara sig där, så erbjöds det en plats åt patienten på ett boende. Patienten reagerade starkt på detta och började rehabilitera och träna sig intensivt för att klara sig själv hemma.

2. Sjukskötarens syn på anhörigas reaktioner, förväntningar och där av utmaningar.

Största delen av grupperna hade kommenterat att anhörigas förväntningar och krav ofta var orealistiska med tanke på patientens rehabilitering och vad samhället kan erbjuda. Samarbetet mellan patient och anhöriga, och samarbetet mellan anhöriga och avdelningen kunde tidvis vara besvärligt. Resultatet visade att anhöriga kan vara mer krävande nuförtiden än tidigare. Sjuksköterskorna ansåg att en utmaning var att bemöta anhöriga i patientens rehabiliteringsprocess på ett sätt att anhöriga ej känner sig sårade och nervärderade.

3. Sjukskötarens syn på andra problem som hindrar rehabiliteringen och inblandade utmaningar.

I denna kategori syns det konflikten mellan både administrationen och ekonomin och rationaliteten i vården kan bli sedd, trots att det inte alltid är nämnt. Sjuksköterskorna menade att det är svårt att göra valet om att vilkendera patient får rehabilitering, skall en väldigt sjuk patient rehabiliteras eller skall den patient som verkligen behöver rehabilitering få det. Andra dilemmat var ifall patienten som är verkligen sjuk måste stå ut med undersökningar som inte leder någonstans, eller ifall det räcker att patienten får vård och omsorg.

En av intervjugrupperna poängterade att det är viktigt att arbeta med patientens resurser och potential. En annan grupp poängterade att målsättningen i vården, skall utgå från patienten själv och dennes potential. Det poängterades också hur viktigt det är att bemöta patienten och att bekräfta dennes individualitet. (Stabell&Nåden.2006)

Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta

Syftet med denna forskning var att förstå den rehabiliterades relation till rehabiliteringen som en processhelhet. I forskningen ville man få fram den rehabiliterades uppfattningar om rehabilitering och genom det tolka rehabiliteringsprocessens olika delar i en genomgående rehabilitering.

Som datainsamlingsmetod hade man 22 stycken rehabiliteringspatienters halvstrukturerat intervjumaterial. Av dessa 22 stycken intervju personer var 14 stycken i arbetsför ålder som genomgått stroke och rehabilitering till det och 8 stycken var unga och vuxna med cp-skada och rehabilitering till det.

Resultatet är ännu i analyskedet. Resultaten har ändå redan blivit delade i tre kategorier som beskriver fenomenet som undersökts. Det som framkommit är att enligt rehabiliteringsklienternas uppfattning så finns det rikligt med variationer i de olika rehabiliteringsprocesserna. De uppfattningar som är av betydelse är de som gäller rehabiliteringspatientens livssituation och personliga rehabilitering. (Koukkari.2009)

Kelan geriatriksen kehittämishankkeen monitointeisen tutkimuksen tulokset

Syftet var att undersöka rehabiliteringens effektivitet, att undersöka rehabiliteringsprocessen och bedöma rehabiliteringens kostnadseffektivitet. Som forskningshypotes var det att rehabilitering på avdelning förlänger tiden för åldringen att bo hemma.

I undersökningen deltog 741 personer som var berättigade att få pensionsstöd från FPA. Deltagarna delades in i två grupper: ena gruppen deltog i en tre-delad rehabiliteringsprocess och den andra gruppen var en jämförelsegrupp. 43 personer valde att inte delta i undersökningen. På basen av enkät, intervjuer och videomaterial om rehabilitering som en händelse och erfarenhet undersöktes det om rehabiliteringens betydelse i åldringens vardagliga liv som innebär det sysslor som åldringen skall göra för att kunna bo hemma. Det undersöktes hur rehabiliteringen förverkligas, vad den innehåller, samt samarbete mellan patient och rehabiliterarna. I början av undersökningen och efter ett års uppföljning kollades följande saker på åldringarna: hälsotillståndet, funktionsförmågan, depressionskala, sociala livssituationen, användning av olika servicer som erbjuds och behovet av dem, smärtskala,mm.

Resultaten visar att båda grupperna var jämlika i början. I följande undersökning så visade det sig att båda gruppernas resultat blivit sämre än före rehabiliteringen, jämförelsegruppen hade något sämre resultat. Rehabiliteringsprocessen uppnåddes inte på alla delar enligt målsättningarna och rehabiliteringen visade sig vara mera betonat på fysioterapi och motion. De åldringar som deltog i grupprehabiliteringen uppskattade stödet det fick från de andra deltagarna. Undersökningen visade att åldringens tid att klara sig hemma inte förlängdes med hjälp av rehabiliteringen, men kvaliteten på tiden att att ännu klara sig hemma förbättrades. (Hinkka et al. 2009)

5. SYFTE, MÅL OCH PROBLEMSTÄLLNING

Arbetets syfte var att undersöka hur RAI-instrumentet stöder det multiprofessionella arbetsättet på utvald avdelning.

Målet är att resultaten skall hjälpa att utveckla och sammanfatta problemen mellan RAI och det multiprofessionella arbetssättet så att personalen på avdelningen skulle se nyttan i ”bandet” mellan RAI och multiprofessionella arbetsättet.

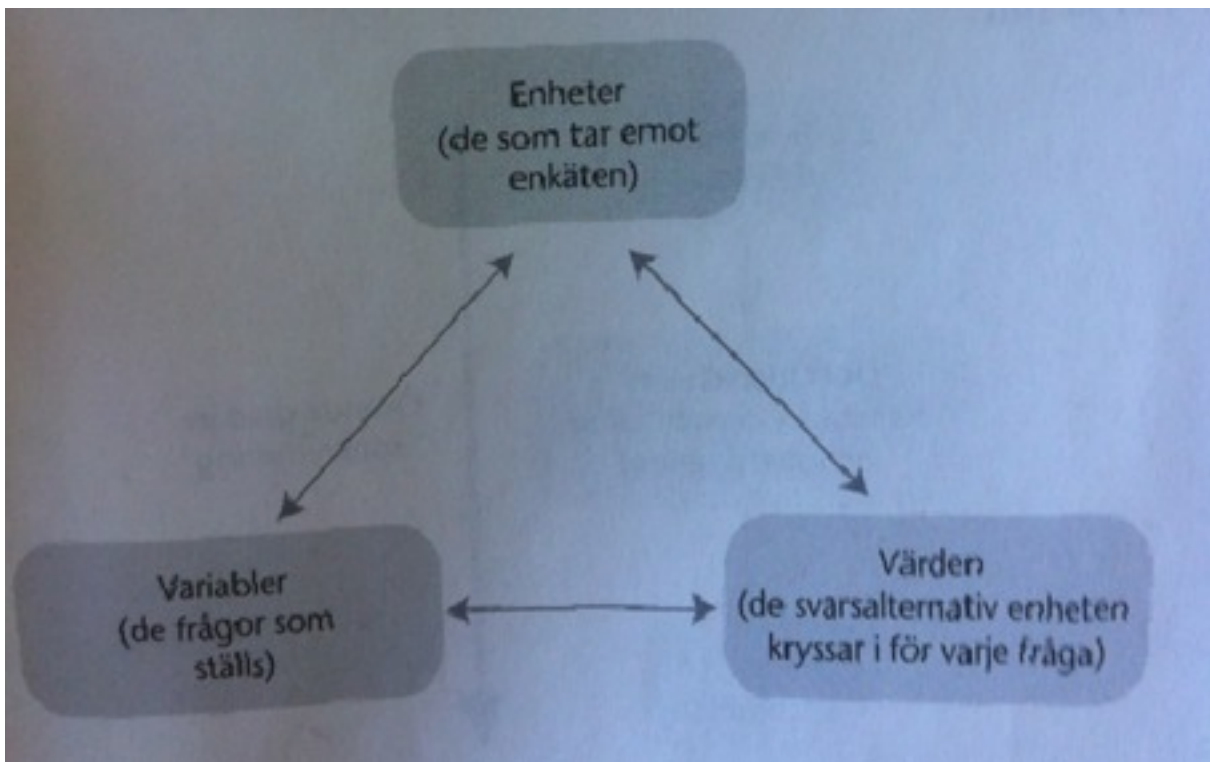
Som forskningsfrågor hade vi:

1. Hur ofta görs RAI mätningarna på avdelningen?
2. Av vem utförs RAI mätningarna?
3. Används RAI resultaten i klientens vårdplan och rehabilitering?
4. Syns det hur resultaten används i den skriftliga dokumentationen?
5. Påverkar systematisk användning av RAI vårdens kvalitet?

6. METOD

Den kvantitativa metoden är oftast både extensiv, den behandlar många enheter och är ofta relativt sluten, alltså forskaren har i förhand avgänsat hurudant material som skall samlas in till forskningen. Tanken med denna metod är att på ett enkelt sätt standardisera och systematisera sitt material för att sedan lägga in det i datorn för att kunna analysera enheterna. Då forskaren valt att använda kvantitativ metoden måste informationssamlingen standardiseras, som betyder att varje enhet kan ej behandlas unikt, utan enheterna måste bli

insatta in kategorier och fack som blivit tidigare bestämda. Med kvantitativa metoden på centrala begreppen kategoriseras och preciseras före den empiriska undersökningen blir gjord. Insamling av primärdata i den kvantitativa metoden domineras av en typ, nämligen enkät med fasta svarsalternativ. Forskarens frågor blir besvarade inom de ramar som blivit utsatta på förhand, som ex: ”ja, nej, o.s.v”. Med andra ord så utgår forskarens problemställning före undersökningen av tre centrala element: det som vill undersökas(enheter), det som är av intresse(variabler) och vad människor anser om ämnet(värden). Enkätundersökningen kan kortfattat visas på bilden:



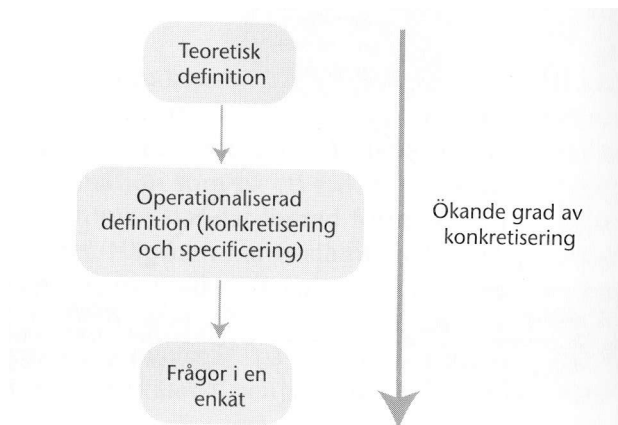
Figur 1.

(Jacobsen.2007.s.181)

6.1 Enkät

Att framställa enkät är en process som betyder att forskaren måste gå igenom en operationalisering, dvs. göra ett begrepp mätbart eller operativt. I en kvantitativ forskning görs det genom att precisera och genom att göra det abstrakta begreppet konkret. Ett abstrakt begrepp är samma som en teoretisk definition, det är ingenting som direkt kan kännas eller mätas. När det är gjort, utformas ett konkret mätinstrument, som ex. en enkätfråga.

(Jacobsen. 2007. s.181-182)



Figur 2. En illustration om processen att få fram enkätfrågor. (Jacobsen. 2007. s182)

Vi valde att ha en kvantitativ enkät med kvalitativa insatser. Med kvalitativa insatser har vi fått enkäten mer öppen genom ha några frågor som människorna kunde svara på med egna ord. (Jakobsen.2007.s.48)

Enkäterna fördes till avdelningen, och personalen hade två veckor tid att fylla i den. Vi förde 20st enkäter, varav 18 var ifyllda då vi sökte dem. Enkäterna handlade mest om RAI och användningen av RAI-instrumentet. Frågorna var till mestadels kvantitativa, då vi ville få fram med siffror resultaten om mängden personal som gör RAI-bedömningar, men vi ville ha lite kvalitativa insatser i form av några frågor var personalen fick svara på frågorna med egna ord. Då fick vi fram personalens synpunkter och åsikter om RAI.

6.2 Kvantitativ innehållsanalys

Med en innehållsanalys vill man tolka informationen i texten. Innehållsanalys betyder att texten eller materialet skall kategoriseras, dela in materialet i teman eller problemställningar och då blir forskarens uppgift att få fram hur ofta teman figurerar. En innehållsanalys har bestämda faser som skall genomgå. Med en innehållsanalys vill man med forskningen få fram vilka likheter och olikheter det finns, och en förklaring till dessa skillnader skall sökas.

(Jacobsen.2007.s.139)

Vi gjorde innehållsanalys på RAI-resultat. Målet med innehållsanalysen var att få fram det undersökta fenomenet i en allmän kortfattad form. Vi jämförde patientens två bedömningar för att få fram hur rehabiliteringen hjälpt patienten, samt ifall personalen använt RAI-resultaten i

patientens rehabiliterade vårdplan. RAI-bedömningens resultat kommer i siffror. Därav har vi valt kvantitativ innehållsanalys. Av resultaten, siffrorna kan man tolka patientens tillstånd, och med första bedömningen kan man få fram patientens vårdbehov och hurudan rehabilitering patienten bör få. Med följande bedömning får man fram hur patientens tillstånd förändrats. Med innehållsanalysen kan vi få fram ifall personalen utnyttjat patientens RAI-resultat i vårdplanen och rehabiliteringen. Resultatet man får av en innehållsanalys kan vara en modell som ger en beskrivning om den fenomen som blivit undersökt.

6.3 Data insamling

Vi valde att samla in material på två olika sätt för att få en så mångsidig bild om situationen som möjligt. Vi hade en kvantitativ enkät med kvalitativa inslag som den fastanställda personalen svarade på, så att vi skulle få personalens synpunkt om ämnet. Sedan använde vi kvantitativ innehållsanalys på RAI-resultat från en viss tidsperiod för att kunna se resultaten på patienternas rehabilitering. Därtill använde vi oss av tidigare forskningar om ämnet samt skriftligt material och elektroniskt material.

Materialet till innehållsanalysen var mindre än väntat. De patienter, 12st, varav endast 10 st kunde användas, som var inskrivna hade endel bedömningar ogjorda, endel hade dem delvist ifyllda. Det fanns ingen följande bedömning som skulle ha visat hur patientens tillstånd förändrats. Patienterna var utskrivna ur RAI, utan en bedömning vilket då betyder att det inte fanns resultat att jämföra, som därmed ledde till att en innehållsanalysen blev inte som vi tänkte oss.

När vi var nöjda med enkäten förde vi 20 kopior till avdelningen för två veckors tid. Under den tiden hade den fastanställda personalen chans att fylla i enkäten. Efter två veckor hade 18st av personalen fyllt i enkäten. En stor del av personalen var omotiverade av att fylla i och använda RAI, och det kom även fram att en stor del av personalen var av den åsikten att de inte kunde tyda RAI-resultaten. Trots detta var intresset om tilläggskolning låg, hälften var intresserade medan andra hälften var ointresserade.

7. ETISKA ASPEKTER

Detta examensarbete är utarbetat för att följa Arcadas ”riktlinjer för god vetenskaplig praxis”. Examensarbetet har blivit godkänt av Arcadas etiska råd 30.11.2011, då en del av materialet är samlat anonymt via enkät, och endel är sekretessbelagt. (Arcada, 2012)

Forskningsartiklarna som använts är offentliga. Artiklarna har blivit noggrant behandlade och genomgåna. Materialet som blivit använt i detta examensarbete presenteras på ett sanningsenligt och korrekt sätt. (Arcada, 2012)

Alla som deltagit i denna undersökning är informerade om att deltagandet är frivilligt. Materialet har förvarats på ett tryggt ställe så att inga utomstående har haft möjlighet att komma åt materialet. (Arcada, 2012)

Examensarbetets resultat har alla delar inkluderade sanningsenligt. Inga resultat har blivit förändrade eller presenterade så att läsaren missförstår sig. (Arcada. 2012)

Då examensarbetet var ett beställningsarbete, kommer avdelningen som beställt det få en fullständig kopia på det färdiga examensarbetet. Forskningslov har getts av kommunen var avdelningen ligger. Avdelningen som blir undersökt har blivit vald att hållas som anonym,då risk för igenkännande finns. Material har behandlats och förvarats för att stöda anonymiteten (Arcada. 2012).

7.1 Anonymitet

Ifall personen som deltar i forskningen vill vara anonym, skall denna önskan följas. Detta betyder att det material (data) som samlats skall åtgärdas och bearbetas så att personen inte kan kännas igen genom sina svar. Med andra ord så skiljer man datan från personen för att försäkra anonymiteten.

För att forskaren skall kunna hålla anonymiteten betyder det att materialet inte får komma i obehörigas syn samt materialet skall förstöras efter att forskningen är gjord. (Carlsson. 1984. s-56-57)

7.2 Informerat samtycke / frivillighet

Informerat samtycke betyder att alla som deltar i forskningen skall få fullständig information om alla delar i forskningen, förrän de beslutar ifall de vill delta i forskningen eller inte. Deltagandet är alltid frivilligt, det är alltid deltagaren som gör beslutet ifall han vill delta i forskningen.

Några viktiga delar som informerade samtycket bör innehålla:

- Forskningens syfte bör beskrivas förståeligt.
- Personen som deltar i forskningen har rätt att dra sig ur forskningen när som helst.
- Deltagaren skall få veta hur materialet kommer att användas, förvaras och förstöras efter forskningen.
- Deltagaren skall ha möjlighet att ta kontakt med forskaren för att ställa frågor.

(Carlsson. 1984.s. 57-58)

7.3 Redovisningen av forskningen

Ett krav på forskaren är att då forskningen är gjord skall den redovisas. Den skall redovisas fullständig och sanningsenligt, resultaten får inte vara manipulerade. Redovisningen skall innehålla källor som är fullständigt redovisade samt vem som medverkat i forskningen.

(Carlsson.1984.s.59)

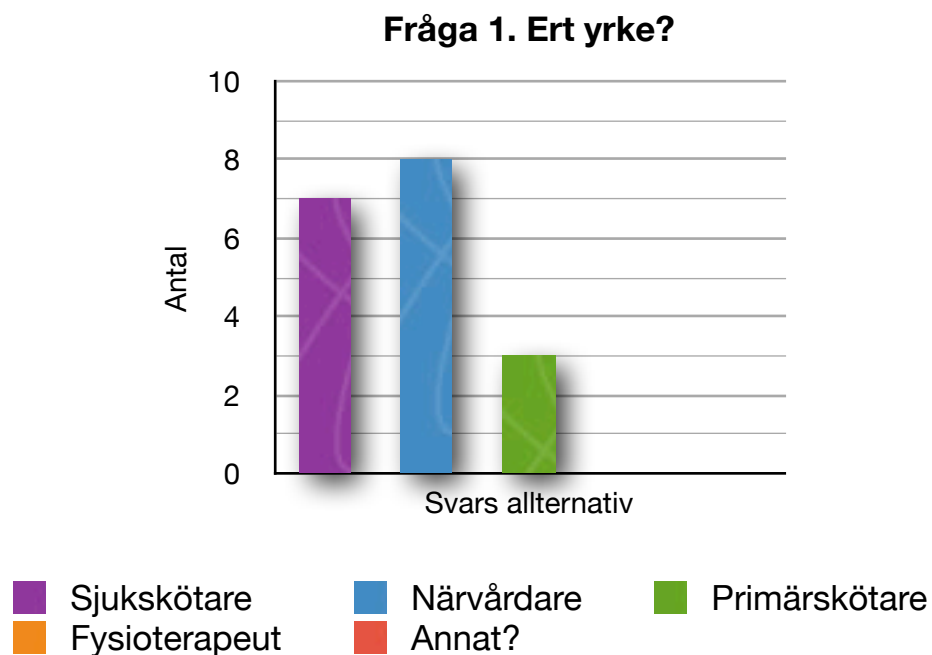
Vi kommer att ge avdelningen som beställt detta examensarbete en färdig kopia på forskningen.

8. RESULTAT

Med resultaten fick vi svar på våra forskningsfrågor, och personalens intresse och användandet av RAI. Vi fick fram sambandet mellan RAI och rehabilitering i resultaten.

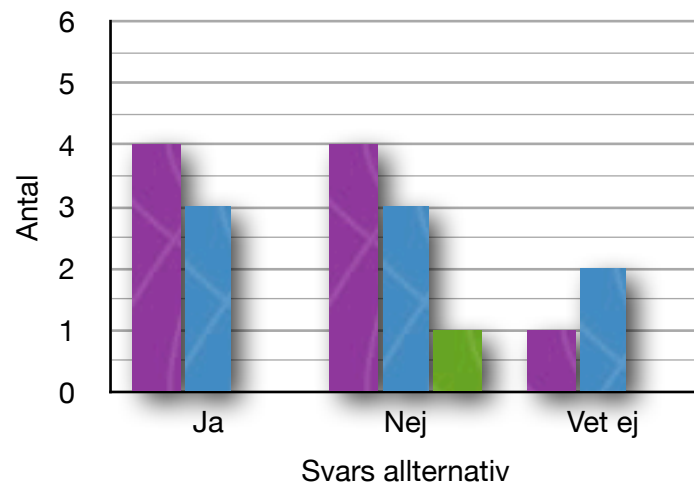
8.1 Enkät

Vi förde 20st enkäter till avdelningen och fick 18st ifyllda tillbaka (se bilaga 1). Det var avdelningen fastanställda som besvarade enkäterna, 7 st sjukskötare, 8st närvårdare och 3st primärskötare.



Tabell 1.

Fråga 2. Har ni deltagit i avdelningens PROFS projekt?



■ Sjukskötare ■ Närvårdare ■ Primärskötare

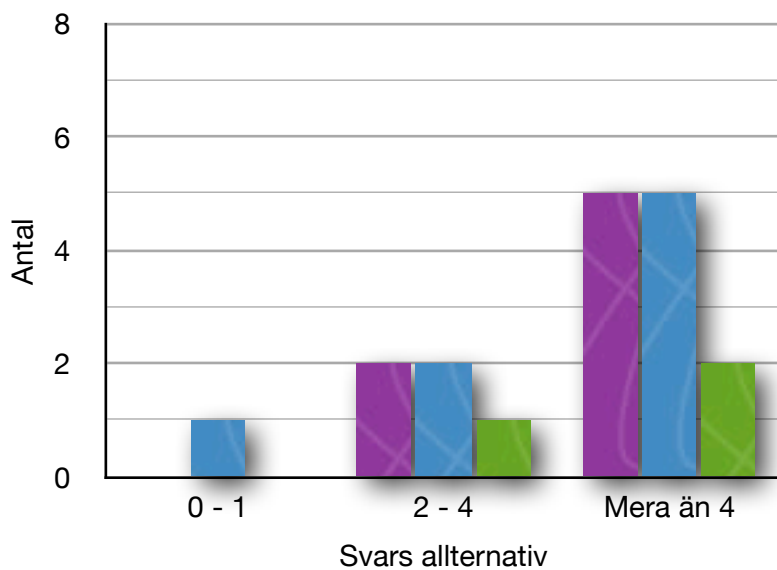
Tabell 2.

I fråga två var vi frågade ifall personalen deltagit i Profs-projektet fick vi ganska intressanta svar. Eftersom Profs var ett projekt som hela avdelningen har deltagit i, det var detta projekt som satte igång det multiprofessionella arbetet på avdelningen, samarbete mellan olika yrkesgrupper så att rehabiliteringen skulle bli så maximal som klienten behöver.

I fråga tre var vi frågade om personalens åsikter om det multiprofessionella teamarbetet fungerar på avdelningen var det 13st som ansåg att det fungerade medan två st inte visste och tre st ansåg att det inte fungerade.

I våra frågor om RAI fick vi intressanta svar, eftersom de var så olika svar på alla. I frågan om personalen har gått kurser om RAI så har största delen gjort det, det var endast två st som inte gått. I frågan som handlade om mera skolning om RAI, så var svaren ganska jämna, 10st anser att de inte behöver skolning, medan 8 st skulle vilja ha tilläggs skolning.

Fråga 7. Hur många gånger i månaden gör ni RAI?



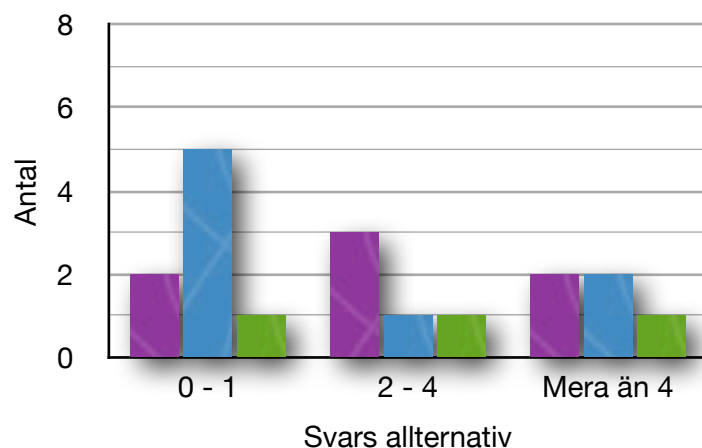
■ Sjukskötare ■ Närvårdare ■ Primärskötare

Tabell 3.

I tabellen här överom kommer det fram att RAI-fylls i varje månad flera gånger. Största delen av personalen fyller i RAI över 4 st i månaden medan 1 person inte alls fyller i RAI.

Största delen av personalen ansåg att de får tillräckligt med stöd från avdelningen att göra RAI, endast fem st av personalen var av en annan åsikt.

Fråga 8. Hur många gånger i månaden fyller Ni i vårdplaner?

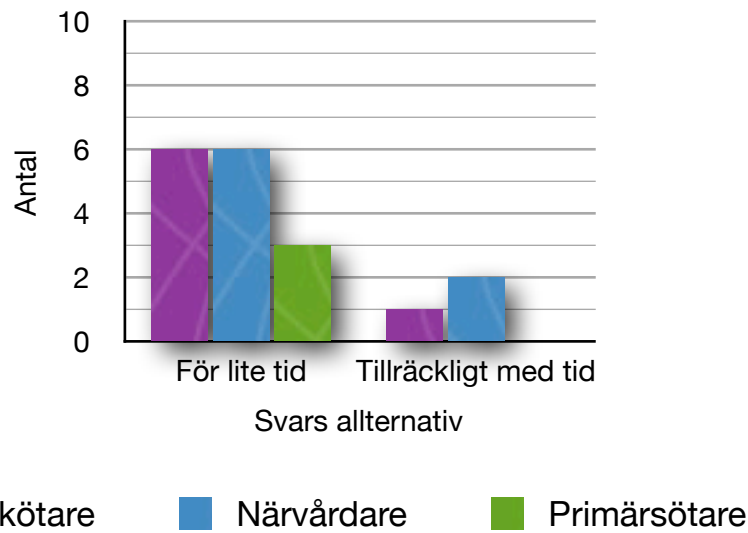


■ Sjukskötare ■ Närvårdare ■ Primärskötare

Tabell 4.

Det intressanta var att jämföra att trots att det görs många RAI-bedömningar i månaden så görs det inte lika många vårdplaner. Vårdplaner görs betydligt mindre som man kan se i tabellen här över.

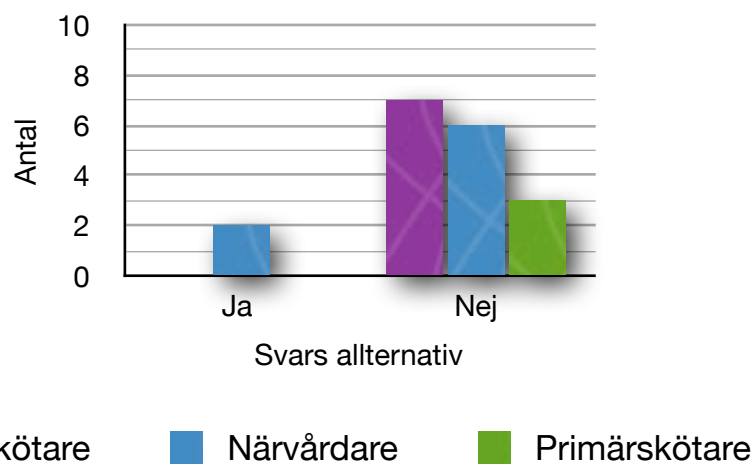
Fråga 10. Tycker Ni att ni får/hinner ta den tid ni behöver för att göra RAI?



Tabell 5.

Största delen av personalen var av den åsikten att de inte har tillräckligt med tid att göra RAI-bedömningar. Endast två närvårdare och en sjuksköterska ansåg att de har tillräckligt med tid att göra RAI-bedömningar.

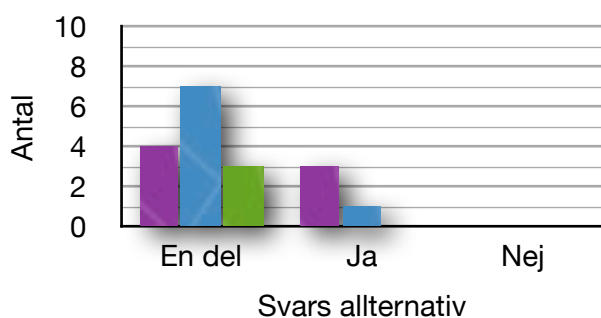
Fråga 11. Tycker Ni att Ni får/har möjlighet att göra RAI i en lugn omgivning?



Tabell 6.

Nästan hela personalen var av samma åsikt, att de inte har möjlighet att göra RAI i en lugn omgivning, endast två närvårdare var av den åsikten att de kan fylla i RAI i lugn omgivning.

Fråga 12. Kan Ni tyda RAI svaren?

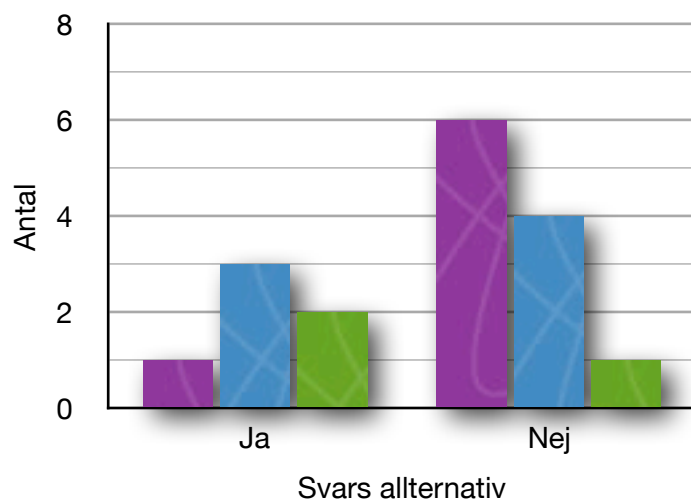


■ Sjukskötare ■ Närvårdare ■ Primärskötare

Tabell 7.

Majoriteten av personalen (14 av 18) är av den åsikten att de inte kan tyda resultaten av RAI tillräckligt. Men ändå visar resultaten i fråga 6 att bara hälften av personalen är intresserade av att få mera skolning om RAI. Medan då andra hälften inte var intresserade av att få mera skolning.

Fråga 13. Används resultaten av RAI i vården och rehabiliteringen på avdelningen?



■ Sjukskötare ■ Närvårdare ■ Primärskötare

Tabell 8.

Med den här frågan strävade vi att få reda på hur resultaten av RAI syns och används på avdelningen. Här hade personalen även chans att motivera sitt svar, om de var av den åsikten att resultaten inte används. Här var majoriteten (11 av 17, en osvarad) av den åsikten att resultaten inte används. Av de 11 som hade svarat, har 9 motiverat sitt svar. I svaren framkom

tre huvudpunkter: tidsbrist, motivationsbrist och behov av utveckling av själva RAI programmet. Även nyttan av resultaten ifrågasattes, samt svårigheten att tyda dem.

Några av motiveringarna:

”Frågan är: hinner någon läsa dem efter att de gjorts?! ” (närvårdare)

” P.g.a tidsbrist och motivationsbrist” (närvårdare)

”Förstår inte svaren” (närvårdare)

”Svåra att tyda” (sjuksköterska)

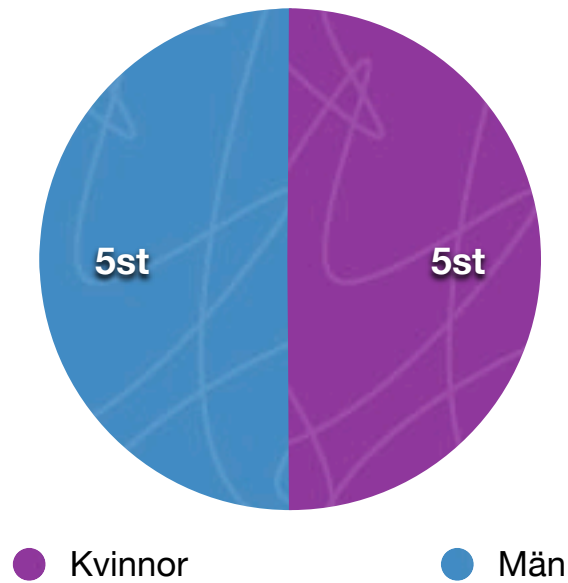
” Det blir bara inte av” (sjuksköterska)

8.2 Kvantitativ innehållsanalys

Den kvantitativa innehållsanalysen gjordes av material från RAI bedömningar gjorda på inskrivna patienter under mars månad 2011.

Under tidsperioden 1.3.2011-31.3.2011 var det 12st patienter som blivit inskrivna på avdelningen. Efter igenomgång av materialet föll antalet ner till 10 stycken på grund av att en patient var dubbelt inskriven och en av patienternas information inte längre gick att finnas.

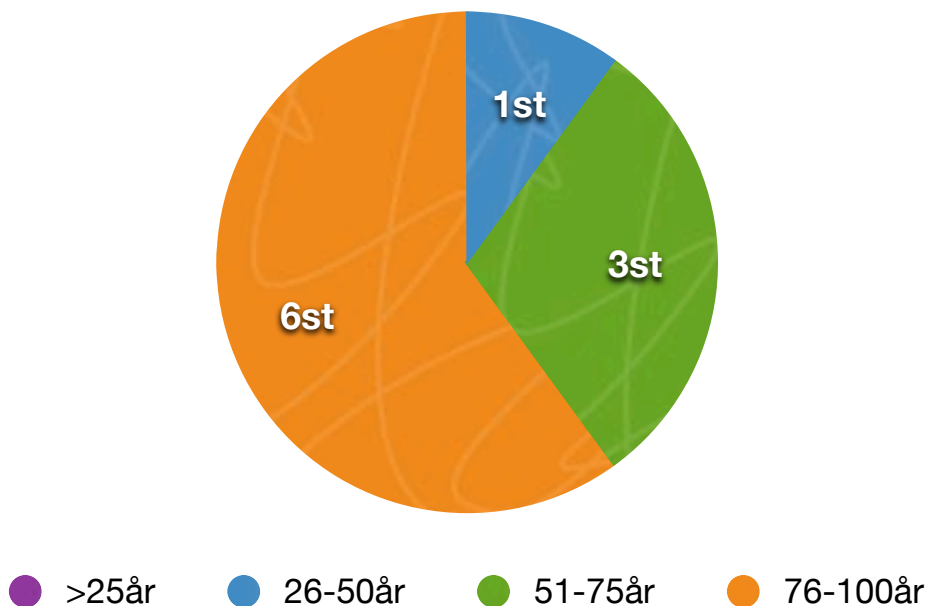
Könsfördelning av inskrivna patienter under mars 2011.



Tabell 9.

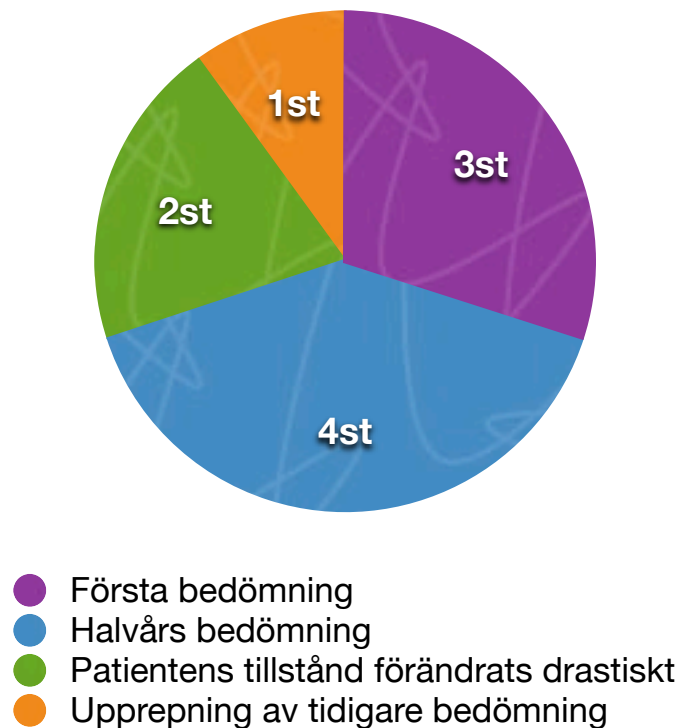
Av dessa inskrivna patienter var 50% män och 50% kvinnor. Åldern på de inskrivna patienterna på avdelningen varierade mellan 48-93år.

Åldersfördelning av patienter inskrivna på avdelningen under utsatt tid.



Tabell 10.

RAI bedömningar gjorda på inskrivna patienter under mars 2011

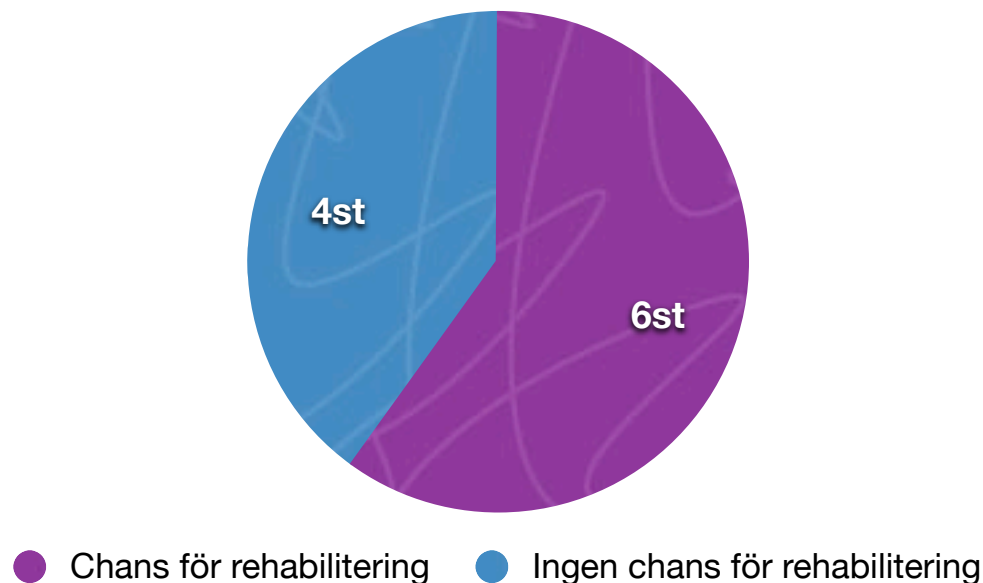


Tabell 11.

I tabellen ovan ser man uppdelningen av de olika RAI bedömningarna som gjorts åt de inskrivna patienterna under Mars månad 2011. Åt 30% av patienterna hade det gjorts en första bedömning när de blivit inskrivna till avdelningen. Åt majoriteten, 40% av de inskrivna patienterna hade det gjorts en 1/2 års bedömning. Vilket betyder att de tidigare har varit inskrivna på avdelningen och att det tidigare blivit gjort RAI bedömningar om dem. Åt 20% av de som blivit inskrivna under mars månad hade det gjorts en bedömning om att patientens tillstånd förändrats drastiskt. Vilket i sig betyder samma sak som för majoriteten av 40%: att de har tidigare varit inskrivna på avdelningen och nu när de blivit inskrivna till avdelningen på nytt har deras tillstånd varit sämre än vid tidigare utskrivning. Åt de återstående 10% hade det gjorts en bedömning som upprepar en tidigare gjord bedömning.

På grund av att bara en del av patienterna hade en första bedömning gjord och en del en bedömning om att tillståndet förändrats men ingen första bedömning att göra en jämförelse med. Följande bedömning efter inskrivning var utskrivning utan bedömning. Då det inte fanns en till bedömning kunde vi inte analysera om personalen utnyttjat resultaten i den rehabiliterande vården eller om patientens tillstånd förbättras eller försämrats.

Eftersom RAI instrumentet inte används till fullo på avdelningen så syns inte heller resultaten i den skriftliga vårdplanen eller om resultaten används i den rehabiliterande vården. Trots att bedömningar som var gjorda av de inskrivna patienterna visade att över hälften av dem hade möjlighet att bli rehabiliterade.



Tabell 12.

8.3. Sammandrag av resultaten

Resultaten som vi fick genom enkäten förvånade oss till en del. Genom analysen av enkäterna kom vi fram till att personalen på avdelningen är av den åsikten att RAI inte används till ett fulllo i den rehabiliterande vården på avdelningen. Majoriteten av personalen som svarat på enkäterna var av den åsikten att de gör RAI bedömningar 2-4 gånger i månaden, men trots det visade det sig att samma inte gäller i ifyllandet av skriftliga vårdplaner. Som i sig är det viktigaste verktyget i den rehabiliterande vården.

I svaren framkom det även att personalen upplever det svårt att förstå svaren och resultaten som kommer från en RAI bedömning. Men trots detta är personalen inte intresserad att få mera skolning om RAI. Vilket i sig kan förklara att det genom enkäterna även kom fram att personalen inte känner sig tillräckligt motiverade att göra RAI. Motivationen skulle vara högre om personalen skulle se nytta med RAI bättre och få mera skolning om att tyda RAI-svaren.

Ett framstående problem uppkom även i resultaten av enkäterna var att personalen upplever att de inte har tillräckligt med tid att hinna göra RAI. Det kom även fram att största delen av personalen även tycker att de inte får göra RAI bedömningar i lugn omgivning. Om man sätter ihop tidsbrist och en orolig omgivning när man fyller i en RAI bedömning är det inte förvånadsvärt att personalen upplever RAI bedömningen som en börda och inte hittar motivation att göra dem.

Resultaten av enkäten stöder även resultaten vi fick genom att analysera RAI bedömningar gjorda under en månad på de inskrivna patienterna. Det främsta som uppstod genom innehållsanalysen var att alla patienter som analysen innehöll hade bara fått en bedömning gjord. Vilket i och för sig kan räcka till att göra en skriftlig vårdplan för var patient. Det som blir och fattas när det inte blir flere RAI bedömningar gjorda på en patient är att se om rehabiliteringen hjälper patienten. Det betyder även att patientens vårdplan och målsättningar inte går framåt fast patienten skulle ha blivit bättre. Vilket leder till att patientens rehabilitering kan lida på grund av det.

I innehållsanalysen kom det även fram att 60% av de patienter som blivit inskrivna på avdelningen under den utsatta tiden hade chans för rehabilitering enligt RAI bedömningarna. Men enligt materialet var det bara gjort en bedömning åt alla de patienter. Och här måste även poängteras att åt de flesta patienter bara hade blivit gjort en inskrivning i RAI programmet och att hela bedömningen var ogjord. Vilket leder till att för de patienter som det inte hade gjorts en bedömning åt har det inte gått att göra en skriftlig vårdplan. Vilket kan leda till att den rehabiliterande delen av vården blir lidande av det.

9. KRITISK GRANSKNING

I varje forskningsarbete finns det många faktorer som visar forskningens värde. I en kritisk granskning är det viktigt att plocka fram arbetets starka och svaga sidor. Alla arbeten har bra delar, vilket hör till att nämna i en kritisk granskning, som också det hör till att ge kritik. Kritiken skall ges på ett sätt att forskaren inte blir nervärderad, utan får istället ett intresse att förbättra och utveckla sitt arbete. Kritiken och berömmen skall vara i balans med arbetet. Då man ger kritik, vore det bra att ta fram ett konkret exempel. Ifall det generaliseras så blir det lätt missförstånd, och då blir både forskaren och granskaren bara bortblandade. Då arbetet blir

kritiserat är det bra att kunna motivera sin åsikt och med konkreta exempel hur det har gjorts i liknande arbeten för diskussionen frammåt. I boken *”Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi”* som är skriven av Tuomi och Sarajärvi, finns det riktlinjer om hur en kritisk granskning skall göras. Vi har valt att följa dessa riktlinjer i kritiska granskningen. (Tuomi&Sarajärvi.2009:160)

Vi har båda i flera år arbetat på arbetsplatser var rehabiliterande arbetssätt varit i fokus. Även de senaste åren har RAI-instrumentet varit aktuellt, och som nyaste intresse har det multiprofessionella arbetssättet kommit upp. Då vi blev tillfrågade om att skriva detta examensarbete blev vi intresserade. Trots att vi arbetat länge med rehabilitering, RAI och multiprofessionellt arbetssätt så har de inte gått in i varandra, utan mera fungerat sida vid sida. Då vi började arbeta på detta examensarbete gick vi igenom vår kunskap om dessa ämnen, lite igenom hurudant material vi hade tillgång till, funderade vad det är vi vill få fram i detta examensarbete samt vad det är som avdelningen som beställde detta vill få fram. I början var vi nöjda med våra forskningsfrågor men med tiden och ju längre frammåt vi kom med arbetet märkte vi att våra frågor blev för ytliga. Skulle vi börja om från början så skulle vi koncentrera oss på att göra lite djupare och mer ingående forskningsfrågor. Resultatet skulle inte förändras men vi det skulle också vara lite mera ingående då.

Materialet vi använde är vi delvis nöjda med. Vid val av bakgrundsmaterial och tidigare forskning var det nästan problematiskt eftersom det finns massor av material. I bakgrundsmaterialet har vi valt att hålla bara några källor, eftersom det i stort sett står samma saker, men det är lättare att koncentrera sig endast på några källor. Det som var problematiskt med att få fram t.ex material om rehabilitering var att det koncentrerade sig på någon specifik sjukdom eller liknande, och vi ville ha vårt material på mera allmän nivå. De tidigare forskningarna vi har om RAI var lite äldre, från år 1997, men vi tyckte att innehållet ändå var viktigt och aktuellt i dagens läge. Resten av de tidigare forskningarna var gjorda mellan år 2000-2011. Gällande enkätfrågorna är vi av samma åsikt som vid forskningsfrågorna, dvs de blev för ytliga. Vi fick fram personalens synpunkter men det blev också på ytlig nivå. Vi anser att frågornas mängd var tillräcklig, men innebörden kunde ha ändrats på. Dock fick vi svar på våra frågor, så vår missnöjdhet beror på att vi själva skulle ha velat gå in lite djupare i ämnena. Innehållsanalysen av RAI-bedömningarna blev inte som vi tänkte oss.

Patientmängden 10stycken (ursprungligen 12st) var tillräcklig men analysen kunde göras eftersom det fanns en bedömning per patient. För att göra analysen och få fram det resultat vi ville få, krävs det att patienten har två fullständigt gjorda bedömningar. Möjligen skulle det ha varit bättre att välja en specifik grupp med patienter, eller byta tidsperiod eller välja bara långvårdspatienter till vår analys. Det skulle ha varit intressant att se hur patientens tillstånd förändrats, och ifall personalen hade utnyttjat RAI-resultaten i patientens rehabilitering och skriftliga vårdplan. I resultatet kommer det dock fram personalens synpunkt och motivation till användningen av RAI, vilket syns också i innehållsanalysens material.

Vi anser att vårt arbete har en logisk uppsättning och att språket är försåeligt. Det var lite utmanande att få textens innehåll och betydelse att hållas rätt och sammanhängande då vårt material var på tre olika språk, finska, svenska och engelska.

Vi anser att vår analys och resultat av enkätfrågorna och innehållsanalysen är pålitliga. Som svårighet hade vi att kunna få nerskrivet resultaten i en neutral ton, eftersom under denna examensarbetsprocessen lärde vi oss att se nyttan i att utnyttja RAI-resultat, medan resultaten var gentemot våra åsikter.

Den teoretiska referensramen vi valt anser vi att går hand i hand med vårt arbete. Imogene Kings teori om att uppnå målen genom samarbete och växelverkan, genom att identifiera styrkor och svagheter. Enligt oss handlar rehabilitering, RAI och multiprofessionellt arbetssätt om samma sak, eftersom de utgår också från att nå mål. Med samarbetet mellan vårdpersonal och patient får man fram patientens svagheter och styrkor och tillsammans sätter man upp en målsättning för att kunna bearbeta svagheterna och förstärka patientens styrka.

Vi valde att ha ett bakgrundskapitel i början så att läsaren får en liten inblick om ämnen som är centrala i detta arbete. Vi hoppas att de gör det lättare för läsaren att förstå vad vårt arbete går ut på, och att möjligen kunna få någon nytta av detta arbete, att se möjligheten att förbättra vårdkvaliten genom att använda RAI, rehabilitering och multiprofessionellt arbetssätt tillsammans. Svagheten i vårt arbete är innehållsanalysen. Med den kunde vi bättre ha visat hur rehabilitering fungerar, med hjälp av fakta, dvs RAI-bedömningar. Vi kunde ha visat vad som möjligen kunde ha fokuserats på för att patientens vårdkvalité skulle ha

förbättrats, och detta kunde göras med en rehabilitering och vårdplan som fokuserar sig på patientens funktionsförmåga.

Det som vi tycker skulle vara intressant är ifall det skulle göras en vidare undersökning från den här som skulle vara mera ingående i dessa ämnen. Vi ser det som att vi bara har ”skrapat lite på ytan”, och vi skulle gärna läsa en mer fördjupad undersökning.

10. DISKUSSION

Resultatet av enkätfrågorna blev vi ganska förvånade över. Trots att avdelningen har använt RAI i flere år, så det var intressant att det ändå fanns så mycket omotiverad personal samt att en stor del inte kunde tolka RAI-resultaten trots att de varit på skolning. Den delen av personalen som inte kunde tolka RAI-resultaten var inte heller intresserade av tilläggskolning. Eftersom RAI ses som en börda, så vill personalen göra den så att den är gjord och i detta fall så hoppar de över ett steg. Eftersom ifyllandet av RAI och användningen av resultaten kunde visa konkreta exempel på hur personalen har rehabiliterat sina patienter vore det bra ifall de alltid skulle fylla i följande bedömningen. Då syns resultaten klart och tydligt. Ifall personalen skulle ta sig den tid som behövs, svaren i enkäten visar nämligen att de får tid att fylla i RAI-bedömningar, och göra en bedömning till då patientens tillstånd förändrats, före de gör utskrivningen så skulle rehabiliteringen synas klarare. Och genom att fylla i bedömningarna kommer det fram att patienten fått rätt sorts rehabilitering, dvs fått stöd i sina svaga sidor, och uppmuntran i sina starka sidor, kommer det fram att patienten har fått vård med kvalite, och individuell vård. I artiklarna om RAI så kommer det fram att RAI är ett trovärdigt instrument inom hälsovården, och ett arbetsredskap som kan rätt använd förbättra kvaliteten på vården. I och med att både RAI görs individuellt per patient precis som rehabiliteringen ges individuellt åt patienten efter dennes behov, vore det bra att koppla ihop dessa för att kunna ge den maximala rehabiliteringen med vård av kvalite åt patienten. Och för att ännu sätta in multiprofessionellt samarbete så får patienten den fullständiga vården och rehabiliteringen han behöver. Och allt detta går den hand i hand, inte sida vid sida, vilket betyder att patienten får en kontnerlig vård som strävar efter att patientens funktionsförmåga skall hållas lika eller förbättras, som leder till att patienten möjligen kan bo en längre tid hemma.

AVSLUTNING

Nuförtiden poängteras det hur viktigt både rehabilitering och multiprofessionellt arbete är. I och med att vi båda arbetar på rehabiliterande avdelningar och använder båda RAI och multiprofessionellt arbetssätt blev vi intresserade att forska om nyttan med RAI i det rehabiliterade arbetssättet. Genom vårt intresse i detta ämne, passade detta beställningsarbete ypperligt åt oss.

Vi önskar att avdelningen har någon nytta av denna undersökning, och att de ser resultaten som en möjlighet i att utveckla sig. Att mera sätta sig in i användningen av RAI, samt utnyttjande av resultaten. Patientens vårdplan skulle bli mer månsidig och individuell då RAI-resultaten skulle bli använda och då skulle kvaliteten på vården förbättras.

Vi är väldigt tacksamma för avdelningen i fråga för samarbetet och det öppna förhållningssättet till undersökningen.

KÄLLOR

Atwal, Anita; Tatterstall, Kirsty; Caldwell, Kay; Craik, Christine. 2005. *Multidisciplinary perceptions of the role of nurses and healthcare assistants in rehabilitation of older adults in acute health care*. Journal of Clinical Nursing 15, 1418-1425.

Arcada. *God vetenskaplig praxis vid studier vid Arcada*. Hämtad 24.4.2012. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510

Carlsson, Bertil.1984. *Grundläggande forskningsmetodik för vårdvetenskap och beteendevetenskap*. Almqvist&Wiksell Förlag AB. ISBN 91-20-06617-1. 181s.

Hinkka, Katariina; Karppi, Sirkka-Liisa; Aaltonen, Tuula; Grönlund, Rainer; Salmelainen, Ulla; Puukka, Pauli; Ollonqvist, Kirsi; Wallin, Marjo. 2009. *Kelan geriatriksen kehittämishankkeen monitieteisen tutkimuksen tulokset*. Hämtad: 22.3.2012. Tillgänglig: http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2009/hinkka-ym-keelan-geriatriksen.pdf

Isoherranen, Kaarina; Rekola, Leena; Nurminen, Raija. 2008. *Enemmän yhdessä- moniammatillinen yhteistyö*. 1 uppl. WSOY Oppimateriaalit Oy. ISBN 978-951-0-32885-9. 212s.

Itkonen, Tarja; Lindman, Kaija; Corin, Harriet; Noro, Anja. 2007. *Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä*. Hämtad: 23.11.2011. Tillgänglig: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T8-2007-VERKKO.pdf>

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-00638-3. 316s.

Järvikoski, Aila; Härkäpää, Kristiina. 2005. *Kuntoutuksen perusteet*. WSOY. 1-2uppl. ISBN 951-0-26745-7. 262s.

Koukkari, Marja. 2008. *Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta*. Kuntoutus 2009:32 (2): 101-102. Hämtad: 22.3.2012. Tillgänglig: http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2009/koukkari-kuntoutujien-kasityksia.pdf

Kuntoutusportti. Hämtad: 12.3.2012. Tillgänglig: www.kuntoutusportti.fi

Kvarnström, Susanne. 2007. *Interprofessionella team i vården. En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Hämtad : 28.4.2012. Tillgänglig: [FULLTEXT01-8.pdf](#)

Kvarnström, Susanne; Wallin, Kerstin. 2001. *Multiprofessionella team i vården. Fördelar och fallgropar*. OLIVIA-projektet. Landstinget i Östergötland. Hämtat:21.3.2012. Tillgänglig: <http://www.hu.liu.se/kua/undervisningsavd30/bilder-pdf/1.56039/multipro.pdf>

Marriner-Tomey, Ann. 1994. *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammalan Kirjapaino Oy. ISBN 951-8963-24-X. 524s.

Niemi, Monica; Emet, Eva-Maria; Paakki-Exell, Kira.2010. *RAI-benchmarking. Verktyg för ledarskap och utveckling Best Practice på folkhälsan*. Hämtad: 2.5.2012. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/16695/FolkhälsanRPR.pdf>

Noro, Anja; Finne-Soveri Harriet; Björkgren, Magnus; Vähäkangas, Pia. 2005. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Hämtad: 20.11.2011. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/3974/RAIraportti1.pdf>

Phillips, Charles D. ; Zimmerman David; Bernabei Roberto; Jonsson Palmi V. 1997. *Using the Resident Assessment Instrument for quality enhancement in nursing homes*. Age and ageing 26-S2: 77-81. Hämtad: 15.2.2012. Tillgänglig:

http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/77.full.pdf#page=1&view=FitH

Salmelainen, Ulla. 2008. *Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteisö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa*. Hämtad: 23.11.2011. Tillgänglig:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/7905/tutkimuksia98.pdf?sequence=1>

Stabell, Aase; Nåden, Dagfinn. 2006. *Patient's dignity in a Rehabilitation ward: ethical challenges for nursing staff*. Nurs ethics 2006 13:236. Hämtad. 27.3.2012. Tillgänglig:

<http://nej.sagepub.com/content/13/3/236.full.pdf>

Sgadari, Antonio; Morris, John N.; Fries, Brant E.; Ljunggren, Gunnar; Jónsson, Palmi V.; DuPaquier, Jean-Noël, Schroll, Marianne. 1997. *Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument*. Age and ageing 26-S2: 27-30. Hämtad: 15.2.2012. Tillgänglig:

http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/27.full.pdf#page=1&view=FitH

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli.2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5.uppl. Tammi. ISBN 978-951-31-4865-2. 175s.

Bilaga 1.

Bästa mottagare.

Det här enkätet är en del av vårt examensarbete. Målsättningen med examensarbetet är att undersöka hur RAI påverkar det multiprofessionella arbetssättet och den skriftliga dokumentationen. Syftet är att undersöka hur RAI-instrumentet används och hur man kunde förbättra dess användning för att få bättre effekt av den rehabiliterande vården.

Ifyllandet är frivilligt och görs anonymt, önskvärt vore att så många som möjligt tar tid att svara på enkäten. Ifyllningen av enkäten tar i genomsnitt 10-15 minuter. Returnera enkäten i ett slutet kuvert som medföljer och lämna kuvertet i lådan som finns på avdelningen. Vi intygar härmed att ingen förutom vi och vår handledare ser de ifyllda frågeformulären, och efter att all data är insamlad så förstörs enkäten och hamnar därmed inte i orätta händer.

Tack för att Ni tagit tid att delta i vår undersökning.

Med vänlig hälsning,

Studeranden:

Sofia Holmberg

tel. 040-5279946

e-mail sofia.holmberg@sipoo.fi

Sabina Kekki

Tel. 050-4951584

e-mail sabina.kekki@sipoo.fi

Handledare:

Gun-Britt Lejonqvist

Tel. 0207 699 646

E-mail gbl@arcada.fi

Bästa informant, vi ber om er medverkan i studie genom att ni fyller i medföljande frågeformulär. Arbetet handlar om hur RAI påverkar det multiprofessionella arbetet på avdelningen.

Med frågeformuläret försöker vi få fram personalens synpunkter om hur RAI fungerar i det multiprofessionella arbetssättet på avdelningen.

Frågeformulären avhämtas från avdelningen _____

Frågeformulär

Kryssa för rätt alternativ i följande frågor eller fyll raden för övriga alternativ. Motivera gärna era ställningstaganden på tilläggsfrågorna.

1. Ert Yrke

Sjukskötare

Närvårdare

Primärvårdare

Fysioterapeut

Annat? _____

2. Har Ni deltagit i avdelningens PROFS projekt?

Ja

Nej

Vet ej

3. Fungerar det multiprofessionella teamarbetet enligt Er?

Ja

Vet ej

Nej, varför

inte? _____

4. Har Ni gått på kurser om RAI?

- Ja
- Nej

5. Deltar Ni i ifyllandet av RAI?

- Ja
- Nej

6. Skulle Ni vilja få mera skolning om RAI?

- Ja
- Nej
- Vet ej

7. Hur många gånger i månaden gör Ni RAI?

- 0-1
- 2-4
- mera än 4

8. Hur många gånger i månaden fyller Ni i vårdplaner?

- 0-1
- 2-4
- mera än 4

9. Känner ni att Ni får det stöd av arbetsplatsen som ni behöver för att göra RAI?

- Ja
- Nej

10. Tycker Ni att ni får/hinner ta den tid Ni behöver för att göra RAI?

- För lite tid
- Tillräckligt med tid

11. Tycker Ni att Ni får/har möjlighet att göra RAI i en lugn omgivning?

Ja

Nej

12. Kan Ni tyda RAI svaren?

En del

Ja

Om ej, vilka är

svårigheterna? _____

13. Används resultaten av RAI i vården och rehabiliteringen på avdelningen?

Ja

Nej, motivera

varför: _____

14. Vad skulle kunna göras för att förbättra nyttan med RAI?

Tack! Sätt formuläret i bifogat kuvert och returnera i lådan.