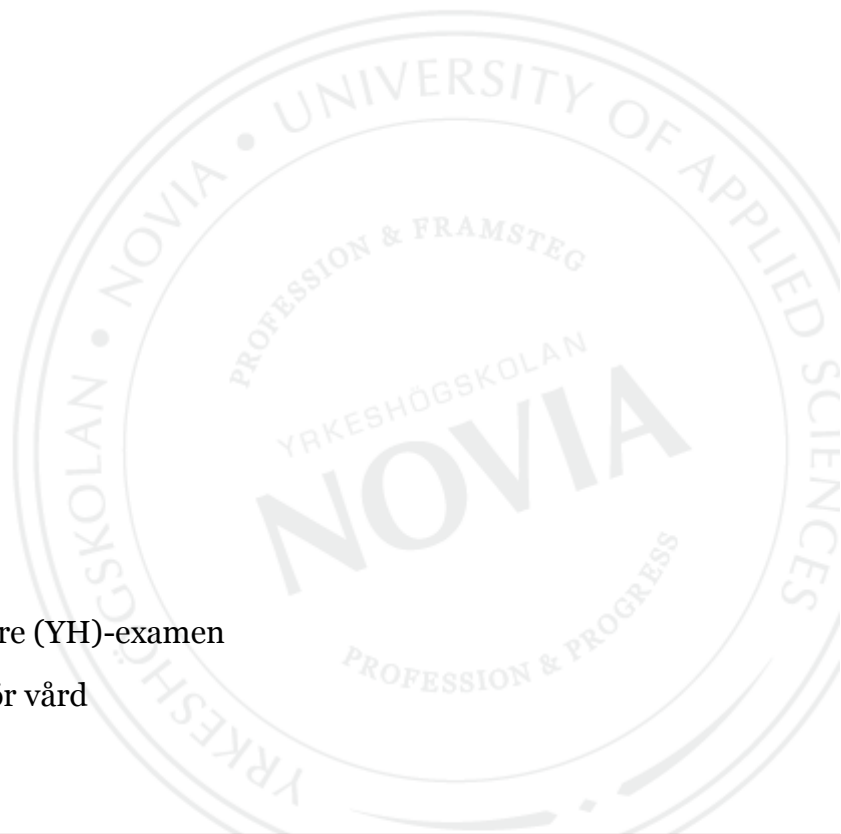


Rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt

– mångprofessionellt teamarbete

Maria Karlå

Examensarbete. Sjukskötare (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för vård
Åbo 2012



EXAMENSARBETE

Författare: Maria Karlå

Utbildningsprogram och ort: Vård, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Sjukskötare YH

Handledare: Heli Vaartio-Rajalin

Titel: Rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt – mångprofessionellt
teamarbete

Datum 12.03.2012

Sidantal 34

Bilagor 2

Sammanfattning

Syftet med examensarbetet är att kartlägga vårdares uppfattning om och beredskap för ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt på en bäddavdelning. Studien sökte svar på följande frågor: vilken uppfattning har vårdare om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt, vilka inre och yttre resurser behöver vårdare för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.

Metoden som användes var en litteraturanlys samt enkätförfrågan till sjukskötare och närvårdare (≈ 26) på en bäddavdelning.

Resultaten visar att informanternas uppfattning om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt överensstämde till vissa delar med litteraturen. Vårdarna ansåg att de inre resurserna som behövs för att bättre kunna arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt var motivation och skolning. Vårdarna ansåg att de yttre resurserna som behövs är främst mera tid för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt, därefter framkom behov av tydliga mål, samarbete, rehabiliteringsplan och motivation. Patientens funktionsförmåga nämndes inte av vårdarna i enkätsvaren, ej heller kartläggning av patientens funktionsförmågorna. Vårdarna saknade mål och delmål i rehabiliteringen. Detta gör det svårt att uppsätta målen i det mångprofessionella teamet.

Språk: Svenska Nyckelord: Rehabilitering , rehabiliterande arbetssätt,
resursförstärkande arbetssätt, inre resurser och yttre resurser

BACHELOR'S THESIS

Author: Maria Karlå

Degree Programme: Degree Programme in Nursing

Specialization: Nurse

Supervisors: Heli Vaartio- Rajalin

Title: Rehabilitating and resource strengthening approach – multi professional teamwork

Date 17.03.2012 Number of pages 34 Appendices 2

Summary

The purpose of this bachelor's thesis is to map the caregivers' perceptions and readiness to participate in a rehabilitating and resource strengthening approach in a ward. The study addressed the following questions: How does the caregiver perceive a rehabilitating and resource strengthening approach, what internal and external resources are needed for a caregiver to work in a rehabilitating- and resource strengthening approach?

The method used was an analysis of literature as well as a questionnaire addressed to nurses and practical nurse (≈ 26) in a ward.

The results show that the respondents perception of a rehabilitating and resource strengthening approach were in accordance with certain parts of the literature. The caregivers regard the internal resources necessary to increase the ability to work in a rehabilitating and resource strengthening approach were motivation and education. The caregivers regard the main external resource necessary was considered time to be able to work in a rehabilitating- and resource strengthening approach, followed by needs for clear objectives, co-operating, rehabilitation plans and motivation. The patients' functional capacity was not mentioned by the caregivers in the responds to the questionnaire, nor was the mapping of the patients' function capabilities. The caregivers were missing objectives and sub targets in the rehabilitation. This makes it difficult to set the targets in the multi professional team.

Language: Swedish Key words: Rehabilitation, Rehabilitative approach
resource strengthening approach, internal resources and external resources.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte, frågeställning och mål	2
3	Definition och förklaring av begrepp	2
3.1	Rehabilitering	2
3.2	Rehabiliterande arbetssätt	2
3.3	Resursförstärkande arbetssätt	3
3.4	Funktionsförmåga.....	5
3.5	Kartlägga av patientens funktionsförmåga och resurser	6
3.6	Egenvård.....	9
3.7	Mångprofessionellt team.....	10
3.8	Sjukskötarens roll i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt..	11
4	Vårdares resurser i rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt	12
5	Metod och genomförande	15
6	Resultat	17
6.1	Uppfattning om ett rehabiliterande arbetssätt.....	17
6.2	Uppfattning om ett resursförstärkande arbetssätt.....	18
6.3	Vårdarnas yttre resurser i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.....	21
6.4	Vårdarnas inre resurser i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.....	23
7	Diskussion	24
8	Kritisk granskning.....	27
9	Slutsatser	29
	Källförteckning	32

Bilaga 1 - Enkät

Bilaga 2 - Forskningslov

1 Inledning

Genom ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt inom äldreomsorgen kan flera positiva resultat uppnås. Den patienten är mest gynnad som återfår eller förbättrar sin fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga och får en aktiv och självständig vardag. Personalen får positiva upplevelser som ökar motivationen i det dagliga arbetet genom att se de framgångar som patienten uppnår. Hälsovården och äldreomsorgen gynnas då behovet av långvårdsplatser minskar. (Kvist-Östman 2009, s.10).

Ett rehabiliterande arbetsstätt betyder ett arbetssätt där man stöder patientens funktionsförmåga och stärker identitet, självständighet och hälsa (Kvist-Östman 2009, s. 1). Med ett resursförstärkande arbetssätt stärker och framhäver vårdaren de resurser som patienten har (Routasalo, Arve & Lauri 2004, s. 213).

Nolan och Nolan (1999, s. 965) beskriver i en studie behovet av att tydligare avgränsa och markera rehabiliteringen vid rehabiliteringsvdelningar. Sjukskötarens behov av kunskap och färdighet bör tydliggöras för att sjukskötaren skall prestera bättre inom rehabiliteringen. Enligt Routasalo m.fl. (2004, s. 210) är det vårdarens engagemang för patientens rehabilitering som styr deras handlingar och beslut. Vårdare stöder och uppmuntrar patienten till egenvård. Att stöda och uppmuntra patienterna är centralt för hälsoorientering i vårdarens arbete.

Examensarbetet är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentralens bäddavdelning. Avdelningskötaren hade en önskan om att jag skulle undersöka vad vårdarna vet om ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt. Bäddavdelningen skall omstruktureras till en akut- och rehabiliterande avdelning. Bäddavdelningen har flera olika patientgrupper som postoperativa-, dementa-, cancer och terminalvårdspatienter. Där arbetar både sjukskötare och närvårdare. I fortsättningen av detta examensarbete används begreppet vårdare som innefattar både sjukskötare och närvårdare. Genom detta examensarbete utvecklas jag som sjukskötare genom att utveckla mina kunskaper om rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Mina kompetenser som sjukskötare utvecklas genom detta examensarbete i den etiska verksamheten med patienten, de rehabiliterande och resursförstärkande arbetsmetoderna samt en hälsofämjande verksamhet.

Den teoretiska bakgrunden har sökts i böcker, artiklar och forskning om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. För artikelsökningar har jag

huvudsakligen använt mig av internet, Nelli-portalen, EBSCO, Cinahl, PubMed och Google Scholar. Sökorden som använts är rehabiliterande arbetssätt, rehabilitering, resursförstärkande arbetssätt, inre- och yttre resurser, sjukskötares kunskap. Rehabilitative approach, rehabilitation, resource strengthening approach, inner resources, external resources, nurse/nursing, nurse's skills.

2 Syfte, frågeställning och mål

Syftet med examensarbetet är att kartlägga vårdarnas uppfattning och beredskap om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt på en bäddavdelning.

Frågeställningarna är vilken uppfattning har vårdare om ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt och vilka inre- och yttre resurser behöver vårdare för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.

Målet är att presentera vårdarnas uppfattning och beredskap i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt på bäddavdelningen.

3 Definition och förklaring av begrepp

3.1 Rehabilitering

WHO definierar rehabilitering som: ”att återföra en individ till sin fulla fysiska, psykiska och sociala förmåga”. Rehabilitering kan också definieras som ”ett planerat och succesivt borttagande av hjälpsatser”. (World Health Organization 2012, s.1). Med rehabilitering kan patienten få egenmakt, självständighet och kontroll av det egna livet, bättre hälsa, funktionsförmåga, välbefinnande och lycka. Rehabilitering kan användas för att hitta lösningar på olika problem och det kan användas för att uppnå ett mer balanserat och säkrare liv. (KuntoutusAsian neuvottelukunta 2004).

3.2 Rehabiliterande arbetssätt

Ett rehabiliterande arbetssätt är ett arbetssätt där man stöder patientens funktionsförmåga och stärker identitet, självständighet och hälsa. För att kunna arbeta på ett rehabiliterande arbetssätt måste man ta reda på vilka förutsättningar som försämrats och vilka som finns kvar. (Kvist-Östman 2009, s. 1). Varje enskild vårdares förmåga att se till patientens

resurser och vårdarnas förhållningssätt ligger som grund för ett rehabiliterande arbetssätt (Niemi, Emet, Exell-Paakki & THL 2010, s. 24). Patienten skall ha möjlighet att vara aktiv utifrån sina egna förmågor och önskemål. Vårdare bör göra en individuell anpassning av sina aktiva insatser i varje situation med patienten. Vårdare identifierar vad patienten kan göra själv, tillåter och uppmuntrar patienten. Vårdare hjälper patienten med den del av uppgiften som patienten är oförmögen att klara själv. (Högstedt & Åhlfeldt 2011, s. 5).

3.3 Resursförstärkande arbetssätt

Med ett resursförstärkande arbetssätt stärker och framhäver vårdaren de resurser som patienten har (Routasalo, m.fl. 2004, s. 213). Med dessa resurser menas egenvård och de kan finnas inom patienten eller i omgivningen. Grundidén med det resursförstärkande arbetssättet är att vårdaren inte söker orsaker till problem utan söker lösningar utgående från patientens målsättningar genom att söka nycklarna till lösningarna i positiva undantag, upplevelser av framgång eller i framtiden. (Kettunen, Kähärä-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2005, s. 138). Ambitionen är att förändra patientens åsikt om och upplevelse av sin kompetens och handlingsförmåga (Kettunen, m.fl. 2005, s. 102). Ett resursförstärkande arbetssätt innebär att patienten ses som en aktiv varelse som utvecklas och agerar utgående från personliga intressen, mål och starka sidor, verksamheten stärker resurserna. Stödandet av patientens rehabilitering bör utgå från patientens egna resurser och möjligheter och stärkande av dem. De yttre resurserna kan finnas i omgivningen och inre resurserna inom individen. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 138). Sjukskötaren motiverar patienten genom att ge patienten positiv feedback och förebygga smärta. Därutöver pauser sjukskötaren för att dela med patienterna deras glädje över framstegen och genom att ge patienterna möjlighet att klara de dagliga aktiviteterna. (Routasalo, m.fl. 2004, s. 220-228).

Utgångspunkten är att alla patienter har resurser som kan stödas och uppmuntras. Resurserna kan ligga på den fysiska eller psykosociala sidan. Då det gäller de fysiska färdigheterna uppmuntras patienterna till aktivitet och självständighet enligt den individuella funktionsförmågan. Detta hjälper patienten att upprätthålla eller förbättra sin funktionsförmåga. Kontrollen över det egna dagliga livet förbättras och patientens livskvalitet ökar. För många patienter är den fysiska funktionsförmågan begränsad och för dem utgör de psykosociala resurserna en viktig källa till livskvalitet. Vårdarna uppmärksammar aktiviteter som har med kommunikation och samverkan att göra i syfte att skapa välbefinnande i vardagen. Estetiken i vårdmiljön har en viktig funktion vid trevliga

matsituationer och genom att få känna sig fin och välja de kläder man vill ha på sig. En källa till livskvalitet är också möjligheten att vistas ute och få njuta av naturen, musik som förgyller vardagen. Den andliga dimensionen är även central för upplevelsen av livskvalitet. Grunden till det rehabiliterande arbetsättet ligger i vårdarnas förhållningssätt och bygger på varje enskild vårdares förmåga att se till patientens resurser. (Niemi, m.fl. 2010, s.24)

Pryor och O`Connell (2008, s. 1766-1774) utförde en studie med syfte att undersöka sjukskötares uppfattningar och förväntningar på rehabiliteringen och sjukskötares uppfattningar av patienternas överenskommelser och förväntningar på rehabiliteringen på avdelningen. Totalt deltog ($n \approx 53$) sjukskötare i studien. För att fånga betydelsen av omvårdnad och rehabilitering 24 timmar i dygnet, var fältobservationerna genomförda alla veckodagar samt under dagen, kvällen och natten. Studien kom fram till fyra principer med ett rehabiliterande och resursförstärkande arbete: (1) det är en pågående process; (2) det behövs en aktiv patients medverkan; (3) det är målorienterat och (4) det krävs ett mångprofessionellt teamarbete.

Routasalo, m.fl. (2004, s. 211) har tagit fram en modell för vårdare att använda i rehabiliteringen. Modellen identifierar grundelementen i det rehabiliterande arbetsättet. Målorientering är grunden för hela arbetsättet. Patienten, anhöriga och personal utvärderar tillsammans patientens situation och sätter mål för förbättring, accepterar målen och arbetar mot målen och utvärderar dem. Deras modell är formad så att rehabiliteringen är baserad på patienten och anhöriga och deras syn på hälsa. Man koncentrerar sig i rehabiliteringen på vad patienten kan göra och stöder det. Det är en målorienterad process som ger riktlinjer till det mångprofessionella teamarbetet. Patienten förbinder sig att försöka nå målen och vårdare förbinder sig att främja patientens rehabilitering med beslutstagande och ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetsätt. Vårdarens del involverar ett ingripande och stödjande i patientens rehabilitering. Vårdare reflekterar över hur rehabiliteringsprocessen har framskridit. Även Siegert och Taylor (2004, s. 7) påpekar att målsättning är en viktig del i rehabiliteringen. Målsättningen utgör en ram för rehabiliteringen både för patienten och vårdare. Enligt Pryor och O`Connell (2008, s. 1768) menade vårdare att det huvudsakliga med ett rehabiliterande och resursförstärkande arbete var att underlätta för patientens egenvård och för att patienten skulle bli så oberoende som det var möjligt. Dokumentation är viktig i det rehabiliterande arbetet både för sjuksköterskor som är nya i arbetet och det mångprofessionella teamet som består av

läkaren, fysioterapeuten, sjukskötaren, socialskötaren med flera .(Pryor & Smith 2002, s. 255).

3.4 Funktionsförmåga

Funktionsförmågan hos patienten är en helhet och vårdare bör vara medvetna om detta i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet. Kroppen, sinnet och miljön står i ständig växelverkan. Funktionsförmågan är människans tre oskiljaktiga dimensioner; en fysisk, psykisk och social dimension. Människans funktionsförmåga bör uppfattas som en helhet och vårdare bör bli medvetna om hur de tre delområden är beroende av varandra. Vid en förändring på ett område av funktionsförmågan påverkas de övriga områden. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 20). Funktionsförmåga är patientens förmåga att utföra aktiviteter som hör samman med rollerna i vardagslivet som att ta hand om sig själv, arbeta, leka och tillbringa fritiden på ett sätt som tillfredsställer patienten med hänsyn till ålders- och utvecklingsnivån samt miljön. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 240).

Den fysiska funktionsförmågan innebär att människan klarar av sina dagliga aktiviteter självständigt, att hon klarar det som kräver fysisk ansträngning i arbetsuppgifter och aktiviteter. Man kan jämföra den fysiska funktionsförmågan med hjärtats, blodcirkulationens, andningens, musklernas, nervsystemets, ämnesomsättningens och sinnesfunktionernas förmåga att svara på belastning. Det centrala för den fysiska funktionsförmågan är i vilket skick människans kroppsbyggnad är, hur kroppen fungerar och hur människan själv upplever sin funktionsförmåga. Psykosociala faktorer påverkar alltid den fysiska funktionsförmågan. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 141).

Den psykosociala funktionsförmågan innebär oftast förmågan att klara sig i olika situationer i det normala livet och samhället. Att människan klarar av situationer i vardagen och i omsorgsuppgifter, att stå i växelverkan med andra människor och upprätta sociala relationer, att lösa problemsituationer i det dagliga livet samt att fungera i den egna livsmiljön och omvärlden. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 56).

Psykiska problem och missbrukarproblem är ofta förenade med en bestående eller temporär försämring av den psykiska funktionsförmågan. Problem som är vanliga för patienter med psykiska problem eller missbruk kan vara initiativlöshet, rädslor, försämrad koncentration, svag självkänsla och dåliga färdigheter i det dagliga livet. Andra problem är

passivitet, ensamhet, långvarig stress som leder till försämrad inlärnings- och tankeförmåga. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 127).

Sociala funktionsförmågan betraktas som strategier i samspelssituationer. I samspelet mellan människor är det viktigt att skapa tydlighet att man ser vad som händer andra och att de upptäcker vad som händer dig. Man har ett behov av att bli accepterad. Hur självuppfattningen förändras beroende på hur andra påverkar dig. (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005, s. 84). Sociala olägenheter tar sig uttryck i nedsatt förmåga eller direkt oförmåga att klara av rollfunktioner som tillhör en viss ålder, en social situation eller kön. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 22-25).

3.5 Kartlägga av patientens funktionsförmåga och resurser

Kartläggning med olika mätredskap är bra för att få jämförelsematerial. Kartläggningen ger också undersökningen struktur och förbättrar kommunikationen i och mellan olika yrkesgrupper. (Kirkevold, Brodtkorb & Hysten Ranhoff 2010, s. 119-120). Funktionsförmågan kartläggs med olika mätare som beskriver patientens funktionsförmåga. Med de olika mätarna kan man bedöma både den allmänna funktionsförmågan och möjligheter att klara av de dagliga aktiviteterna som specialområden inom funktionsförmågan, bland annat fysisk- eller psykisk funktionsförmåga eller upplevd smärta. Genom att i bedömningen beakta patientens resurser och möjligheter i stället för att bara ta fasta på problem och brister kan motivera patienten att ta del i rehabiliteringsprocessen. Patienten får en tydligare bild av sin funktionsförmåga och sina möjligheter. Den kontinuerliga uppföljningen och mätningen av hur funktionsförmågan utvecklas kan ha en sporrande effekt. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 22-25). Kartläggningen ställer närgåna frågor om den fysiska, psykiska eller sociala funktionsnivån och fokuserar ofta på problem. Det kan kännas opassande och kränkande. Patienten bör få helt klart för sig att kartläggningen görs för patientens bästa och att syftet är att kunna stöda och hjälpa på bästa sätt. (Kirkevold mfl. 2010, s. 119-120).

Kartläggning med ADL- mätare (ADL, activities of daily living) används för att fastställa behovet av vård, omsorg och rehabilitering för patienten. Det är tio aktiviteter som mäts, förmåga att äta, kontrollera tarm och blåsa, förflytta sig mellan stol och säng, besöka toaletten, klä sig, tvätta sig, tillreda mat, anlita kollektiva trafikmedel, handla och städa. Testet utförs genom att intervjua eller observation av patienten. För att få information om faktorer som påverkar ADL-funktionsförmågan kompletteras de med bland annat

mätningar av muskelstyrka, balansen, förmåga att gå i trappor, gånghastighet, reaktionsförmågan, synen och hörseln samt den kognitiva prestationsförmågan och graden av depression, bedömningar av sjukdomens svårighetsgrad och intervjuer om levnadsvanor. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 237-241).

Kartläggning med Timed Up and Go-test (TUG) mäter gångfunktionen och funktionell balans. När patienten behöver mer än 20 sekunder till att genomföra testet antas de delvis behöva assistans i de dagliga aktiviteterna. Testet mäter tiden det tar att resa sig från en stol, gå tre meter, vända, gå tillbaka och sätta sig på stolen igen. (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 297-298).

Bergs balansskala kombinerar de två ovannämnda fokusområdena. Den används mest av sjukgymnaster för att kartlägga fysisk funktionsförmåga med tonvikt på balans hos patienten. Det omfattar ADL- uppgifter som att sitta, stå, förflytta sig, sträcka sig och plocka upp föremål från golvet. (Kirkevold, mfl. 2010, s. 297-298).

Fall Efficacy Scale International (FES-I) för patienter som är rädda för att falla, och denna rädsla är en indikator på ökad falltendens. Testet är ett redskap som kartlägger rädslan för att falla i sexton olika ADL-situationer inom- och utomhus. (Kirkevold, mfl. 2010, s. 297-298).

Nedsatta sinnesfunktioner kartläggs genom observation och samtal. När en sinnesfunktion är nedsatt krävs stor koncentration och den tar mycket på krafterna. Kartläggningen kan göras genom att ställa relevanta frågor om syn och hörsel av patienten eller anhöriga. (Kirkevold, mfl. 2010, s. 246-247).

För att kartlägga den kognitiva funktionsförmågan används Mini Mental Test (MMT) eller Mini Mental State Examination (MMSE). Skalan mäter patientens orientering i tid och rum, minne, språk- och skriv förmåga. (Kirkevold, mfl. 2010, s. 117).

Depression är en psykisk sjukdom som är förenad med minskad nyttoeffekt av rehabilitering. Depression kartläggs oftast med skalan Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Skalan fokuserar på tio emotionella områden: observerad nedstämdhet, rapporterad nedstämdhet, inre spänning, sömnrubbingar, nedsatt aptit, initiativlöshet, depressivt tankeinnehåll, koncentrationssvårigheter, nedsatt känslomässigt engagemang och suicidtankar. (Kirkevold, mfl. 2010, s. 117-118).

Det finns flera hjälpmedel för kartläggning av smärta. Det är viktigt att välja kartläggningsformulär i förhållande till patientens kognitiva och funktionella nivå och att använda det formulär patienten själv vill använda. Samma formulär används konsekvent för att kunna följa smärtutvecklingen över tid. Numerisk skala för smärtbedömning (Numeric Rating Scale) har en skala med siffror från 0 till 10. Patienten anger på skalan vilken siffra som bäst speglar hans smärtnivå. Den verbala skalan för smärtbedömning består av adjektiv, ofta vertikalt uppställda, som beskriver ökande grad av smärta. Ansiktsskalan för smärtbedömning består av bilder av ansikten som uttrycker ökande smärtintensitet. Denna är inte beroende av språket och kan användas av patienter med till exempel afasi. Visuell analog skala (VAS) används genom att man sätter ett kryss på en 10 cm lång linje. Kryss i ena ändan av linjen 0 betyder ingen smärta och 10 representerar värsta tänkbara smärta. Doloplus-2 (Lefebvre-Chapiro och Doloplus group 2001) kartlägger kronisk smärta hos patienter som inte själva kan uttrycka smärtor verbalt. Formuläret är baserat på observation av beteende. (Kirkevold mfl. 2010, s. 330-336). För att få en bedömning som lokaliserar smärta uppmanas patienten teckna olika smärtförmimmelser som domning, stickning, värk, strålande smärta på ett papper med en bild av människokroppen. Med ord som beskriver smärtan kan också en bild av dess karaktär fås som beskrivning kan ilande, dov, molnande, gnagande, pulserande, hettande och strålande användas. Färger kan användas på teckningen för förmimmelsen. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 222-223).

För att kartlägga det sociala nätverket kan en nätverkskarta som sjukskötaren och patienten ritat tillsammans användas. Man måste förklara för patienten varför det är bra att göra en nätverkskarta och patienten måste ge sitt samtycke, eftersom förhållanden till andra människor kommer att framställas på gott och ont. Nätverkskartan kan utformas i fyra fält. Dessa fält innehåller familjen – personer som patienten bor tillsammans med, släkt – personer patienten har genom blodsband, daglig verksamhet – strukturerade aktiviteter som arbetsplatsen eller skolan, andra personer – som vänner, grannar eller offentliga personer. (Kristoffersen, m.fl. 2005, s. 84).

I kartläggning av framtiden kan vårdaren hjälpa patienten att föreställa sig att situationen har utvecklats till det bättre och situationen är löst. Patienten får fundera på vilka förändringar som skulle behövas för en gynnsam vändning. Kartläggningen kan också göras genom att förhöra sig hur patienten har gjort när samma problem eller liknande har hänt förut, vilka resurser som användes då. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 100-102).

Patientens resurser samlas in genom observation, fysisk undersökning och samtal. De inre resurserna som kartläggs är vilken styrka, uthållighet, kunskap, hopp, mod, motivation, kreativitet och färdigheter patienten har. De yttre resurserna som kartläggs är faktorer i patientens miljö, sociala nätverk, ekonomi och boendeförhållanden. När en resurskartläggning görs skall sjukskötaren fokusera på resurserna och inte på problemen. (Kristoffersen, m.fl. 2005, s. 112-113).

En nätverkskarta kan användas för att kartlägga de sociala resurserna. Nätverken kan bestå av patientens inofficiella nätverk som familj, vänner eller officiella nätverk, läkare, vårdare, lärare. Därutöver kan en betydelsekarta göras. Där kartläggs allt det som patienten anser vara viktigt och det som för tillfället påverkar dennes rehabilitering. Det kan handla om resurser som stöder rehabiliteringen eller sådant som hindrar den. (Kettunen, m.fl. 2005, s. 104-108).

3.6 Egenvård

Enligt Pryor och O'Connell (2008, s. 1070) samt Routasalo, m.fl (2004, s. 225) skall patienten vara aktiv i rehabiliteringsprocessen. Patientens egenvård är målet med ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Det som ska avgöra vad en person kan klara på egen hand, är att åtgärden kan utföras på ett tryggt och säkert sätt. Egenvård är när patienten kan ta ansvar för sin egen vård eller har bra stöd för den.

Egenvård omfattas av de handlingar som en patient tar initiativ till och utför på egen hand för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Egenvårdshandlingar är intentionella, de är inriktade på bestämda mål. Egenvårdsbehoven bör vara identifierade och medvetandegjorda innan de kan fungera som mål för en patients egenvårdshandlingar. Centralt för att patienten skall utöva egenvård är kunskapskomponenten, förmåga att lära, kunna tillägna sig kunskaper i kognitiv och affektiv art samt psykomotoriska färdigheter samt att kunna använda sig av dessa kunskaper och färdigheter i egenvården. (Kristoffersen, m.fl, 2006, s. 39).

Hoy, Wagner och Hall (2007, s. 456–466) har forskat genom att se över litteraturen med anknytning till egenvård och främjande av hälsa och utveckla en förståelse för egenvård som hälso-resurs. De valde teoretiska och empiriska artiklar ($n \approx 57$) publicerade mellan 1990 och 2006, där egenvård var relaterad till främjande av äldres hälsa. Egenvård identifierades som en tvådimensionell åtgärd som inbegriper förmåga och processer för

hälsa i egenvården. Förmågan bestod av grundläggande resurser, makt, kapacitet och prestanda. Denna översyn ger en inblick i egenvård som en betydande hälsoresurs för äldre med olika hälsostatus. De tyder på att äldres förmåga till egenvård bestäms genom ett samspel av olika resurser och förhållanden.

3.7 Mångprofessionellt team

Enligt Pryor och O'Connell (2008, s. 1772) kräver rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt mångprofessionellt teamarbete. Routasalo, m.fl (2004, s. 210) menar att i ett mångprofessionellt team går varje medlem in i situationen med respektive specialkompetens och gör dem tillgängliga för hela teamet. I ett mångprofessionellt team är alla medlemmar likvärdiga. Samarbete kräver att medlemmarna i teamet tar med kunskaper och färdigheter och gör dem tillgängliga för alla medlemmar, deltar i beslutsfattandet och tar ansvar för sina egna beslut. Effektivt teamarbete kräver uttryckliga mål, erkännande av de bidrag medlemmarna tillför och struktur för arbetssituationen. I Routasalo, m.fl, (2004, s. 224) kom det fram att sjukskötare skulle representera patienten och och anhöriga i teamet. Patienten och anhöriga deltog också i teamet i Finland och i Norge. Danska sjukskötare var inte intresserad av att patienten och anhöriga deltog i teamet. Samarbetet mellan sjukskötare och sjukgymnaster var nära.

Behovet av ett mångprofessionellt team är störst när situationen är komplex och oklar. Genom ett mångprofessionellt teamarbete betraktas människan som helhet och de olika sidorna av patientens livssituation kan sättas in i ett sammanhang. Ett mångprofessionellt teamarbete eftersträvar en helhetssyn på patientens livssituation. Man har en utgångspunkt från en gemensam problemförståelse och från gemensamma mål utvecklas en konkret handlingsplan, där de olika yrkesgrupperna tillsammans utformar åtgärderna. Yrkesgrupperna påverkar varandra och förstärker varandras åtgärder. I teamet kombineras kunskaps- och färdighetsområden, teori och metoder som ingen av yrkesgrupperna eller individerna i teamet ensamma har. Teammedlemmarna lär av varandra. (Kristoffersen, m.fl, 2006, s. 200).

En studie gjord av Long, Kneafsey, Ryan och Berry (2002, s. 70-71) hade som syfte att identifiera de bidrag sjukskötare kom med inom det mångprofessionella rehabiliteringsteamet. En 2-årig kvalitativ undersökning genomfördes, flera metoder och platser av datainsamling, inklusive observation, intervjuer av patienter ($n \approx 10$), sjukskötare ($n \approx 21$) och medlemmar av det mångprofessionella teamet ($n \approx 23$), pedagoger ($n \approx 20$)

användes, studien kom fram till att sjukskötares bidrag till det mångprofessionella teamet är inriktade på uppgifterna; bedömning, samordning och kommunikation, teknisk och fysisk vård, terapi integration och motivation, känslomässigt stöd och att involvera anhöriga.

Rehabiliteringen organiseras vanligen som en mångprofessionell verksamhet. Beroende på patientens sjukdom, funktionsnedsättning och sociala situation kan till exempel en sjukskötare, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och eventuellt talterapeut, kurator eller psykolog delta. Yrkesgrupperna fördelar de olika aspekterna mellan sig. I många fall finns inte alla dessa yrkesgrupper tillgängliga och sjukskötaren får ofta stå för rehabiliteringen. (Kirkevold mfl. 2010, 36).

En viktig del i rehabiliteringen är att vårdare har ett gott samarbete med patientens anhöriga. Anhöriga har en viktig del i rehabiliteringen och vårdare skall stöda dem i kontakten med patienten. Vårdare skall ge information om arbetssättet och ge anhöriga möjlighet att stöda patienten i aktiviteterna. (Turunen, 2006, s.13-14). Enligt Pryors och O`Conells (2008, s. 1773) studie behöver patienten och anhöriga få information om det rehabiliterande arbetssättet i ett tidigt skede. Detta för att patienten och anhöriga skall förstå rehabiliteringens mening och för att göra dem delaktiga.

3.8 Sjukskötarens roll i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt

Kneafsey, Long och Ryan (2003, s. 321) har gjort en studie som är en del av en bredare 2-årig, kvalitativ undersökning av den roll som sjukskötare har i rehabiliteringen. Intervjuer av fokusgrupper utfördes. Resultaten visar att sjukskötare bidrog till patientens rehabilitering genom att göra bedömningar, hänvisa till andra medlemmar i det mångprofessionella teamet, förespråka och samarbeta med andra tjänster, hjälpa patienten att anpassa sig, undervisa och motivera patienter och vårdare, stödja och engagera anhöriga och ge teknisk vård. Vähäkangas (2010, s. 37) har gjort en forskning genom att analysera mängden av rehabiliteringsfrämjande vårdinsatser, vem de riktas till och hur de relaterar till vårdkvaliteten. Avsikten var också att beskriva vad som kännetecknar rehabiliteringsfrämjande avdelningar och ledarskapsmodeller inom institutionsvården. Forskningen består av fyra delpublikationer. Forskningen visar att sjukskötares rehabiliterande vårdinsatser riktade sig till patienter med medelsvårt nedsatt fysisk funktionsförmåga och kognition. Vårdinsatserna var sammankopplade med sjukskötarens

uppfattning om klientens rehabiliteringsmöjligheter. Vårdaren stöder patientens optimala funktionsförmåga genom undervisning, handledning, göra saker tillsammans, uppmuntra, hjälpa, motivera och kommunicera. Studien på avdelningsnivå relaterade den dagliga rehabiliteringsfrämjande vårdinsatsen till vårdkvalitet. Antalet sängliggande patienter minskade och det sociala deltagandet hos klienterna ökade. De metoder som avdelningssköterna använde för ledarskap framhölls upptäckandet av möjligheter, linjehållning, påminnelser, öppen kommunikation samt stöddandet och värdesättandet av sjukskötares kompetens.

Pryor och Smith (2002, s. 253) gjorde en studie genom att utforska sjukskötares roll med arbetet i rehabiliteringen i Australien. De använde en kvalitativ metod genom att intervjua ($n \approx 13$) sjukskötare och ytterligare ($n \approx 21$) sjukskötare i fokusgrupper. Resultatet visade på sju områden som föreslås som ett ramverk för sjukskötarens rehabiliterande omvårdnad. De sju områden är (1) rehabiliterande arbetssätt (2) undervisning och coachning (3) observation, utvärdering och tolkning (4) administrera och övervaka terapeutiska åtgärder (5) hantering av snabbt växlande förhållanden (6) leda och samordna (7) övervaka och garantera god vård. Rehabilitering hör hemma i varje sjukskötares verktygslåda. Varje kontakt sjukskötare har med patienten är ett samspel som ger möjlighet till undervisning/inläring och stöd för utveckling till egenvård. Fokus omfattar också familjen, närstående och andra vårdare. Undervisningen är inriktad på att främja självbestämmande och till egenvård.

4 Vårdares resurser i rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt

Rehabiliterande synsätt gäller på vilket sätt aktiviteter utförs och att hjälpa patienterna till egenvård. Sjukskötare fokuserar på personens förmåga att kunna se möjligheter snarare än att fokusera på funktionshinder. Sjukskötare måste ha en omfattande social kompetens och teknik att välja mellan i patientkontakten. Valet av särskild kunskap och teknik som bygger på en bedömning av patienten i sitt sammanhang vid den tidpunkten samt att vara medveten om patientens lång- och kortsiktiga mål. Den omfattar också särskild sjukvårdsverksamhet som underlättar rehabiliteringen genom att utveckla terapeutiska relationer med individer och skapa en rehabiliterande miljö. Rehabiliterande synsätt för sjukskötaren är förmågan att se helheten. (Pryor & Smith 2002, s. 253). Barreca och Wilkins (2008, s. 42-43) menar att för att uppnå bra resultat bör det mångprofessionella

arbetsteamet arbeta nära tillsammans. Kommunikationsproblem har rapporterats i dessa grupper och andra medlemmar kan anse att sjukskötare inte utför ett rehabiliterande arbete med patienterna. I Holmström och Pettersons (2008, s. 10-13) studie upplevde vårdare en fördjupad teamrelation och de blev mera som arbetskamrater i det mångprofessionella teamet genom det rehabiliterande arbetssättet. Tidigare kontaktades rehabiliteringspersonalen endast i samband med hjälpmedelsbehov men framöver kan de ha kontakt i ärenden som rör det rehabiliterande arbetssättet.

Pryor och O'Connell (2008, s. 1766-1774) har gjort en undersökning för att påvisa sjukskötarens förståelse och förväntningar av rehabiliteringen och sjukskötares uppfattning av patientens förståelse och förväntningar av rehabiliteringen. Undersökningen har genomförts genom att intervjua sjukskötare ($n \approx 53$) på fem olika avdelningar och genom att observera sjukskötare i det dagliga arbetet. Sjukskötare menade att det primära syftet med rehabiliteringen var att underlätta för patientens egenvård och för att patienten kunde bli så självständig som möjligt. I mindre utsträckning förstod sjukskötare rehabiliteringen till att omfatta att patienten klarar sina funktionshinder och anpassar sig till situationen samt att undvika att patienten blev beroende av sjukhusvård. Patienterna tyckte inte sjukskötare skulle stå tillbaka och uppmuntra patienten till egenvård, enligt dem var det inte vad sjukskötare borde göra. Resultatet som de kom fram till var att det inte stämde överens mellan vad sjukskötares förståelse och förväntningar av rehabiliteringen var och vad de uppfattar att patienterna förstår och förväntar sig av rehabiliteringen. I undersökningen som Pryor och O'Connell (2008, s. 1770) gjort kom det fram att vårdarna hade svårt att motivera patienterna, för patienterna ville att vårdarna skulle göra allt för dem. Patienterna tyckte också att rehabiliterandet hörde till fysioterapeuten.

Barreca och Wilkins (2008, s. 36) har gjort en forskning för att utforska uppfattningar, åsikter och känslor av en grupp sjukskötare om den rehabiliterande vården på en avdelning. ($n \approx 8$) sjukskötare i en kanadensisk rehabiliteringsenhet intervjuades under åren 2004-2005 om sina erfarenheter av vården. Sjukskötare trivdes med att ge denna vård, känslan av att deras roll var av stor betydelse för rehabiliteringsprocessen. Sjukskötare upplevde att brist på resurser, inklusive tid, påverkade rehabiliteringen, trots detta behöll sjukskötare sin positiva attityd. Sjukskötare beskrev sin roll som viktig och omfattande. Eftersom utbildningen till sjukskötare förberedde på att ge vård och trygghet, tyckte några sjukskötare att det var svårt att se på när patienter blir frustrerade under rehabiliteringen, speciellt när försummelse och bristande koncentrationsförmåga gör det ännu mer

utmanande. Slutsatsen var att vårdare måste erkänna sina begränsningar. För att uppnå bra resultat bör det mångprofessionella teamet arbeta nära tillsammans. Kommunikationsproblem har rapporterats i dessa grupper och andra medlemmar kan anse att sjukskötare inte utför ett rehabiliterande arbete med patienterna.

I studien som Kneafsey m.fl. (2003, s. 321) gjorde kom det fram att sjukskötare hade känslor av utanförskap, brist på erkännande, brist på tid för rehabilitering och brist på remisser för rehabilitering. Större tydlighet och erkännande behövs för sjukskötare att bidra till rehabiliteringen. Behov finns för säkerställa gemensamma bedömningar i det mångprofessionella teamet för att bidra till patientens rehabiliterande mål och egenvård.

Stabell och Nådens (2006, s. 244-247) kvalitativa studie utfördes på en rehabiliteringsavdelning med fyra eller sex sjukskötare i fyra fokusgrupper. Sjukskötare intervjuades om upplevelse i relationen mellan dem och patienten och vilka utmaningar som fanns för att upprätthålla patientens värdighet och integritet. De viktigaste slutsatserna var att utmaningarna uppstått på en ekonomisk/ administrativ nivå och en nivå på vård. I undersökningen kom det fram att vårdare hade dåligt med ordentliga hjälpmedel, för lite personal och flera patienter som var mycket sjuka. Vårdare hade svårt att välja vilken patient de skulle prioritera.

Holmström och Petterson (2008, s. 12-16) gjorde en studie med en kvalitativ ansats med syftet att undersöka vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med vardagsrehabilitering på ett särskilt boende för äldre. Vårdare ($n \approx 9$) intervjuades i en fokusgrupp. Resultatet visade att vårdare tyckte det var givande, upplevde sig mera engagerade och att det var positivt och roligt att arbeta på ett rehabiliterande arbetssätt. Genom att patienterna var mera rörliga upplevde vårdare sitt arbete fysiskt lättare. Förändringar i arbetsrutiner upplevdes också ge ökad trivsel. Ibland kände vårdare sig stressade av att stå bredvid och invänta patienterna i det de klarade själva.

Routsalo, Wagner och Virtanen (2004, s. 220) beskriver sjukskötares uppfattning om rehabilitering, omvårdnad samt deras erfarenhet av att arbeta i och med rehabilitering av patienter i Danmark, Finland och Norge. Syftet var att få djupare insikter om vad vårdare tycker om rehabilitering, omvårdnad och hur deras uppfattningar skiljer sig åt i dessa länder. Uppgifterna samlades in bland ($n \approx 600$) sjukskötare med hjälp av ett strukturerat frågeformulär med fem bakgrundsposter och 88 geriatriska rehabiliterings omvårdnad objekt. Vårdare i studien menade att det behövs kunskap och erfarenhet samt tålamod och

kreativitet och det gav dem också möjlighet att tillämpa sina yrkeskunskaper . Sjukskötare talade med patienterna om deras rehabiliterande mål men inte alla sjukskötare var medvetna om målen. Framstegen i den rehabiliterande processen utvärderades dagligen och resultaten blev noterade i patientens journal.

Chefen är en del av det mångprofessionella teamet som främjar patienten genom rehabiliteringen. (Vähäkangas 2010. s.47-48). Högstedt och Åhlfeldt (2011, s.17) har gjort en kvalitativ och kvantitativ undersökning för att få kunskap om hur det rehabiliterande förhållningssättet lever vidare ett år efter utbildningen i detta ämne. De använde skriftliga enkäter ($n \approx 56$) och semistrukturerade telefonintervjuer ($n \approx 7$). Vårdare uttryckte att de saknade stöd från chefen i det rehabiliterande arbetssättet och att chefen skulle vara delaktig i möten, samtala med vårdare och verka för utveckling av verksamheten.

5 Metod och genomförande

Den praktiska delen av detta examensarbete genomfördes med en enkätundersökning. Jag använde enkätförfrågan (bilaga 1) för att flera kunde svara anonymt på vilken uppfattning och beredskap vårdaren har om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.

Den kvantitativa metoden används om man vill veta något speciellt om den grupp man analyserar. Den används också när man vill ha ett tvärsnitt av det man studerar och få jämförelser. När man vill visa hur olika samband eller vilken omfattning en speciell företeelse har, används den kvantitativa metoden. Den kvantitativa forskningen ger en tvärsnittsinformation för existerande uppfattningar och förhållningsätt. Med den kvantitativa metoden får man inte fram information om sociala processer. Här kan man intressera sig för det gemensamma, genomsnittliga eller representativa. Det finns möjlighet att intressera sig för åtskilda variabler, beskriva och förklara. (Holme & Solvang 1991, s. 84-95).

Examensarbetet är en kvantitativ studie där jag använder frågeställningar till vårdare ($n \approx 26$) på en bäddavdelning som besvaras via enkät. Arbetet är ett beställningsarbete och därför föll det sig naturligt att vårdarna på berörda avdelning besvarade enkäten. Jag läste litteratur hur ett frågeformulär skall utformas. Enligt Larsen (2009, s. 47-51) är det en fördel att kombinera öppna och slutna frågor i ett frågeformulär. Frågeformulären skall inte vara för långa och det är viktigt med ordentligt med utrymme för svaren. Följebrevet bör vara

utformat så att svarspersonen blir motiverad att svara. Frågorna bör vara lätta att läsa och förstå. Man börja med lätta frågor och placerar mer känsliga frågor mitt i frågeformuläret.

Enkäten (bilaga 1) innehåller både öppna och slutna frågor som vårdare ($n \approx 26$) på bäddavdelningen besvarade. Vid ett personalmöte informerade jag vårdarna om att enkäter i anknytning till mitt examensarbete kommer att delas ut och bad vänligen om många och omsorgsfullt ifyllda svar. Enkäterna delades ut av mig. Med enkäterna bifogas information där avsikten med studien förklarades och där betonas att den är frivillig och anonym. Svarstiden var två veckor. Enkäterna returnerades i ett svarskuvert som var bifogat med enkäten så att anonymiteten bevarades. Enkäterna returnerades till en låda som placerades i kafferummet.

De slutna frågorna i enkäten redovisas både med stolpdiagram och med skrivna siffror. De öppna frågorna redovisas enligt innehållsanalys genom att kategorier blivit framtagna ur materialet. Jag läste litteratur och forskningar om vårdares uppfattningar om ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt. Jag läste även om vårdares kunskap och beredskap det vill säga om vårdares inre och yttre resurser i ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt. Frågorna framkom från att jag hade läst litteratur och forskningar i ämnet. Frågorna gjordes i relation till examensarbetets frågeställningar: Vilken uppfattning har vårdare om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt? Vilka inre- och yttre resurser behöver vårdare för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt? I enkäten (Bilaga 1) kartläggs vårdarnas uppfattning av rehabiliterande arbetssätt i frågorna 3-4 och frågorna 5-8 kartläggs vårdarnas uppfattning av resursförstärkande arbetssätt.. Frågorna 12 och 15 behandlar vårdares inre resurser och frågorna 9, 10, 11, 13 och 15 behandlar vårdares yttre resurser i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.

Vid analysfasen skall man först koda och lägga in data. Nästa steg är att analysera svaren på varje enskild fråga. När kodningen är klar analyseras hur svaren fördelar sig i varje enskild fråga samt frekvensfördelningen för olika frågor. (Jakobsen 2007, s. 211). Deskriptiva studier är beskrivande, studien används när det finns grundläggande kunskap inom och förståelse för området och målet är att beskriva men inte att förklara relationer (Björklund och Paulsson 2003, s. 58). Jag läste svaren flera gånger. Jag läste igenom varje enskilt svar och fick då fram resultat av de slutna frågorna i siffror och i de öppna frågorna framkom kategorier.

6 Resultat

I det här kapitlet redovisas resultatet av enkätundersökningen av vårdare på bäddavdelningen. Av 35 utskickade enkäter erhöles svar av ($n \approx 26$) stycken vårdare vilket ger en svarsprocent på 74%. Varje kategori är befast genom att citat hämtas ur enkätsvaren. De olika kategorierna kommer att svärtas i texten för att lättare åskådliggöras för läsaren. Citaten ur enkäten kursiveras och sätts inom citationstecken. Citaten är direkt hämtade ur enkäterna. Av vårdarna ($n \approx 26$) som deltog i enkäten var sjukskötare ($n \approx 11$) och närvårdare ($n = 12$) till yrket. Sjukskötarstuderande ($n \approx 1$) och närvårdarstuderande ($n \approx 2$). Åldersfördelningen var 18-29 år (≈ 8) vårdare, i åldern 30-39 (≈ 5) vårdare, i åldern 40-49 år ($n \approx 5$) vårdare och i åldern 50-59 år ($n \approx 8$).

6.1 Uppfattning om ett rehabiliterande arbetssätt

I fråga 4 fick vårdarna beskriva med egna ord vad rehabiliterande arbetssätt innebar för dem personligen i det rehabiliterande arbetet. Kategorier som framkom av svaren var **stöda patientens resurser och till egen aktivitet** och **målorientering**. I kategorin **stöda patientens resurser och till egen aktivitet**, menas att vårdarna stöder, motiverar och uppmuntrar patienten att göra så mycket som möjligt själv och vårdaren är en stödjande hand i att träna funktionsförmågan.

”Att stöda patienten i hans egen aktivitet”

”Låta patienten jobba själv i den mån han klarar av det och inte ta bort den möjligheten på grund av ett stressigt arbetspass”

”Att hjälpa, uppmuntra och stöda patienten att återfå t.ex. muskelstyrka, gångförmåga efter operation”

”Stärka de resurser som finns eller öva upp det som behöver återfås”

”Träna patienten att t.ex. efter höftoperation att återfå styrkan att röra sig”

”Stärka och träna upp de resurser som finns men som av olika orsaker blivit svagare”

”Träna patienten att de skall kunna återgå till tidigare förmåga”

”Patienten får göra så mycket som möjligt själv. Vara en hjälpande hand.

I kategorin **målorientering** framkom att det vårdarna vill ha är ett mål med rehabiliteringen.

”Ha ett mål för hur träningen skall ge resultat”

”Ha ett mål t.ex. hem”

I fråga 6 frågades om vårdarna i nuläget använder ett rehabiliterande arbetssätt med patienterna. Sju vårdare använder det ibland, aderton vårdare använder ofta sig av det och en vårdare använder alltid ett rehabiliterande arbetssätt.

6.2 Uppfattning om ett resursförstärkande arbetssätt

I fråga 3 fick vårdarna beskriva med egna ord vad ett resursförstärkande arbetssätt innebär för dem personligen. Kategorier som framkom av svaren är **uppmuntra patienten till egenvård, utnyttja sociala nätverk, tillgång till hjälpmedel** och **ge tid**. I kategorin **uppmuntra patienten till egenvård** framkom det att vårdarna uppmuntrar patienten att göra det han klarar själv och gör patienten delaktig i sin egenvård. De handleder patienten och förstärker motivationen hos patienten.

”Uppmuntra patienten att göra det han kan själv...”

”Att se, uppmuntra och hjälpa patienten att uppehålla och förstärka de resurser patienten har”

”...få patienten delaktig i vården av sig själv.”

” Uppmuntra patienten att vara aktiv...”

”...se till det positiva, locka fram glädje och motivation, stärka och sporra patienten att se framåt.

”Se patientens resurser och försöka bibehålla och förbättra dom.”

I kategorin **utnyttja sociala nätverk** framkom att vårdarna tar tillvara det sociala nätverk som finns runt patienten. Anhöriga tas med i vården som stöd och hjälp för patienten. Det

kan också vara fysioterapeuten eller andra inom vården som tas med som patienten kan ha nytta av.

”Anhöriga tas med som en resurs om de är en resurs.”

”Ta tillvara det socialnätverk runt patienten och gör dem delaktiga i rehabiliteringen”

”...god kontakt med anhöriga och låta dem ta del av vården.”

I kategorin **tillgång till hjälpmedel** framkom att vårdarna ger patienten de hjälpmedel de behöver för att klara sig.

”Patienten får tillgång till de hjälpmedel de behöver för att funktionerna bevaras eller förbättras”

”Hjälpmedel som underlättar arbetet och tillgång till dessa”

I kategorin att **ge tid** framkom att vårdarna borde ge tid och närvaro för varje patient. Genom att låta patienten göra det han själv klarar av och låta det ta den tid det tar, genom att se varje patient som en individ och vilka resurser denne har.

”Ge patienten tid och ”se” varje patient. Samvaro och det social borde ges mera tid för att öka patientens trivsel, vilket kan motivera patienten”

”Ge patienten tid att göra det själv”

”Låta patienten göra det själv, istället för att stressa och vårdaren gör de”

I fråga 5 frågades om vårdarna i nuläget använder ett resursförstärkande arbetssätt med patienterna. Svares alternativen var ibland och oftast. Tio vårdare svarade att de använde ett resursförstärkande arbetssätt ibland, en hade kommenterat detta med ordet *tidsfråga*. Sexton vårdare svarade att de oftast använder ett resursförstärkande arbetssätt.

I fråga 7 svarade vårdarna om de var motiverade att använda ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt i arbetet på bäddavdelningen. Svaresalternativen var ja eller nej och de ombads motivera sina svar. Alla 26 vårdarna svarade ja på denna frågan. I vårdarnas kommentarer framkom kategorierna **patientens välmående** och **vårdares**

arbetsbörda. I kategorin **patientens välmående** framkom att det är positivt för patienten genom att det ger bättre självkänsla, stärker patienten och patienten får åka hem fortare.

”För patientens välbefinnande”

”...minskar vårdtiden för patienten”

”Patientens självständighet i livet fysiskt, psykiskt och socialt ökar..”

”För att patienten skall börja klara olika saker själv och för att nå ett snabbare tillfrisknande”

”Patienter i bättre skick så de kan åka hem för att ge plats för nya patienter”

I kategorin **vårdares arbetsbörda** framkom att genom att använda patientens resurser avlastar det vårdaren.

”Underlättar för vårdare”

”...delvis undviks tunga lyft för mig.”

”För mitt eget välbefinnande”

”Vården skulle säkert bli bättre”

”Underlätta arbetet på avdelningen om patientens resurser utnyttjas”

I fråga 8 besvarade vårdarna vilka positiva följder ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt medför för patienten, vårdare, teamet och samhället. Positiva följder för **patienten** ansåg vårdarna var snabbare tillfriskning, positivare syn på framtiden, bibehåller den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan samt att patienten mår bättre överlag. Dessutom ansågs att patienten blir mera delaktig, aktiv och det stärker självkänslan samt kortare vårdtider. Patienter och anhöriga blir nöjdare. Positiva följder för **vårdare** ansåg vårdarna var att de ser positiva resultat av sitt arbete, får en lättare arbetsbörda samt att det sparar tid. Dessutom ansågs att vårdare får bättre motivation och känner sig delaktiga i tillfrisknandet av patienterna. Positiva följder för **teamet** ansåg vårdarna var att alla arbetar mot samma mål, större känsla av samhörighet, motivation och en trevligare arbetsmiljö. Positiva följder för **samhället** ansåg vårdarna var ekonomisk inbesparing på grund av kortare vårdtider och att äldre kan bo hemma längre som

innebär mindre belastning på boenden. Dessutom blir det billigare om vårdares sjukskrivningar minskar på grund av arbetsbördan.

6.3 Vårdarnas yttre resurser i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt

I fråga 9 fick vårdarna svara på hur de upplever samarbetet med övrig personal i rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Det framkom att vårdarna samarbetar bra och ganska bra med varandra och med fysioterapeuten, socialskötaren, avdelningsläkaren, avdelningsskötaren, remitterande vårdorganisation och mottagande vårdorganisation. När vårdarna svarat mycket dåligt eller ganska dåligt ombads de att motivera sitt svar. Här framkom kategorierna **bristande kommunikation, brist på gemensamma mål**. I kategorin **bristande kommunikation** framkom att vårdarna känner att de inte blir hörda av andra yrkesgrupper.

”Samarbeten fungerar inte alltid så bra eller kommunikationen”

”Har en känsla av att ingen lyssnar då man försöker påtala fel och brister”

I fråga 13 fick vårdarna svara på om de vet vilka de mångprofessionella teamets mål och delmål är. Av de 26 svaren framkom ja ($n \approx 9$), nej ($n \approx 3$) och ibland ($n \approx 14$). Vårdarna fick förklara varför inte om de svarat nej och då framkom att informationen inte alltid fungerar, det finns inga rehabiliteringsplaner nerskrivna och att det inte finns tid för diskussion överhuvudtaget. I kategorin **bristande på gemensamma mål**. De mångprofessionella teamets medlemmar har inte samma mål.

”Har upplevt att fysioterapeuter tycker vi är för hårda mot patienten och därmed hjälpt patienten mera än oss. Patienten blir förvirrad då ett vårdteam säger att det kan göras själv och ett vårdteam hjälper patienten”

”...personalen tycker att rehabiliteringen är klar och patienten borde prova på hemma, kan det stoppas av läkare eller socialskötaren...”

”...de gemensamma målen som saknas”

I fråga 10 fick vårdarna svara på hur de upplever samarbetet med patienter och anhöriga. De flesta ($n \approx 19$) vårdare ansåg att samarbetet med patienten var ganska bra. Fjorton vårdare ansåg att samarbetet med anhöriga var ganska bra. Ingen svarade att samarbetet var

mycket bra med varken patienten eller anhöriga. När vårdarna ($n \approx 3$) hade svarat ganska dåligt ombads de motivera sitt svar. Här framkom kategorierna **omotiverad patient** och **oförståelse hos anhöriga**. Kategorin **omotiverad patient** visar att patienten inte är med på rehabiliteringen.

”patienten motsträvig”

I kategorin **oförståelse hos anhöriga** framkom att vårdarna ansåg att anhöriga inte förstår vad ett rehabiliterande arbetssätt betyder.

”Anhöriga har svårt att förstå våra arbetssätt”

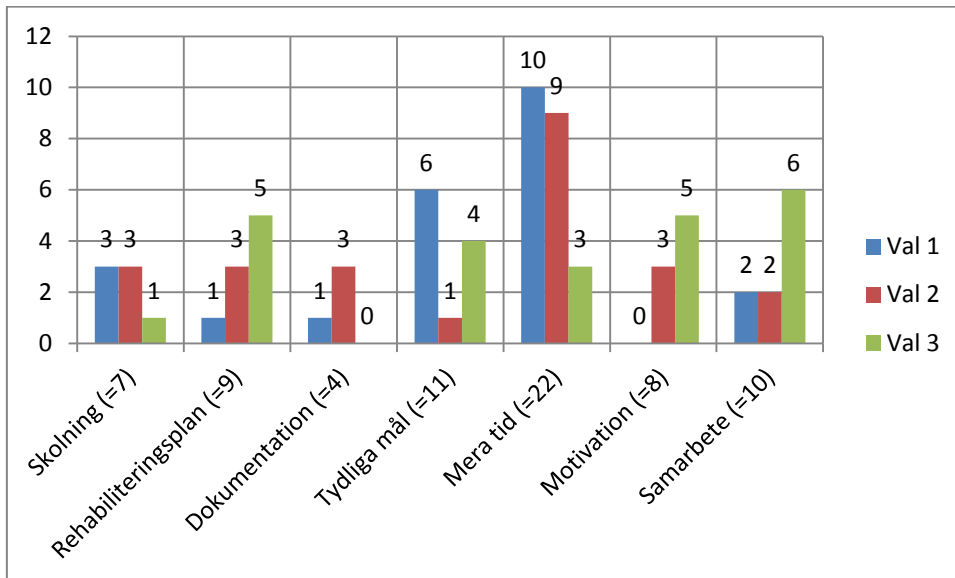
”...de flesta anhöriga vill att när patienten är sjuk skall han få ta det lungt, ligga så mycket som möjligt, hjälpas i allt fast de klarar av en hel del själva...”

”Anhöriga ser oftare det dåliga, det som inte patienten kan längre. Svårt för dem att se det som ännu finns kvar av förmågan”

”Anhöriga ska kunna vara ännu mera med i rehabiliteringen, dom behöver mera information vid ankomsten till avdelningen, hur de kan hjälpa till i rehabiliteringen”

I fråga 11 fick vårdarna svara på vilka resurser de tyckte var de **tre viktigaste** för vårdare i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet. Redovisningen visar att de flesta (≈ 21) av (≈ 26) menade att kommunikation med patienten var viktigast. På andra plats (≈ 16) kom patientens motivation och på tredje plats (≈ 9) kom vårdarens egen motivation att använda resursförstärkande arbetssätt. Samarbete, tydliga mål och rehabiliteringsplan ansåg vårdarna också nödvändigt.

I fråga 15 fick vårdarna svara på vad de anser behövs för att bättre kunna arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. De skulle ange de tre viktigaste svarsalternativ och numrera dem i nummerordning.



Figur 1. Vad vårdare (n=26) anser behövs för att bättre kunna använda ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.

Enligt diagrammet kan man se att vårdarna anser att främst mera tid behövs för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt, därefter framkom behov av tydliga mål, samarbete, rehabiliteringsplan och motivation.

6.4 Vårdarnas inre resurser i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt

I fråga 12 fick vårdarna svara på om de använder dokumentation som ett stöd i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet. Av svaren framkom att vårdarna svarat (≈ 17) ja, (≈ 2) nej och (≈ 7) ibland. De skulle förklara svaren.

”...skriver vad patienten klarar av att göra själv”

”...dokumenterar framsteg som patienten gjort, även bakslag”

”...vilken nytta man har av hjälpmedel”

”...finns ingen plan att följa som skall dokumenteras”

”...muntlig rapportering till arbetskamraterna

”Läser hur det gått förrut”

”...läsa vad andra vårdare gjort för bedömning”

”...då det finns en rehabiliteringsplan för patienten. Då fysikalen skriver kan man läsa hur deras träning utvecklas och vad de gör”

I fråga 15 fick vårdarna svara på vad de anser behövs för att bättre kunna arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. De skulle ange de tre viktigaste svarsalternativ och numrera dem i nummerordning (se figur 1, s.23). Enligt diagrammet kan man se att det som fick flesta svar gällande inre resurser var motivation (≈ 8) och skolning ($n \approx 7$).

7 Diskussion

Informanterna i denna studie beskrev med egna ord vad rehabiliterande arbetssätt innebar för dem personligen i det rehabiliterande arbetet. Kategorier som framkom av svaren var att stöda patienten till egen aktivitet och målorientering. Majoriteten av vårdare använder redan nu ett rehabiliterande arbetssätt med patienterna. Resultatet liknar Pryor och O`Connell (2008, s. 1766-1774) som kom fram till fyra principer med ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbete: (1) det är en pågående process; (2) det behövs en aktiv patients medverkan; (3) det är målorienterat och (4) det krävs ett multiprofessionellt teamarbetet.

Informanterna beskrev med egna ord vad ett resursförstärkande arbetssätt innebär för dem personligen. Kategorier som framkom av svaren är patientens egenvård, utnyttja sociala nätverk, tillgång till hjälpmedel och ge tid. De flesta vårdare använde resursförstärkande arbetssätt. Denna definition liknar Kettunen, m.fl (2005, s. 138) som menar att ett resursförstärkande arbetssätt innebär att patienten ses som en aktiv varelse som utvecklas och agerar utgående från personliga intressen, mål och starka sidor. Stödandet av patientens rehabilitering bör utgå från patientens egna resurser och möjligheter och stärkandet av dem. Yttre resurserna kan finnas i omgivningen och inre resurser inom individen. Routsalo, Wagner och Virtanen (2004, s. 220-228) menar att sjukskötare motiverar patienten genom att ge patienten positiv feedback, förebygga smärta, genom att pausa för att dela med patienterna deras glädje över framstegen och genom att ge patienterna möjlighet att klara de dagliga aktiviteterna. Enligt Pryor och Smith (2002, s. 253) är varje kontakt sjukskötare har med patienten ett samspel som ger möjlighet till undervisning/inläring och stöd för utveckling till egenvård. Fokus omfattar också familjen, närstående och andra vårdare. Sjukskötare måste ha en omfattande social

kompetens och teknik att välja mellan i patientkontakten. Vårdare borde ge tid och närvaro för varje patient. Genom att låta patienten göra det han klara av själv och låta det ta den tid det tar och genom att se varje patient som en individ.

Informanterna ansåg att majoriteten av patienterna har nytta av rehabiliteringen. Informanterna ansåg att de positiva följderna av ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt för patienten var snabbare tillfriskning, positivare syn på framtiden, mående bättre fysiskt, psykiskt och socialt. Dessutom ansågs att patienten blir mera delaktig, aktiv och det stärker självkänslan samt för kortare vårdtider. Positiva följder för vårdarna var att de ser positiva resultat av sitt arbete, får en lättare arbetsbörda samt att det sparar tid. Dessutom ansågs att vårdarna får bättre motivation, känner sig delaktiga i tillfrisknandet samt får nöjdare patienter och anhöriga. Positiva följder för teamet ansågs vara att alla arbetar mot samma mål, större känsla av samhörighet, motivation och en trevligare arbetsmiljö. Positiva följder för samhället var ekonomisk inbesparing på grund av kortare vårdtider och att åldringar kan bo hemma längre vilket innebär mindre belastning på boenden. Dessutom blir det billigare om vårdarnas sjukskrivningar minskar på grund av arbetsbördan. Resultatet liknar Holmström och Pettersons (2008, s. 18) studie som visade att vårdarna tyckte det var givande, upplevde sig mera engagerade och att det var positivt samt roligt att arbeta på ett rehabiliterande arbetssätt. Genom att patienterna var mera rörliga upplevde vårdarna sitt arbete fysiskt lättare. Förändringar i arbetsrutiner upplevdes också ge ökad trivsel. Vähäkangas (2010, s. 37) anser att antalet sängliggande patienter minskade och det sociala deltagandet hos klienterna ökade. Vårdarna ansåg att rehabiliteringen är positiv för alla inblandade.

Resultatet av studien visade att närvårdare och sjukskötare samarbetar bra med varandra och med fysioterapeuten, socialskötaren, avdelningsläkaren, avdelningskötaren, remiterande vårdorganisation och mottagande vårdorganisation. När vårdarna ansåg att det inte fungerade med samarbetet framkom det att orsaken var bristande kommunikation och brist på gemensamma mål. Majoriteten av vårdarna upplever att samarbetet med patienter och anhöriga är ganska bra. I de fall där samarbetet inte fungerade ansåg vårdarna att det berodde på att patienten var omotiverad och anhöriga oförstående till det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet. Resultatet liknar Turunens (2006, s.13-14) som anser att en viktig del av rehabiliteringen är att vårdare har ett gott samarbete till patientens anhöriga. Anhöriga har en viktig del av rehabiliteringen och vårdare skall stöda dem i kontakten med patienten. Vårdare skall ge information om arbetssättet och ge anhöriga

möjlighet att stöda patienten i rehabiliteringen. Pryor och O`Connell (2008, s. 1773) menar att patienten och anhöriga behöver få information om det rehabiliterande arbetssättet i ett tidigt skede. Detta för att patienten och anhöriga skall förstå rehabiliteringens mening och för att göra dem delaktiga.

Informanternas svar på vilka resurser de tyckte var de tre viktigaste i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet. Kommunikation med patienten ansåg vårdarna var det viktigaste därefter ansågs att patientens motivation och vårdarens egen motivation att använda ett resursförstärkande arbetssätt. Vårdarna har dålig kunskap om det mångprofessionella teamets mål och delmål, på grund av att målen oftast inte finns nedskrivna. Resultatet liknar Barrecas och Wilkins (2008, s. 70-71) som menar att för att uppnå bra resultat bör det mångprofessionella arbetsteamet arbeta nära tillsammans. Kommunikationsproblem har rapporterats i dessa grupper. Även i Holmströms och Pettersons (2008, s. 10-13) studie upplevde vårdare en fördjupad teamrelation och de blev mera som arbetskamrater i teamet genom det rehabiliterande arbetssättet. Tidigare kontaktades rehabiliteringspersonalen endast i samband med hjälpmedel men framöver kan de ha kontakt i ärenden som rör det rehabiliterande arbetssättet. I studien som Kneafsey, Long och Ryan (2003, s. 321) gjorde kom det fram att sjukskötare hade känslor av utanförskap, brist på erkännande, brist på tid för rehabilitering och brist på remisser för rehabilitering. Större tydlighet och erkännande behövs för sjukskötare att bidra till rehabiliteringen. Behov finns för att säkerställa gemensamma bedömningar i det mångprofessionella teamet för att bidra till patientens rehabiliterande mål och egenvård.

Alla informanter var motiverade att använda ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt i arbetet på bäddavdelningen. Trots detta ansåg (≈ 8) informanter i fråga 15 att de behövde motivation för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Vårdarna ansåg att mera tid behövs, samarbete i det mångprofessionella teamet, tydliga mål med rehabiliteringen, en rehabiliteringsplan och motiverade vårdare för att arbeta på ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt. Resultatet liknar Barreca och Wilkins (2008, s. 70-72) forskning där sjukskötare upplevde att brist på resurser, inklusive tid påverkade rehabiliteringen. Trots detta behöll sjukskötare sin positiva attityd. Sjukskötare beskrev sin roll som viktig och omfattande. Eftersom utbildningen till sjukskötare förberedde på att ge vård och komfort, tyckte några sjukskötare att det var svårt att se på när patienter blir frustrerade under rehabiliteringen, speciellt när försummelse och bristande koncentrationsförmåga gör det ännu mer utmanande. Slutsatsen var att vårdare måste

erkänna sina begränsningar. För att uppnå bra resultat bör det mångprofessionella arbetsteamet arbeta nära tillsammans. Kommunikationsproblem har rapporterats i dessa grupper.

Inte alla informanter använder dokumentation som ett stöd i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet. Dokumentation är viktig i det rehabiliterande arbetet för hela det mångprofessionella teamet (Pryor & Smith 2002, 255). Kartläggning med olika mätredskap är bra för att få jämförelsematerial. Kartläggningen ger också rehabiliteringsplan struktur och förbättrar kommunikationen i och mellan olika yrkesgrupper. (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 119-120).

Informanterna ansåg att de inre resurserna som behövs för att bättre kunna arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt var motivation och skolning. Resultatet liknar Routsalo, m.fl. (2004, s. 220) där det framkom att vårdare behöver kunskap och erfarenhet samt tålamod och kreativitet och möjlighet att tillämpa sina yrkeskunskaper. Framstegen i den rehabiliterande processen utvärderades dagligen och resultaten blev noterade i patientens journal. Enligt Pryor och Smith (2002, s. 253) måste sjukskötaren ha en omfattande social kompetens och teknik att välja mellan i patientkontakten. Valet av särskild kunskap och teknik som bygger på en bedömning av patienten i sitt sammanhang vid den tidpunkten, vara medveten om patientens lång- och kortsiktiga mål.

8 Kritisk granskning

Validitet beskriver i vilken utsträckning man verkligen mäter det man avser att mäta. Reliabilitet beskrivs som graden av tillförlitlighet i mätinstrumentet, d.v.s. i vilken utsträckning man får samma värde om man upprepar undersökningen. (Björklund och Paulsson 2003, s. 58). Syftet med frågeformuläret var att ta reda på vad vårdarna på bäddavdelningen hade för uppfattning och beredskap om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Frågorna i enkäten är tydligt formulerade. Enkäterna har piloterats av en utomstående person, tidsbrist gjorde att det inte blev av flera personer. En liten justering gjordes i en fråga efter piloteringen. Jag kan konstatera att min mätare borde vara på hög validitetsnivå eftersom den baserar sig på litteraturstudien. Jag anser att mina frågeställningar blivit besvarade. Resultatet från enkäten kan användas av uppdragsgivaren genom att det kommer fram vad vårdarna behöver för att bättre kunna arbeta på ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt.

Mätaren i examensarbetet är en enkät. Reliabiliteten kommer fram genom att det är flera vårdare från samma avdelning som svarat på enkätfrågorna och ett tvärsnitt av vårdares uppfattning och beredskap framkommer. Genom att vårdare svarar på studiens frågor kan man utifrån dessa svar få reda på vad vårdare behöver för att arbeta på ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt. Jag anser att litteraturstudien är reliabel då den är gjord på basis av vetenskapliga källor, både internationella och nationella sådana. De flesta artiklar är inte äldre än tio år. Jag anser att sökorden jag använde var relevanta för denna undersökning. Inledningsvis var litteratursökningen ostrukturerad och detta är en reliabilitetsänkande faktor. För att ha kunnat förbättrat mitt arbete, kunde jag ha strukturerat sökningen av litteratur för att på såvis kunnat redogöra för antalet träffar på sökord i tabellformat och hur sökorden kombinerades. Frågeformuläret sattes samman utgående från litteraturstudien. Detta innebär att enkäten är förankrad i tillförlitlig information. Enkäten blev piloterad av en oberoende person, detta kunde ha gjorts av flera personer men tidsbristen gjorde att det inte blev gjort. Samma frågeformulär har inte använts i andra undersökningar. Kanske hade det varit lättare om jag använt en enkät som redan har blivit använd för att direkt kunna jämföra resultaten, men någon sådan relevant studie hittades inte. Jag anser att det var rätt att använda en enkätundersökning för att alla vårdare kunde svara anonymt. Vid en gruppintervju med samma målgrupp hade inte alla svar kommit fram på grund av att vissa har lättare att uttrycka sig än andra, alla hade inte blivit hörda. Enskild intervju skulle kanske ha fungerat men på grund av tidsbrist förkastades detta.

Tre grundläggande krav finns som en undersökning ska försöka tillfredsställa: informerat samtycke, krav på skydd av privatlivet och krav på att bli korrekt återgiven (Forskningsetiska delegationen, 2009, s. 1-16). Jag anser att denna undersökning har ett gott etiskt värde. Det är bara jag som tolkat resultaten eftersom jag arbetat ensam med examensarbetet. Jag har försökt att få examensarbetet att innehålla en röd tråd genom hela arbetet. Detta har inte varit så lätt för mig men slutresultatet är jag nöjd med. I redovisningen för resultaten av enkätsvaren valde jag att svärta de olika kategorierna som framkom för att göra det tydligare för läsaren. Jag har garanterat anonymitet i enkäten med information till de tillfrågade. Jag har inte förvrängt, dolt eller lagt till något ur enkäternas svar. Orten för studien har förblivit anonym. Jag anser att vårdarna har gett sitt samtycke till undersökningen genom att de besvarat frågeformuläret. Forskningslov (Bilaga 2) har ansökts och beviljats av ledande skötare vid den berörda Hälsovårdscentralen.

Exsamensarbetet är ett beställnings arbete från bäddavdelningen och ett uppdragsavtal har undertecknats av studeranden och uppdragsgivare.

9 Slutsatser

Syftet med examensarbetet var att kartlägga vårdares uppfattning och beredskap i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt på en bäddavdelning. Frågeställningarna var vilken uppfattning har vårdare om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt och vilka inre- och yttre resurser behöver vårdare för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Resultaten visar att vårdarnas uppfattning om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt till vissa delar överensstämde med litteraturstudien. Vårdarna ansåg att de inre resurserna som behövs för att bättre kunna arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt var motivation och skolning. De yttre resurserna som vårdarna ansåg behövs är främst mera tid för att arbeta på ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt, därefter framkom behov av tydliga mål, samarbete, rehabiliteringsplan och vårdares motivation.

Positivt är att alla vårdare är motiverade att börja arbeta på ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt. Vårdarna ansåg att rehabiliteringen är positiv för alla inblandade och de hade flera synpunkter om varför det är viktigt i vården av patienten. I denna studie framkom att samarbetet inte alltid fungerar mellan vårdarna, patienten och anhöriga. Orsaken ansåg vårdarna är att patienten är omotiverad och anhöriga oförstående. Här kan orsaken vara att patienten och anhöriga inte har kunskap och inte fått information om rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Patienten och anhöriga behöver också få veta vad målet är med rehabiliteringen.

Vårdarna ansåg att kommunikation med patienterna var det viktigaste därefter ansågs att patientens motivation och vårdarnas egen motivation att använda resursförstärkande arbetssätt. Vårdarna hade dålig kunskap om det mångprofessionella teamets mål och delmål, detta på grund av att målen oftast inte finns nedskrivna. Alla vårdare använder inte dokumentation som ett stöd i det rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssättet. Dokumentation är viktig i det rehabiliterande arbetet för hela det mångprofessionella teamet (Pryor & Smith 2002, 255). Kartläggning med olika mätredskap är bra för att få jämförelsematerial. Kartläggningen ger också rehabiliteringsplanen struktur och förbättrar kommunikationen i och mellan olika yrkesgrupper.(Kirkevold mfl. 2010, s. 119-120).

Patienters funktionsförmåga nämndes inte av vårdarna i enkätsvaren inte heller kartläggning av patienters funktionsförmågorna. Detta gör det svårt att uppsätta målen i det mångprofessionella teamet. Vårdarna saknade mål och delmål i det rehabiliterande arbetet. Kvist-Östman (2009, s. 1) menar att för att kunna arbeta på ett rehabiliterande arbetssätt måste man ta reda på vilka förutsättningar som försämrats och vilka som finns kvar hos patienten.

Genom detta examensarbete har jag fått en större inblick i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Jag har förstått att det är viktigt för vårdare att ge både patienten och anhöriga information och kunskap om rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt när arbetssättet införs på bäddavdelningen. Mina kompetenser som sjukskötare har utvecklats i den etiska verksamheten med patienten genom att jag fått större förståelse för hur viktigt det är att jag som sjukskötare ser varje patient som en unik patient med unika möjligheter. Min kompetens i det hälsofrämjande arbetet som sjukskötare kommer fram i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet som jag fått kunskap om genom examensarbetet. Jag har under examensarbetsprocessen fått förståelse för hur teori och praktik kan ses som en helhet. Resultatens pålitlighet skulle blivit utvärderad om jag delat ut enkäterna på flera bäddavdelningar för att kunna jämföra resultaten. Detta gjordes inte på grund av tidsbrist. Enkäterna var noggrant besvarade och jag fick en bra syn över vårdares uppfattning och beredskap i rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Även andra bäddavdelningar kan ta del av resultaten eller göra en egen förfågan med denna studies enkät och på det sättet få en jämförelse.

Uppdragsgivaren kan ta del av resultaten i diskussionen och förberedelserna för att införa arbetssättet på bäddavdelningen. Resultaten visar att vårdare anser sig behöva motivation och skolning för att bättre kunna arbetat på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Uppdragsgivaren kan beakta detta inför införandet av arbetsmetoden. Genom att vårdarna får skolning och kunskap kan motivationen höjas. Vårdarna ansåg att mera tid behövs för att arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt. Hur arbetsgivaren kan förverkliga detta kan jag inte svara på, men det är nödvändigt att detta blir beaktat. Kartläggning av funktionsförmågan, tydliga mål, samarbete, rehabiliteringsplan samt motivation behövs också enligt vårdarna. Uppdragsgivaren kan ge vårdarna skolningen i patientens funktionsförmågor och mätare av dessa (se s. 6). För att underlätta för vårdarna kan arbetsgivaren införa en rehabiliteringsplan eller på annat sätt göra så att rehabiliteringsmålen kommer fram tydligt. När funktionsförmågan mäts och dokumenteras

i rehabiliteringsplanen sätts målen och delmålen upp därefter. Samarbetet i det mångprofessionella teamet kan gynnas av detta.

Jag anser att en uppföljning kunde göras i detta ämne för att se om vårdarnas uppfattning och beredskap har förändrats efter införandet av rehabiliterade och resursförstärkande arbetssätt på bäddavdelningen. Dessutom kan det diskuteras hur information och kunskap på bästa sätt skall förmedlas till patienten och anhöriga, för att de skall förstå och bli delaktiga i rehabiliteringen. Mitt personliga mål med valet av examensarbetets ämne var att få fördjupade kunskaper om ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt.

Källförteckning

Barreca, S & Wilkins, S. (2008). Experiences of nurses working in a stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing* 63(1), 36–44.

Björklund, M, & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken*. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. Fallköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Forskningsetiska delegationen, 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*: Helsingfors

Foster, A., Dowswell, G & Young, J. (1999). Effect of a physiotherapist-led training programme on attitudes of nursing caring for patients after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 13, 113-122.

Holme, I & Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Holmström, K & Petterson, C. (2008). Upplevelser av vardagsrehabilitering i arbetet på särskilt boende för äldre. Kandidatuppsats: Lunds universitet

Hoy, B., Wagner, L & Hall, E. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci*. 21, 456–466.

Högstedt, K & Åhlfeldt, E. (2010). *Vad fortlever från utbildningen Rehabiliterande och aktiverande arbetssätt? Uppföljning ett år efter avslutad utbildning*. [http://www.nestor-foucenter.se/publikationer/pdf-filer/ReAkt_Uppföljning%20efter%20ett%20ar.pdf](http://www.nestor-foucenter.se/publikationer/pdf-filer/ReAkt_Uppfoljning%20efter%20ett%20ar.pdf) (hämtat 10.11.2011).

Jacobsen, D. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur.

Kettunen, R., Kähärä-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A & Ihalainen, J. (2005). *Modern rehabilitering – en resurs*. Tammerfors: Tammer-Paino Oy.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K & Høyen Ranhoff, A (red.). (2010). *Geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber

Kneafsey, R., Long, A & Ryan, J. (2003). An exploration of the contribution of the community to rehabilitation. *Health and Social Care in the Community* 11(4), 321-328.

Kristoffersen, N., Nortvendt, F & Skaug, E-A (red.). (2005). *Grundläggande omvårdnad, del 3*. Stockholm: Liber.

Kristoffersen, N., Nortvendt, F & Skaug, E-A (red.). (2006). *Grundläggande omvårdnad, del 4*. Stockholm: Liber.

Krokkfors. Y. (2008). *Bedömning av äldres funktionsförmåga*. FSKC. http://www.fskompetenscentret.fi/page112_sv.html (hämtat 16.12.2011).

Kuntoutusasian neuvottelukunta. (2004). Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sociaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Edita.

Kvigne, K., Kirkevold, M & Gjengedale, E. (2005) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 897-905.

Kvist-Östman, A (2009). *Arbetsätt som stöder äldres funktionsförmåga*. Tallmo vårdcenter.

Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. (2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*. 37 (1), 70-78.

Niemi, M., Emet, E-M, Exell-Paakki, K. & THL. (18, 2010). *RAI-benchmarking, Verktyg för ledarskap och utveckling, Best Practice på Folkhälsan*. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/16695/Folkh%C3%A4lsanRPR.pdf> (hämtat 18.01.2012).

Nolan, M. & Nolan, J. (1999) Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*. 29 (4), 958-966.

Portillo, M. (2008). Understanding the practical and theoretical development of socialrehabilitation through action research. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 234-245

Pryor, J & Smith, C. (2002). A framework for the role of registered nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. 39 (3), 249-257.

Pryor, J & O'Connell, B. (2008). Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1766–1774.

Routasalo, P., Arve, S & Lauri S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* (10), 207–215.

Routasalo, P., Wagner, L & Virtanen, H. (2004). Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scand J Caring Sci* (18), 220-228.

Rundgren, Å & Dehlin, O. (2007). Geriatrik. Studentlitteratur: Polland.

Siegert, R & Taylor, W. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation* 26 (1), 1–8.

Stabell, A & Nåden, D. (2006). Patients' dignity in a rehabilitation ward: Ethical challenges for nursing staff. *Nursing Ethics* 13 (3), 236-247.

Turunen, B. (red.) (2006). *Handbok för folkhälsans äldresomsorg*. Helsingfors: Samfundet Folkhälsan.

WHO. Rehabilitation. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> (hämtat 25.4. 2012)

Vähäkangas, P. (2010) Rehabiliterande arbetssätt och ledarskap inom institutionsvården . Juvenes print: Tamerfors.

Bilaga 1 1(5)

Mitt namn är Maria Karlå, jag studerar till sjukskötare i Yrkeshögskolan Novia, Åbo. Denna enkät är en del till mitt examensarbete med målet att kartlägga sjukskötares och närvårdares åsikter och upplevelser om resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt på bäddavdelningen. Svarandet är frivilligt och svaret behandlas anonymt, dvs. inget resultat kommer att presenteras så att du kan igenkännas.

Kryssa i **ett** svars alternativ om inte annat anges och svara på öppna frågorna.

Yrke:

- sjukskötare YH nivå
- sjukskötare institution nivå
- närvårdare
- sjukskötarstuderande
- närvårdarstuderande

1. Ålder:

- 18-29 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- 50-59 år
- över 60 år

3 Vad innebär ett resursförstärkande arbetssätt för dig?

4 Vad innebär ett rehabiliterande arbetssätt för dig?

5 Använder du ett resursförstärkande arbetssätt med patienterna?

- inte alls
- sällan
- ibland
- oftast
- alltid

6 Använder du ett rehabiliterande arbetssätt med patienterna?

- inte alls
- sällan
- ibland
- oftast
- alltid

7 Är du motiverad att börja använda ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt i arbetet på bäddavdelningen?

- ja

Varför: _____

- nej

Varför inte: _____

8 Vilka positiva följder medför ett resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt?

För patienten _____

För vårdare _____

För teamet _____

För samhället _____

9 Hur upplever du att mångprofessionellt samarbete i resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt med övrig personal fungerar?

- med sjukskötare mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med närvårdare mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med fysioterapeuten mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med social.skötare mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med avd. läkare mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med avd. skötare mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med remitterande
vårdorganisation mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med mottagande
vårdorganisation mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __

Om du har svarat mycket dåligt eller ganska dåligt motivera varför: _____

10 Hur upplever du samarbetet i ett resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt fungerar?

- med patienten mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __
- med anhöriga mycket dåligt __ ganska dåligt __ ganska bra __ bra __ mycket bra __

Om du svarat mycket dåligt eller ganska dåligt motivera varför: _____

11 Vilka av följande resurser anser du att är de viktigaste för vårdare i ett rehabiliterande och resursförstärkande arbete?

Välj tre alternativ:

- kommunikation med patienten
- patientens motivation
- handleda patienten gällande egenvård

- känslomässigt stöd till patienten
- fysisk rehabilitering
- involvera anhöriga
- kontinuerlig bedömning av patientens egenvårdsresurser
- kontinuerlig bedömning av patientens fysiska funktionsförmåga
- kontinuerlig bedömning av patientens psykiska funktionsförmåga
- kontinuerlig bedömning av patientens sociala funktionsförmåga
- gemensam mätare för bedömning av patientens funktionsförmåga
- egen motivation som vårdare att använda resursförstärkande arbetssätt
- samordning med de andra i det mångprofessionella teamet
- systematisk dokumentation om mål, åtgärder och utvärdering
- hjälpmedel på avdelningen

12 Använder du dokumentationen som ett stöd i det rehabiliterande och resursförstärkande arbetssättet?

- ja Hur? _____
- nej
Varför inte: _____

- ibland
När: _____

13 Vet du vilka de mångprofessionella teamets mål och delmål är i rehabiliteringen?

- ja
- nej
Varför inte: _____

- ibland
När: _____

14 Hur stor del av patienterna på bäddavdelningen tror du har nytta av rehabilitering?

- ingen
- en liten del
- en stor del

15 Vad anser du att behövs för att du bättre kan arbeta på ett rehabiliterande och resursförstärkande arbetssätt? Numrera de tre viktigaste i nummerordning

- skolning
- rehabiliteringsplan för varje patient
- bättre dokumentation om patientens kapacitet, funktionsförmåga
- tydliga mål med rehabiliteringen
- mera tid
- motivation
- samarbete i det mångproffesionella teamet

Annat, vad

Tack för ditt deltagande.

Var vänlig och sätt svarskuvertet i kafferummet i avsedd låda **senast 27.11.2011**.

Resultaten publiceras som lärdomsprov i YH Novia och förvaras i biblioteket samt i databasen Theseus.

Studerande, Maria Karlå

Handledare HVD, lektor Heli Vaartio-Rajalin

Till ledande skötare vid ----- hälsovårdscentral. Anhållan för utförande av en empirisk studie på ----- hvc-sjukhus bäddavdelning

Undertecknad som studerar vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo till sjukskötare skall skriva mitt lärdomsprov om ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt utgående från en beställning av ovan-nämnda bäddavdelning. För att kunna utföra studien behövs en enkätundersökning (Bilaga 1) som besvaras av bäddavdelningens vårdpersonalen under arbetstiden. Undertecknad delar ut frågeformulären och kuvert vid höstens personlamöte till cirka trettio stycken vårdare, datum ännu inte fastställt. Deltagandet är frivilligt. Kuverten med frågeformulären samlas in vid samma tillfälle. Frågeformulären analyseras med kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys. Handledande lärare för mitt lärdomsprov är HVD Heli Vaartio- Rajalin, lektor vid Novia, Åbo.

Härmed anhåller undertecknad vänligen om tillstånd för att utföra en empirisk studie om ett rehabiliterande- och resursförstärkande arbetssätt på bäddavdelningen hösten 2011. Resultaten publiceras som lärdomsprov i YH Novia och förvaras i biblioteket samt i databasen Theseus.

Maria Karlå
Tjälaxvägen 583
64210 Kalax
Tel. 050-3219712
Email: maria.karla@novia.fi

Härmed ges samtycke till enkätundersökning

Datum 21.10.2011

Namn och position i organisationen. Brigitte

Rekruiteringschef

Vård- och omsorgsnämnder
i N^o _____

skot / hälsoekonom