

Vårdares bedömning av optimala vårdintensitetsnivåer på serviceboenden för äldre – en kvalitativ studie

Magisteravhandling

VÅRDVETENSKAP

Författare: Ingegerd Enqvist

Handledare: Lisbeth Fagerström

och Pia Nygårdas

Åbo Akademi

Fakulteten för pedagogik och välfärd

Hälsövetenskaper

Enheten för vårdvetenskap, maj 2020

Abstrakt

SOHUq-mätaren för klientklassificering och vårdintensitetsmätning är en ny mätare som ingår i RAFAELA-systemet. Det andra instrumentet i systemet är PAONCIL (*Professional Assessment of the Optimal Nursing Care Level*) för uppskattning av den optimala vårdintensitetsnivån. Avsikten med denna studie är att beskriva vårdares erfarenheter av optimal vårdintensitet och av att använda instrumentet för professionell bedömning av optimal vårdintensitetsnivå. Ett serviceboende för äldre i västra Finland deltog i pilotprojektet där man testat den nya SOHUq-mätaren för klientklassificering och för att mäta vårdintensiteten. Totalt femton vårdare deltog i fem fokusgruppintervjuer. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera och tolka datamaterialet. Resultatet av studien visar att optimal vårdintensitet är mera än grundvård. Förutsättningar för att vårdare ska kunna bedöma den optimala vårdintensitetsnivån är ett fungerande instrument, tillräcklig skolning och stöd från ledarna. PAONCIL-instrumentet ansågs fungera väl inom äldreomsorgskontext men RAFAELA-systemet hade varit i bruk mindre än ett år när studien genomfördes och kräver ytterligare testning.

Nyckelord: *patient classification, RAFAELA, nursing intensity, workload och nursing resources.*

Abstract

The SOHUq meter, used for client classification and for measuring nursing care intensity, is a new meter in the RAFAELA system. The second instrument in the system is called the PAONCIL (Professional assessment of the Optimal Nursing Care Intensity Level) instrument. This instrument estimates the optimal level of care intensity. The purpose of this study is to describe caregivers' experiences of using the instrument for professional assessment of optimal care intensity level. A service center for older people in Western Finland participated in the pilot project, which aimed to test the new SOHUq meter. A total of fifteen caregivers participated in five focus group interviews. Qualitative content analysis was used to analyze and interpret the data material. The results of this study show that optimal care intensity includes more than basic nursing care. Prerequisites for caregivers to assess the optimal level of care intensity are a well-functioning instrument, adequate training and support from the leaders. The PAONCIL instrument was considered to work well in the elderly care context but since the RAFAELA system had been in use only for less than a year when the study was conducted further testing is required.

Keywords: *patient classification, RAFAELA, nursing intensity, workload och nursing resources*

Förord

För lite mera än sexton år sedan utexaminerades jag som närvårdare och hade turen att direkt få anställning i ett nyöppnat vårdhem för äldre. Det var med stor glädje och iver vi alla nyanställda vårdare gjorde vårt bästa för att skapa ett så hemligt och trivsamt boende som möjligt för våra patienter. På den tiden gick liknande vårdhem ännu under benämningen långvårdsavdelning och de inneboende kallades patienter. Efter att jag för sju år sedan blev färdig med mina sjukskötarstudier har jag fortsättningsvis arbetat kvar på min arbetsplats, med mera uppgifter och ansvar som naturligt tillkommit med yrket. Jag har alltid tyckt om att lära mig nya saker och för att utvecklas beslöt jag att ytterligare förkovra mig i vårdvetenskapen och är nu på slutrakan för min magisterexamen i vårdvetenskap med biämnet social- och hälsovårdsadministration.

Sedan jag i januari år 2004 började min anställning har vissa omorganiseringar skett och äldreboenden hör numera under socialvårdslagen och benämns som serviceboenden/effektiverade serviceboenden. Fastän de yttre omständigheterna och lagar och principer som verksamheterna vilar på ändrats, är klientelet och personalen den samma och samma arbetsuppgifter ska utföras som tidigare, dock med i många fall mindre resurser. Arbetsmängden eller vårdintensiteten har inte tidigare blivit bedömd inom åldringsvården även om RAFAELA-systemet som mäter vårdintensiteten använts en lång tid i övriga hälso- och sjukvårdskontext. Jag ville därför gärna undersöka vårdarnas upplevelser av att mäta vårdintensiteten inom äldreomsorgen med hjälp av den ny SOHUq-mätaren och PAONCIL-instrumentet och det kom att bli temat för min magistersavhandling. Det har inte varit en helt enkel process och flera gånger har jag varit beredd att ge upp ämnet och byta tema. Jag har ändå haft mycket hjälp och stöd från mina handledare, främst professor Lisbeth Fagerström som är RAFAELA-systemets utvecklare och stora expert men också projektledare Pia Nygårdas som stöttat och trott på mig när jag själv tvivlat. Stort tack till båda mina handledare.

Magisteravhandlingen är skriven i artikelform och referenslistan är utformad enligt Vancouversystemet. Artikeln ska ännu översättas till engelska före den sänds in för att söka om publicering i Nordic Journal of Nursing Research

Larsmo 6 Maj 2020

Ingegerd Enqvist

Innehåll

Abstrakt

Förord

Inledning	1
Bakgrund	2
Beskrivning av RAFAELA systemet	3
Beskrivning av det aktuella pilotprojektet	4
Studiens syfte	4
Metoder	4
Deltagare och datainsamling	5
Dataanalys	6
Etiska överväganden	6
Resultat	7
Diskussion	10
Metodologiska överväganden	11
Slutsatser	11

REFERENSER

Bilagor

Bilaga 1 Tutkimuslissenssopimus FCG

Bilaga 2 Forskningslov

Bilaga 3 Informationsbrev – Finns som Saatekirje på finska

Bilaga 4 Samtyckesformulär – Finns som Suostumuslomake på finska

Bilaga 5 Bakgrundsinformation om informanterna

Inledning

Resursplanering och allokering hör till vårdledarnas arbetsuppgifter. Under de senaste decennierna har ett flertal patientklassificeringssystem utvecklats för mätning av vårdintensitet och för att förbättra personalplaneringen i sjukhuskontext (1-5). Det enda sättet att kunna mäta det arbete som vårdarna utför är att använda ett patientklassificeringssystem där informationen kan användas som en resurs vid personalstyrning och kostnadsberäkning (6-7). Forskning visar att behovet av patientklassificeringssystem främst är grundat på ekonomiska och administrativa motiv men att dessa framförallt behövs för att garantera vårdkvalitet och att patienternas behov tillgodoses (8-10). Erfarenheter av RAFAELA systemet, ett finskt patientklassificeringssystem, har visat att personalplanering och vårdokumentationen kan förbättras och diskussioner om vårdens kvalitet stimuleras efter implementering av patientklassificeringssystem (9,11).

Under de senaste åren har intresset för att kunna mäta vårdarnas arbetsbelastning och vårdintensitet inom primärvården ökat på grund av en åldrande befolkning med ett allt större vårdbehov och därmed också ökat personalbehov (12-15). För vårdplanering och resursallokering i långtidsvården används i OECD-länderna ett flertal standardiserade bedömningsverktyg. The Resident Assessment Instrument -Long Term Care, RAI-LTC har sedan 1990-talet använts för att bedöma vårdbehovet inom långtidsvården och speciellt på vårdhem, i Kanada, Finland, Island, Italien, USA och Spanien. RAI bedömningsinstrumentet kan användas för att beräkna olika användargrupperns behov av resurser, RUG-III och för att användas som grund för betalningssystemen på vårdhem och i hemvården (16-17). RAFAELA systemet, som ursprungligen utvecklades för sjukhusvård, har testats i hemvården i Finland och i Norge och positiva erfarenheter har publicerats (11,18-19). Nyligen publicerades en scoping review av klassificeringssystem, som används för mätning av vårdintensiteten inom primärvården och hemvården (20). Totalt kunde 12 instrument/patientklassificeringssystem inkluderas. Endast fem instrument hade testats för validitet och/eller reliabilitet. Forskarna kunde konstatera att det behövs mera forskning gällande vårdintensitet och staffing inom primärvården.

I flera länder sker en omorganisering av vården och en allt större del av vårdarbetet överflyttas till socialvårdens olika serviceinrättningar ute i kommunerna/städerna, såsom effektiverade serviceboenden, boenden för personer med funktionsnedsättningar samt hemvården (14,21). På grund av det ökade personalbehovet och behovet av en systematisk uppföljning av resurserna påbörjades ett pilotprojekt i Finland med syfte att anpassa RAFAELA systemet till socialvården. Sedan slutet av 1990-talet har i Finland använts ett klassificerings- och vårdintensitetsmätningssystem, RAFAELA®, som utvecklats för olika hälso- och sjukvårdskontext (22-23). RAFAELA systemets OPCq *Oulu Patient Classificationq* instrument, nuvarande HOIq instrumentet, modifierades till ett nytt instrument s.k. SOHUq-instrumentet. Grundidén med vårdklassificeringssystemet RAFAELA är att kunna fördela personalresurserna optimalt så att personalresurserna och patienternas vårdbehov är i balans för att kunna svara på patienternas varierande behov av vård (7,9,24). Målet är att patienternas vårdbehov ska mötas av kompetent vårdpersonal i rätt mängd. Korrekt dimensionerad personal är ingen garanti för god vård men borde ändå beaktas som en grundförutsättning för god patientvård (6,25).

Syftet med den aktuella studien är att beskriva vårdarnas erfarenheter av optimal vårdintensitet och av att använda instrumentet för professionell bedömning av optimal nursing care intensity level, PAONCIL- bedömningen.

Bakgrund

I denna studie definieras vårdintensitet, *nursing intensity*, som den mängd vård, hjälp och stöd som vårdarna har gett till patienten utgående från hans/hennes vårdbehov under en viss tidsperiod (vanligen ett dygn bakåt), samt att den bedömningen är gjord utifrån ett holistiskt och person-centrerat perspektiv (53,58). Andra närliggande begrepp är patientberoende *patient dependency*, *patient acuity* och *nursing workload*. Baserat på en analys av begreppet *nursing workload*, arbetsbelastning i vården, föreslår Alghamdi (26) följande definition: *Arbetsbelastning i vården är den mängd tid och vård som en vårdare kan ägna sig (direkt eller indirekt) åt en patient, en arbetsplats och åt professionell utveckling*. I en litteraturoversikt (27) fann man en modell för mätning av vårdintensiteten som även innefattade icke-patientrelaterade vårdaktiviteter, vilket ansågs vara viktigt för att mera komplext definiera vad vårdare gör samt stå som en avgörande faktor vid fastställande av vårdtyngden. Således ska under den totala omvårdnadstiden utföras både vårdaktiviteter och icke-vårdande aktiviteter som ska beaktas i mätningen av vårdintensiteten. Flera icke-patientrelaterade faktorer som är av avgörande betydelse för den totala arbetsintensiteten är arbetsorganisering, personalstrukturen samt samarbete med läkare och övrig personal, möten, samarbete med hela organisationen, stress och övriga faktorer (28-30).

Internationell forskning i sjukhuskontext har i flera studier påvisat ett samband mellan personalresurser och vårdkvalitet (31-33). Forskning har visat att vårdare upplever sig vara oförmögna att ge vård av god kvalitet under de dagar när arbetsintensiteten varit högre än optimal nivå (6,25,34). Arbetssituationer med en arbetsintensitet över en optimal vårdintensitetsnivå leder till en ökad risk för patientskador och patientdödlighet (35). Det är inte enbart i sjukhusmiljöer som vårdare rapporterar att tidsbristen ofta resulterar i ogjorda omvårdnadsuppgifter och negativa händelser. Även i hemvården inverkar bemanningen på vårdkvaliteten eftersom man kan erbjuda bättre vård när bemanningen är högre (36). I takt med det ökade antalet äldre personer som önskar bo hemma finns det behov av att utveckla hemservicen i de nordiska länderna. Det är viktigt att bemanningen och arbetsbelastningen inom hemvården mäts och balanseras i relation till omsorgsbehovet (20). I Norge har man undersökt hur väl OPCq instrumentet, första delen av RAFAELA systemet, går att använda i hemservicesammanhang (18-19,36) och funnit det användbart för att klassificera vårdintensiteten i hemserviceförhållanden även om en del justeringar behöver göras för att bättre passa i hemservicekontext. För närvarande är motsvarande forskning inom socialvården mycket skral och det är därför motiverat att utpröva nya instrument och patientklassificeringssystem.

Även om vårdledare behöver patientklassificeringssystem för att kunna förutse personalbehoven antas rådande vårdkultur också vara av betydelse för vårdresultaten. Personalens kompetens, vårdideologi och vårdarnas attityder till sina patienter är avgörande för hur patienterna kan få nytta av personalresurserna (9). Speciellt i vården av äldre personer med kognitiva störningar är det viktigt att vid allokeringen beakta de specialbehov som denna patientgrupp har (11). I äldrevården finns olika etiska utmaningar som bör beaktas i det dagliga arbetet, såsom värdighet, autonomi, säkerhet och en vårdande gemenskap. Forskning visar att äldreomsorgen fortfarande är rutinmässig och att vårdarna i det dagliga arbetet inte alltid beaktar integriteten och autonomin (25). Medvetenhet om etiska värderingar, överenskomna kriterier för god vård och optimal resursallokering kan stöda en etiskt hållbar vård (37).

Beskrivning av RAFAELA systemet

Patientklassificeringsinstrumentet OPCq infördes år 1995 på Vasa centralsjukhus (22-23). Den första versionen av OPCq-mätaren utvecklades åren 1991 – 1994 på Uleåborgs universitetssjukhus och vidareutvecklades vid Vasa centralsjukhus. OPCq instrumentet, benämns idag HOIq, består av sex behovsområden och vårdåtgärder som hör till dessa:

1. Planering, koordinering och förberedelse av vården, 2. Andning, blodcirkulation och sjukdomssymtom, 3. Näring och läkemedel, 4. Hygien och utsöndringsfunktioner, 5. Aktivitet och funktionalitet, sömn och vila, 6. Råd och handledning om vård/eftervård, emotionellt stöd. Vårdintensiteten kan variera inom respektive delområde på nivåerna A = 1 poäng, B = 2 poäng, C = 3 poäng, D = 4 poäng. Den nya SOHUq instrumentet, som evalueras i denna studie, har utvecklats utgående från HOIq instrumentet och modifierats för vårdarbetet inom det sociala området, såsom på olika serviceboenden eller i hemservicekontext. SOHUq instrumentet innehåller en 0 nivå, vilket innebär att inget klientarbete utförts i delområdet. Poängen räknas ihop och klassas slutligen i fyra vårdintensitetsklasser. Klass I-1-8poäng betyder låg vårdintensitet, klass II - 9-12p - måttlig vårdintensitet, klass III - 13-15p - högre än måttlig vårdintensitet, klass IV - 16-20p - krävande vårdintensitet och klass V - 21-24 - mycket krävande vårdintensitet (23).

Vårdklassificeringssystemet RAFAELA som utvecklades på 2000-talet består av tre delar; 1) mätning av den dagliga *vårdintensiteten* för varje patient *nursing intensity* med hjälp av HOIq-instrumentet och för den aktuella studien gäller SOHUq-instrumentet. Samtidigt registreras 2) de dagliga vårdresurser, antal vårdare som direkt eller indirekt har allokerats för patientvård. Genom att dividera totala antalet vårdintensitetspoäng för senaste dygn med antalet vårdare får man fram ett mått på arbetsbördan per vårdare; *vårdintensitet/vårdare; nursing intensity/nurse*. 3) Den optimala nivån för vårdintensiteten på respektive enhet fastställas efter en ca 4 - 5 veckors datainsamling med instrumentet *Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level*, PAONCIL.

Varje vårdare bedömer efter varje arbetsskift om patienternas vårdbehov har varit i balans med den egna arbetstiden, med andra ord en subjektiv bedömning av arbetsmängden (22-23, 28). Bedömningen görs med PAONCIL instrumentet, som består av en sju-gradig skala, mellan -3 och upp till 3. Nivåerna finns beskrivna i en manual. Nivå 0 är den optimala vårdintensitetsnivån, som betyder att det är möjligt att ge god helhetsvård till patienter/klienter. Nivåerna 1 - 3 beskriver en situation där arbetsmängden är för stor och vårdarna är tvungna att prioritera i vården medan en vårdintensitetsnivå på -3 till -1 visar en lägre arbetsmängd där det är möjligt för vårdarna att ägna sig åt andra arbetsuppgifter på avdelningen (6,38). PAONCIL-instrumentet innefattar ytterligare 15 icke-patientrelaterade faktorer som kan höja eller sänka vårdarens totala arbetsbelastning under ett skift.

Tabell 1. Beskrivning av de 15 icke-patientrelaterade faktorerna.

- | | |
|-----|--|
| 1. | Organisering av arbetet och planering av arbetsskift |
| 2. | Personalsituation |
| 3. | Möten, skolningar och annan frånvaro från enheten |
| 4. | Studeranden |
| 5. | Samarbete med övriga personalgrupper inom enheten |
| 6. | Samarbete med läkare |
| 7. | Samarbete med andra enheter |
| 8. | Samarbete med vårdpersonal inom den egna enheten |
| 9. | Arbetsförmåga och behärskning av eget arbete |
| 10. | Mental stress på grund av arbetet |
| 11. | Fysisk arbetsmiljö |
| 12. | Telefontrafik |
| 13. | Datasystem |
| 14. | Introduktion |
| 15. | Andra faktorer |

Genom lineär regressionsanalys fås fram hur mycket den oberoende faktorn x =vårdintensitet/vårdare förklarar variationen i värden hos den beroende faktorn y =professionell bedömning av optimal vårdtyngd, dvs. den professionella helhetsbedömningen av vårdintensitetssituationen på avdelningen (28,39-42). Även om RAFAELA-systemet är baserat på ett relativt enkelt indikatorsystem, kan man med hjälp av ett regressionsbaserat tillvägagångssätt bestämma den bemanning som krävs för en optimal vårdintensitetsnivå för en viss patientgrupp i en viss kontext. I en jämförelse mellan olika verktyg som används vid allokering och för att bestämma vårdintensiteten är RAFAELA-systemet ett av de mest undersökta systemen. RAFAELA-systemet är unikt eftersom det är det enda verktyg med vilket bemanningsbehovet bestäms genom titrering mot vårdarnas professionella, subjektiva bedömning av vårdintensiteten (43). RAFAELA-systemet upplevdes (44) av vårdledare på sjukhus i Norge, fungera som grund för att finna en allmän definition på god vårdkvalitet och som ett viktigt styrinstrument för att balansera patienternas behov med lämplig personal. En intressant fråga är därför om detta system kunde användas även inom socialvårdens äldrevård.

Beskrivning av det aktuella pilotprojektet

Serviceboendet för äldre, beläget i västra Finland, är en av två deltagande organisationer i ett pilotprojekt med den nya SOHUq-mätaren. Den andra organisationen är serviceboenden för olika klientgrupper inom socialvården i södra Finland. Eftersom projektet är i testfasen innehöll implementeringen och skolningen inte alla delar av paketet som brukar ingå vid introduktionen av RAFAELA-systemet. RAFAELA-systemet ägs av Finlands kommunförbund och förvaltas av FCG *Finnish Consulting Group* som tillhandahåller skolningar. Personal från FCG höll skolningarna inför testningsperioden på serviceboendet. Ett skolningstillfälle hölls före SOHU-mätarens klientklassificering togs i bruk och ytterligare ett tillfälle ordnades innan PAONCIL-bedömningarna inleddes. I skolningstillfällena deltog förmännen och två vårdare från varje avdelning, vilka i sin tur förmedlade informationen vidare till sina medarbetare. FCG tillhandahåller också en handbok för SOHUq-mätaren, vilken innehåller användarinstruktioner, nyckeltermen, praktisk vägledning och lösningar för daglig användning av SOHUq-mätaren och PAONCIL-instrumentet.

Studiens syfte

Syftet med studien är att beskriva vårdarnas erfarenheter av optimal vårdintensitet och av att använda instrumentet för professionell bedömning av optimal nursing care intensity level. PAONCIL- bedömningen.

Metoder

Studiens design är kvalitativ och beskrivande och genomfördes med hjälp av fokusgruppintervjuer på det serviceboende för äldre som deltog i del II av pilotprojektet med SOHU-mätaren.

Deltagare och datainsamling

Studien genomfördes under perioden februari - april 2020 på ett serviceboende bestående av sex enheter i västra Finland. Enligt urvalskriteriet för ändamålsenligt urval (45) inbjöd vårdledaren för serviceboenden i vårdområdet, vårdare på serviceboendet att delta i intervjuer för att berätta om sina erfarenheter av att använda instrumentet för PAONCIL-bedömning. Sammanlagt genomfördes fem fokusgruppintervjuer med totalt 15 vårdare fördelade i grupper på 2 - 4 vårdare. På de två avdelningarna med effektiverat serviceboende arbetar 2 sjukskötare på respektive avdelning medan de tre demensavdelningarna och intervallboendet har en sjukskötare anställd per avdelning. Endast närvårdare arbetar natttid. Därutöver arbetar på vardagar två vårdbiträden som bistår med hygien. Ett biträde på serviceboenden och ett biträde på de tre demensavdelningarna. En närmare beskrivning av serviceboendets sex enheter gällande antal och typ av klienter och personalbemanning finns beskrivna i tabell 1.

Tabell 2. Effektiverat serviceboende med dygnet runt vård

Form av boende	Antal klienter	Bemanning/ Morgon	Kväll	Natt
Serviceboende A	20 klienter	5 vårdare/4 veckoslut	4vårdare	2v/50k
Serviceboende B	18 klienter	4 vårdare	3 vårdare	2v/50k
Intervallboende	11/12 klienter	2 vårdare 2d/v-3 vårdare	2 vårdare	2v/50k
3 Demensavdelningar a`	9 klienter	2 vårdare/avd	2 vårdare/avd	2v/27k

De två första fokusgruppintervjuerna som räckte ca. 60 minuter/grupp genomfördes på serviceboendet och i vardera intervjutillfällen deltog 4 vårdare och två intervjuare. I mitten av mars belades alla äldreboenden med besöksförbud på grund av coronapandemin och de tre sista intervjuerna gjordes därför som telefonintervjuer där 2 vårdare deltog i de två första intervjuerna medan tre vårdare deltog i den sista telefonintervjun. Telefonintervjuerna utfördes av en intervjuare och räckte i medeltal 30 minuter. Alla informanter var kvinnor och deras ålder varierade mellan 23 och 63 år och medelåldern var 42,6 år. Informanterna hade mellan 2 års och 20 års erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen. Två av intervjupersonerna hade arbetat endast ett år på den nuvarande arbetsplatsen medan de övriga hade arbetat på samma ställe i allt från 4 år upp till 20 år, de flesta hade arbetat över 6 år på denna arbetsplats.

Tabell 3. Beskrivning av informanternas bakgrundsinformation

Utbildning	Arbetsfarenhet i år inom äldreomsorg				Arbetsfarenhet i år på serviceboendet	
	Medelålder	Min - Max	Medel	Min-Max	Medel	Min-Max
3x SS, HV	51,6 år	44 - 58 år	14,6 år	8 - 20 år	9,3 år	2 - 17 år
12x NV, PS	40,3 år	23 - 63 år	9 år	2 - 20 år	6,9 år	1 - 20 år

SS=Sjukskötare, HV=Hälsovårdare, NV=Närvårdare, PS=Primärskötare

Under fokusgruppintervjuerna och telefonintervjuerna diskuterades temafrågorna som finns beskrivna i tabell 3. Vid fokusgruppintervjuer är det viktigt att deltagare ges möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter för att få fram intervjupersonernas upplevelser (46). Intervjuerna gav deltagarna möjligheter att lyfta fram de erfarenheter som de själva ansåg vara väsentliga och som de ville dela med sig av. Intervjuerna var av semistrukturerad form och gjorde det möjligt för deltagarna att delvis tala fritt med varandra och dela sina erfarenheter under

intervjun (45). Utifrån vissa temafrågor med uppföljande frågor från moderatorn, fick deltagarna själva föra diskussionen kring det de själva tycker är mest relevant (46).

Tabell 3. Semistrukturerade temafrågor

- Hur upplever ni patientklassificeringsprogrammet RAFAELA och instrumentet för PAONCIL-bedömningen?
- Hur upplevdes skolningen?
- Hur beskrivs en dag med optimal vårdintensitetsnivå när ni kunnat erbjuda klienterna god vård?
- Vilka faktorer orsakar högre eller lägre vårdintensitetsnivåer än det optimala?
- Vilka synpunkter har ni på PAONCIL-blanketten?

Alla intervjuer bandades för att inte missa viktig information. Materialet omfattar totalt 38 transkriberade sidor. Det inspelade ljudmaterialet transkriberades sedan till text för den efterföljande innehållsanalysen (47).

Dataanalys

Det transkriberade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ manifest innehållsanalys (48). Ur det transkriberade materialet valdes meningsbärande enheter som var relevant för studiens syfte, och dessa utgjorde grunden för analysen. Med hjälp av kondensering gjordes texten kortare och mera lätthanterlig utan att det centrala gick förlorat. Den kondenserade texten abstraherades sedan i koder som sammanfördes till underkategorier. Slutligen kunde sex underkategorier sammanföras till två övergripande kategorier. (49).

Etiska överväganden

Tillstånd för genomförandet av studien anhölls från FCG *Finnish Consulting Group* som upprätthåller RAFAELA®-systemet och från ansvarig ledare för serviceboendet, där undersökningen genomfördes. I enlighet med forskningsetiska delegationens anvisningar (50) för etiska riktlinjer vid forskning, utfördes forskningen hederligt, med omsorgsfullhet och noggrannhet i både dokumenteringen och presentationen av resultaten samt i bedömningen av undersökningen och i undersökningsresultaten. Deltagarna i fokusgruppintervjuerna fick skriftlig och muntlig information om forskningsprojektet innan deras beslut om medverkan eller ej. Informationen innehöll syftet med forskningen, de metoder som kom att användas, forskningens huvudman och att deltagandet var frivilligt. Respondenterna informerades om att de kan avbryta intervjuerna när som helst och att alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att data kommer att förvaras på ett säkert sätt så att det inte sprids till obehöriga och att data som redovisats inte kan återföras till enskild person (51-52). Förutom informationsbrevet tilldelades informanterna ett skriftligt samtyckesformulär som undertecknades före intervjutillfällena.

Resultat

Ur innehållsanalysen framträdde sex olika underkategorier som kunde sammanföras till två kategorier. Underkategorierna god grundvård, rehabiliterande och delaktig vård och personcentrerade aktiviteter bildade den första kategorin: *Optimal vårdintensitet är mera än grundvård*. Den andra kategorin: *Förutsättningar för vårdarnas bedömning av den optimala vårdintensitetsnivån* bildades från underkategorierna: tillräcklig skolning, fungerande instrument och ledarnas stöd och tillit.

Tabell 4: Exemplifiering av dataanalysen: Text, meningsenhet, kondensering, koder, underkategori och kategori.

Text	Meningsenhet	Kondensering	Koder	Underkategori	Kategori
I alla fall där på avdelning xxx så är det att du hinner lite mera än bara den här grundvården. Du hinner hitta på något med dem, du hinner fara ut en sväng eller göra något som förgyller dagen på något vis. Det jag tycker skulle vara optimalt är att hinna se och tala med allihop, sådär att man kan småprata och känna att man inte behöver stressa med dem på morgnarna. För vi har ju många intervaller som är ensamma hemma och de behöver det här att få prata...vi har t.ex. en som kommer som har det här behovet och hon talar och talar när man duschar henne, men det är liksom hennes, du vet..	Lite mera än bara den här grundvården. Också hitta på något extra, hinna fara ut en sväng eller bara sitta ner och prata. Du hinner se alla och småprata med dem under morgonen utan att känna att du måste stressa. Att man skulle kunna svara på deras förväntningar, för de har ju förväntningar när de kommer.	Definition av optimal/god vård: ge en god grundvård utan att stressa, hinna umgås och prata. Tid för aktiviteter, utevistelse och att hinna se och prata med alla. Kunna svara på förväntningar och önsknings	God grundvård utan stress Aktiviteter Förväntningar och önskemål	Personcentrerade aktiviteter	Optimal vårdintensitet är mera än grundvård

Kategori 1: Optimal vård är mera än den primära grundvården.

Enligt användarmanualen för RAFAELA systemet, bör vårdpersonalen tillsammans på enheten definiera kvalitetsnivån av god vård, som kan uppnås vid optimal vårdintensitet. Med definiering av kvalitetsnivån försäkras att vårdpersonalen har likadan uppfattning om vad som är god och trygg vård. Kvalitetsnivån för god vård ska inte var ett maximalt idealläge utan den kvalitetsnivå för vårdarbetet som kan uppnås i enhetens normala vardag. Innan RAFAELA systemet togs i bruk, enades de olika avdelningar om enhetens gemensamma kriterier för god vård.

Resultaten från vårdarnas beskrivningar av en dag med optimal vårdintensitet sammanfattas med kategorin 'Optimal vårdintensitet är mera än grundvård' med tre underkategorier: **god grundvård, rehabiliterande och delaktig vård** samt **personcentrerade aktiviteter**.

God grundvård. Vårdarna upplever att de kan erbjuda en god grundvård sådana dagar när de hinner tillgodose klienternas behov utan känslor av stress och att det dessutom finns lite tid över för något extra, att kunna svara på någon av de önskningar utöver det mest primära som deras klienter har. Innefattat i grundvården finns också det arbete som inte utförs i direkt klientkontakt, såsom dokumentering och planering vilket också kräver en del av den totala arbetstiden.

”sådär att man kan småprata med dem och inte känna att man behöver stressa så att man lite fuskvättar dem för att hinna bli klar på morgonen”

”se ei ole pelkästään se tarve, se on myös se halu”

En del av vårdarna hade upplevt att det uppifrån kom signaler om att optimal vård innebär när klientens behov av näring och rena blöjor tillgodoses.

”meille on annettu ymmärtää että jos ne saa ruoan ja puhtaat vaatteet niin silloin se on optimaalista”

Underkategorin *'rehabiliterande och delaktig vård'* beskrevs som omvårdnadssituationer när vårdarna kunnat ge klienterna möjligheter att delta med sådant de själva klarar av att utföra. I dessa situationer finns det tid att motivera och uppmuntra klienten att vara aktiv istället för att vårdarna utför alla sysslor i hastig takt.

”optimaalista on se että voin edes vähän antaa sen ihmisen yrittää tehdä itse...että se ei ole ihan passivinen”

Speciellt i demensvården är det viktigt att man har tid ”att vänta in” den demenssjuke som också är väldigt känslig för stress och reagerar med oro i de situationer när de upplever att de måste skynda sig.

”på demenshemmet är det viktigt att man kan ge dem den här tiden så att de förstår vad som förväntas och kan delta med det de själva kan”

Personcentrerade aktiviteter. I alla fokusgruppintervjuer diskuterades betydelsen av att kunna erbjuda klienterna tid för olika meningsfulla aktiviteter så som utevistelse, att spela kort eller bygga pussel, som är omtyckta sysselsättningar. När vårdarna för en stund kan sitta ner och umgås eller har tid för en pratstund innebär att de till viss del känner att de kan uppfylla åtminstone något av de förväntningar de boende har. Exempelvis framförde deltagarna intervallklienternas stora behov att samtala med vårdarna, vilket sällan var möjligt på grund av vårdarnas tidsbrist.

”man borde hinna ge lite av sig själv också och hinna umgås lite med dem”

”intervallare kommer hit med förväntningar att det ska vara aktiviteter och att de ska få prata av sig för de är så ensamma när de är hemma, ändå har vi samma kriterier som alla övriga”

Kategori 2: Förutsättningar för bedömning av den optimala vårdintensitetsnivån

Tillräcklig skolning för vårdpersonalen. De flesta intervjudeltagarna upplevde att de inte fått tillräcklig introduktion och förhandsinformation innan såväl klientklassificeringen som PAONCIL-bedömningen påbörjades. Majoriteten av informanterna hade inte deltagit i de två skolningstillfällena som ordnades och var inte nöjda med hur informationen förts vidare av de två per avdelning som deltagit i skolningen.

”vi har ju fått för lite information på något vis” ”bara två från varje avdelning fick skolning”

”om den som varit på skolning inte råkar vara på plats när någon ska börja med det så får man försöka lista ut det själv på något vis ”

Det framkom osäkerhet i hur bedömningen av vårdintensiteten under senaste arbetsskift skulle ifyllas. Någon deltagare hade uppfattningen att en hög vårdintensitetsnivå skulle markeras på minussidan på PAONCIL-blanketten. Ifall en sådan förväxling gjorts kunde det förklara varför det dröjde så lång tid innan vissa avdelningar lyckades fastställa den optimala vårdintensitetsnivån.

”det far nog på minussidan, alltså minus är väl den tyngre, visst?” ”Jaha, okej på röda sidan är plus?”

”jag har nog tänkt ibland att vad håller dom på med riktigt, men så har jag tänkt att det kanske är jag som har missuppfattat”

Fungerande instrument. I allmänhet ansåg deltagarna att beskrivningarna av vårdintensitetsnivåerna i manualen fungerade på deras enheter, likaså listan med övriga faktorer. Deras kommentarer gällande PAONCIL-blanketten rörde främst de 15 faktorer som finns listade och som kan antingen minska eller öka arbetsbelastningen men ej är direkt vårdrelaterade. De faktorer som vanligen användes var personalsituationen, möten, mental stress och särskilt nu under coronapandemin, telefontrafiken. Den faktor som mest fylldes i var den sista, benämnd ”Andra faktorer” eftersom den ansågs mest användbar.

”minä käytän sitä ”muuta” ja kirjoitan siihen...se kattoo aika paljon”

”jo, jag har nog fyllt i dem ganska ofta, det har varit personalsituationen, möten och mental stress”

Några av de intervjuade ansåg att läkemedelshantering kunde finnas som en punkt bland övriga faktorer eftersom det vid dagar med läkemedelsdosering i dosetter krävde en hel förmiddag av en vårdare som därigenom inte kunde delta i det övriga avdelningsarbetet. En annan faktor som nämndes var materialhantering eller hantering av vårdtillbehör vilket är en del av vårdarnas uppgifter när de vissa dagar hämtar vårdmaterial från källarförråden och sedan fördelar materialet i klientrummen.

””me jaamme lääkkeit koko aamupäivän ja se kuormittaa aika paljon”

”hämta material från källaren plus att det ska delas ut i rummen, sådana saker som de har skild personal för på sjukhusen... vi gör allt här”

Även om dessa faktorer är sådana som inte dagligen inverkar på den totala vårdintensiteten, ansågs de i hög grad öka arbetsmängden dessa dagar. En del var av den åsikten att de fortsättningsvis kunde inrymmas i den sista punkten med andra faktorer för att inte göra listan med faktorer för lång.

Några av deltagarna välkomnade det nya instrumentet som är anpassat för att bedöma vårdintensitetsnivån inom äldreomsorgen och såg det som ett verktyg för att fördela den resurs som framförallt poolarna utgör, till att placeras så att de kan utnyttjas optimalt för att balansera vårdtyngden på de olika avdelningarna.

”...så att cheferna skulle se att där har de det jättetungt enligt RAFAELA och sen kunna styra oss dit”.

Underkategorin gällande *ledarnas stöd och tillit* upplevdes av flera vårdare som bristfälligt i relation till pilottestningen av RAFAELA systemet och ifyllandet av PAONCIL blanketterna. Några hade erfarit en viss misstro på deras förmåga att använda PAONCIL instrumentet. Vårdarna hade upplevt att de skulle ha bedömt den aktuella vårdintensiteten för hög under studiens gång.

”de kommer ju och säger åt oss att vi lagar fel, att vi värderar alltför tungt”

Det framkom tvivel huruvida vårdintensitetsbedömningarna skulle resultera i mera resurser. Vårdarna hade inte fått rapporter över de uppmätta vårdintensitetspoängen per avdelning från ledningen och därför ifrågasattes vad som var meningen med de bedömningar de utförde.

”mutta meiltä vaan puuttuu ne raportit...raportointi ja motivointi”

”vi får inte mera personal hit till den här avdelningen ändå så varför ska vi göra de här mätningarna?”

Diskussion

Studiens syfte var att beskriva vårdarnas erfarenheter av optimal vårdintensitet och av att använda instrumentet för professionell bedömning av optimal nursing care intensity level. PAONCIL- bedömningen. SOHUq-mätaren har utvecklats för att passa in i socialservicens olika kontext och denna studie utfördes på det enda effektiverade serviceboende för äldre, som medverkade i pilotprojektets del II med testning av PAONCIL-bedömningen.

Den första kategorin från resultatet av innehållsanalysen berörde definitionen av optimal vårdintensitetsnivå. Enligt vårdarna ska en dag med optimal vårdintensitetsnivå innefatta mera än god grundvård. Det framkom i intervjuerna att vårdarna hade en önskan att uppfylla klienternas djupare behov, förväntningar och önskningar och inte endast de fysiologiska grundbehoven. Detta tangerar vad vi kan och inte kan mäta med klassificeringsinstrument. Med hjälp av RAFAELA-systemet klassificeras kvantitativt sex centrala behovsområden i form av poäng medan fenomenet omsorgsbehov kvalitativt kan också förstås som problem, behov och begär (25,37). Mänskans djupare begär som att bli bekräftad och respekterad kan kvalitativt förstås, men kanske inte mätas på ett kvantitativt sätt. Dessa kan istället beaktas via vårdarnas attityder till patienten och patientens möjligheter att avslöja sina begär i form av problem och behov (9,10,53).

Enligt vårdarna är vårdintensiteten optimal när den äldre har möjligheter att vara delaktig i sin egen vård och deras autonomi kan upprätthållas i situationer där de kan göra sina önskningar och förväntningar hörbara (25,54-55). För äldre som bor på vårdhem ökar känslan av trivsel när de kan delta i olika dagliga aktiviteter. Speciellt sårbara är de personer som lider av kognitiva störningar och för att deras värdighet och säkerhet ska kunna upprätthållas krävs resurser som fordrar mera än den tid som krävs för att förse dem med mat och rena kläder (25,37,56-58). RAFAELA-systemet stärker ett patientcentrerat tänkande, patientsäkerhet och omvårdnad och gör omvårdnadens innehåll och den holistiska vården för patienten synlig och värderad (44,56,58-59). Genom att säkerställa den optimala vårdintensitetsnivån kan vårdkvaliteten och patientresultaten tryggas samtidigt som arbetsförhållandena förbättras och resursanvändningen effektiveras (7,29).

Den andra kategorin som redogjorde för vårdarnas förutsättningar för bedömning av vårdintensitetsnivån framträdde tydligast i betydelsen av tillräcklig skolning samt upplevelsen av ledarnas stöd. Underkategorin där vårdarna upplevde att de saknat stöd och tillit från ledningen kan förklaras med att ledningen inte fått all nödvändig information för att skolnings- och introduktionsprocessen skulle ha lyckats väl. Trots att flera uttryckte sina tvivel över huruvida mätningarna av vårdintensiteten skulle resultera i ökade resurser och ansåg att ytterligare ett dokumentationssystem endast ökade på mängden arbetsuppgifter, var många övertygade om att instrumentet var lämpligt och fungerade för att utföra konkreta observationer och mätningar så att vårdtyngden inom äldreomsorgen kan utvärderas. För att lyckas med

implementeringen av vilket system som helst krävs betydande investeringar i att engagera och utbilda personalen. Att ledarskapet och personalen i främsta ledet skolas är nödvändigt. I en utvärdering av implementeringen av ett professionellt bedömningsbaserat system i USA påtalades vikten av att personalen får tillräcklig skolning och risken för den cynism som kan uppstå ifall personalen lägger mycket ansträngningar på ett nytt system men ser få konkreta resultat (43).

Förvånansvärt få kommentarer och synpunkter gällande manualen för PAONCIL instrumentet och beskrivningen av de sju nivåerna framkom. Manualen utvecklades ursprungligen för sjukhuskontext men innehållet är beskrivet på en generell nivå och inte utgående från specifika specialistområden. Detta kan möjligen förklara att den generella nivån även verkar vara lämplig för socialvårdens äldrevård. I utvärderingen av vilka icke-patient faktorer som mest ökar på den totala arbetsbördan nämndes personalsituationen, vilket är helt i likhet med studien av Fagerström och Vainikainen (30), där den vanligaste icke-patientrelaterade faktorn som ökade vårddyngden var underbemanning.

Metodologiska överväganden

Studien är en första evaluering av användningen av PAONCIL-instrumentet i äldreomsorgskontext och om vårdarnas erfarenheter av vårdintensitetsnivåer inom det sociala området. Observeras bör att RAFAELA-systemet och instrumentet PAONCIL för att mäta vårdintensiteten i äldreomsorgen var på de aktuella enheterna i testfasen och RAFAELA-systemet hade varit i bruk i mindre än ett år. Resultatet av studien kan därför inte anses helt tillförlitligt. Antalet informanter var endast femton och studien inriktades på användningen av PAONCIL-bedömningen i äldreomsorgen och därför bör mera forskning utföras för att utpröva och testa PAONCIL instrumentets lämplighet för socialvårdens äldrevård. Under datainsamlingsperioden bröt coronapandemin ut och boendet belades med besöksförbud varför en del av de planerade fokusgruppintervjuerna reducerades till telefonintervjuer.

Slutsatser

Resultaten från studien visar främst på betydelsen av tillräcklig skolning och introduktion vid implementering av nya instrument för bedömning och klassificering av vårdintensitet. Personalen behöver få en tillräckligt omfattande skolning gällande motiveringar varför något nytt införs och i hur instrument bör användas. Med tanke på den demografiska situationen med en allt större andel personer över 65 år och med komplexa vårdbehov är det hög tid att vårdintensiteten inom äldreomsorgen blir värderad så att resurserna kan fördelas rättvist. Dagens serviceboenden är de äldres hem som de hyr och där de betalar för den omsorg de får. Ett hem där de borde få känna sig delaktiga och kunna få sina behov och förväntningar uppfyllda, och inte enbart grundvård. Att vårdarnas arbete värderas och att allokeringen främjar även deras arbetsförhållanden är nödvändigt för att trygga det framtida behovet av vårdare inom äldreomsorgen. RAFAELA-systemet och PAONCIL-instrumentet ser ut att kunna bli ett verktyg som kan användas inom äldreomsorgen, men instrumentens validitet och reliabilitet bör genomgå fortsatt testning och systemet som helhet och dess användbarhet prövas i större studier.

REFERENSER

1. Giovannetti P. Patient classification systems in Nursing. A Description and Analysis. In *National health Planning Information Center. John's Hopkins university, Baltimore, Maryland*, 1978. <https://doi.org/10.1097/00005110-199909000-00008>
2. Levenstam A-K and Bergbom I. Changes in patients' need of nursing care reflected in the Zebra system. *J Nurs Manag* 2002; 10: 191 – 199.
3. Boldt C, Grill E, Bartholomeyczik S, et al. Combined Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA International Taxonomy II. *J Adv Nurs* 2010; 66: 1885 - 1898
4. Brady A-M, Byrne G, Horan, P, et al. Reliability and validity of the CCNCS: a dependency workload measurement system. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1351 – 1360.
5. Liljamo P, Kinnunen U-M, Ohtonen P, et al. Quality of nursing intensity data: inter-reliability of the patient classification after two decades in clinical use. *J Adv Nurs* 2017; 73: 2248 – 2259.
6. Rainio A-K and Ohinmaa A. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system – case study from the general wards of one central hospital. *J Clin Nurs* 2005; 14: 674 – 684
7. www.fcg.fi/fin/palvelut/hyvintointi_ja_sotepalvelut/RAFAELA@sotetiето.fi/fi/tuotteet/hoitoisuustieto-hoitotyön-johtaminen-tukena (2019, accessed 24 September 2019).
8. Fasoli DR, Fincke BG and Haddock KS. Going Beyond Patient Classification Systems to Create an Evidence-Based Staffing Methodology. *JONA*, 2011; 41: 434 – 439.
9. Fagerström L and Bergbom Engberg I. Measuring the unmeasurable: a caring science perspective on patient classification. *J Nurs Manag* 1998; 6: 165 – 172.
10. Fagerström L, Eriksson K and Bergbom Engberg I. The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *Int J Nurs Pract* 1999; 5: 199 – 208.
11. Frilund M and Fagerström L. Managing the optimal workload by the PAONCIL method – a challenge for nursing leadership in care of older people. *J Nurs Manag* 2009; 17: 426 – 434.
12. Byrne G, Brady A-M, Horan P, et al. Assessment of dependency levels of older people in the community and measurement of nursing workload. *J Adv Nurs* 2007; 60: 39 – 49.
13. WHO. *Global strategy and action plan on ageing and health (2016 -2020)*, <http://who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1> (2017, accessed 21 April 2020).
14. Bloom DE, Chatterji S and Kowal P, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 2015; 385: 649 – 657.
15. Banerje S. Multimorbidity – older adults need health care that can count past one. *The Lancet*, 2014; 385: 587 – 589.
16. Björkgren MA, Häkkinen U and Finne-Soveri H, et al. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scand J Pub Health* 1999; 27: 228 – 234.
17. Murakami Y& Colombo, F. Standardisation and monitoring of care processes: a good life in old age? DOI: 10.1787/99789264194564-en (2013, accessed 23 April 2020).
18. Flo J, Landmark B, Hatlevik OE. et al. Testing of the Content Validity of a Modified OPCq Instrument – A Pilot Study in Norwegian Home Health Care. *Open J Nurs* 2016; 6: 1012 – 1027.
19. Flo J, Landmark B, Hatlevik OE. et al. Using a new interrater reliability method to test the modified Oulu Patient Classification instrument in home health care. *Nursing Open* 2018; 00:1 – 9.

20. Flo J, Landmark B, Tønnessen S, et al. Patient classification systems used to classify nursing intensity and assess nursing staffing in home health care: A scoping review. *Int J Nurs Studies* 2019; 99: 103361.
21. Social- och hälsovårdsministeriet. Publikationer 2017:17. Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2017-2019. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80133/07_2017_Laatusuositusjulkaisu_sv_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Fagerström L, Rainio A-K, Rauhala A, et al. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *J Adv Nurs* 2000; 31: 481 – 490.
23. Fagerström L and Rauhala A. *Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000 – 2002*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 2003.
24. Fagerström L and Rauhala A. Benchmarking in nursing care by the RAFAELA patient classification system – a possibility for nurse managers. *J Nurs Manag* 2007; 15: 683 – 692.
25. Frilund M. Awareness of Ethical Challenges and Nursing Intensity in Care of Older People. *Int J Caring Sci* 2018; 11: 645 650.
26. Alghamdi MG. Nursing workload: a concept analysis. *J Nurs Manag* 2016; 24: 449 – 457.
27. Morris R, MacNeela P, Scott A, et al. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs* 2007; 57: 463 – 471.
28. Rauhala A and Fagerström L. Are nurse's assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. *J Nurs Manag* 2007; 15: 490 – 499.
29. Fagerström L. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *J Nurs Manag* 2009; 17: 415 – 425. 17, 415 – 425.
30. Fagerström L and Vainikainen P. Nurses' experiences of Nonpatient Factors That Affect Nursing Workload: A Study of the PAONCIL Instrument's Nonpatient Factors. *Nurs Res Pract* 2014; 2014: 1 – 9.
31. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Online)* 2012; 344: 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717> (accessed 24 April 2020).
32. Ross C, Rogers C and King C. (2018) Safety culture and an invisible nursing workload. *Collegian* 2008; 26: 1 – 7.
33. Junttila JK, Koivu A, Fagerström L, et al. Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. *Int J Nurs Studies* 2016; 60: 46 – 53.
34. Fagerström, L. The dialectic tension between "being" or "not being" a good nurse. *Nursing ethics* 2006; 13: 622 – 632.
35. Fagerström L, Kinnunen M and Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open* 2018 <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367> (accessed 5 September 2019).
36. Flo J, Landmark B, Tønnessen S, et al. Nurses' experiences of measuring nursing intensity in home healthcare: A qualitative study. *Nord J Nurs Res* 2018; 0: 1 – 9.
37. Frilund M and Fagerström L. Ethical Model – A Synthesis between Caring Sciences and Nursing Administration. *Journal of Nursing and Care*, 2016; 5: 4.
38. Fagerström L and Rainio A-K. Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. *J Clin Nurs* 1999; 8: 369 – 379.

39. Fagerström L, Lønning K and Andersen MH. (2014) The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nurs Manage*, 2014; 21: 30 – 36.
40. FCG 2015 Konsultering Ab Version 2.1 RAFAELA® Klassificeringssystem för vårdintensitet PAONCIL.
41. Fagerström L. Expertvalidering av Oulu Patient Classification – En fas i utvecklingen av ett nytt system för vårdtyngdsklassificering, RAFAELA. *Vård i Norden* 2000; 57: 3, 15 - 21
42. Rauhala A and Fagerström L. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *J Adv Nurs* 2004; 45: 351 – 359.
43. Griffiths P, Saville C, Ball J, et al. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud* 2020; 103: 103487.
44. Lillehol BM, Lønning K and Andersen MH. Exploring nurse managers' perception of using the RAFAELA system as a management tool in a Norwegian hospital setting. *Nursing Open* 2018; 5: 77 – 83.
45. Danielsson E(a) Kvalitativ forskningsintervju. I Henriksson M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2018, pp143 – 154.
46. Wibeck V. Fokusgrupper. I Henriksson M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2018, pp.170 – 188.
47. Danielsson E(b) Kvalitativ innehållsanalys. I Henriksson M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2018, pp.285 – 299.
48. Graneheim UH, Lindgren B-M and Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today* 2017; 56: 29 – 34.
49. Elo S. and Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2007; 62: 107 – 115.
50. Forskningsetiska delegationens anvisningar. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. http://sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (2012, accessed 4 May 2020).
51. SSN – Sykepleiernes samarbeid i Norden. (2003) Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. *Vård i Norden* 4, publ. Nr. 70. Årgång 23.
52. Kjellström S. Forskningsetik. In Henriksson M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 2018, pp.57 - 80.
53. Fagerström L. *The patient's Caring Needs. To understand and measure the unmeasurable*. Thesis. Åbo: Åbo akademis förlag. Finland, 1999.
54. McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract* 2003; 9: 202 – 209.
55. Björk S, Lindkvist M, Wimo A, et al. Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *J Adv Nurs* 2017; 73: 1884 – 1895. 738), 1884–1895.
56. Murphy K. Nurse's perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long term care settings in Ireland. *J Clin Nurs* 2007; 16: 873 – 884.
57. Edvardsson D. Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nord J Nurs Res* 2015; 35: 35 – 36.
58. Fagerström L. Staffing Structures Effectiveness in Person-Centred Care: The RAFAELA® system. In McCormack B, Dulmen S, VanEide H, et al. (eds) *Person-centred health care research*. Hoboken, NJ: Wiley, 2017, pp.119 – 129.

59. Kogan A C, Wilber K and Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronical Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *JAGS* 2016; 64: 1 – 7.

FCG.

Muutossopimus

1 (3)

MV/ MV

20.1.2020

RAFAELA®-järjestelmän tutkimuslisenssisopimus

Muutossopimus Ingegerd Enqvistin ja FCG Konsultointi Oy:n välillä RAFAELA®-järjestelmän käytöstä opinnäytetyössä. Alkuperäinen sopimus tehty 31.12.2019.

Menetelmän oikeudet RAFAELA®-järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto, FCG:llä on järjestelmän käytön ja käyttöoikeuksien myöntämisen yksinoikeus. Suomen Kuntaliitto omistaa myös mahdolliset kehitystyön tuloksena syntyneet RAFAELAn muutokset.

Sopijaosapuolet FCG Konsultointi Oy (Y-tunnus 2474027-3)
Yhteyshenkilö:

Mari Valtanen
FCG Konsultointi Oy
puh. +358 40 5530727, E-mail: mari.valtanen@fcg.fi

Ingegerd Enqvist
261169-006M

Hankkeen nimi Vårdledares erfarenheter av att använda SOHU-mätaren vid klassificering och vårdintensitetsmätning på äldreboenden.

Sopimuksen ehdot **HINTA**
Tutkielmaan (tutkimussuunnitelma, liite 1) liittyvä RAFAELA®-järjestelmän ohjeistojen ja ohjeiden käyttö on maksutonta. Tarvittavat tietojärjestelmien käyttöön sekä tarvittavan tilastoaineiston hankintaan liittyvät kustannukset sovitaan erikseen tapauskohtaisesti.

AJANJAKSO
Sopimus koskee ajanjaksoa: 31.12.2019-30.6.2020

OIKEUDET
Tutkielman tekijällä on oikeus sopimuksen voimassaoloaikana:
- käyttää RAFAELA®-järjestelmän ohjeistoa
- käyttää RAFAELA®-järjestelmän avulla kerättyä tietoa.
- osallistua RAFAELA®-koulutuksiin omassa organisaatiossaan
- oikeus julkaista kerättyjä tietoja annettujen ohjeiden mukaisesti.

VELVOLLISUUDET
Tutkielman tekijällä on velvollisuus:
- pidättäytyä luovuttamasta kolmannelle osapuolelle mitään RAFAELA®-järjestelmän sisältämää osaa

- pidättäytyä muuntamasta mitään osaa RAFAELA®-järjestelmästä
- käyttää aineistosta tai sen osasta termiä RAFAELA®-tieto (sama koskee viittauksia muihin RAFAELA®-järjestelmään liittyviin tutkimuksiin)
- hyväksyttää tutkielma FCG:llä ennen tutkielman hyväksymistä. FCG tarkistaa ainoastaan RAFAELA®-järjestelmää koskevat tiedot eikä puutu tutkielman tuloksiin, johtopäätöksiin tms.
- ilmoittaa tutkielman hyväksymisestä, yleisarvosanasta ja mistä tutkielma löytyy sekä toimittaa yksi kappale FCG:lle

SOPIMUKSEN PÄÄTTYESSÄ

Sopimuksen päättyessä tutkielman tekijän tulee luopua kaikesta RAFAELA®-järjestelmään kuuluvan aineiston käytöstä ja tuhota kaikki tutkimuksessa käytettävät RAFAELA®-järjestelmän ohjeistojen kappaleet ja järjestelmään liittyvät ohjelmistot.

FCG:llä on oikeus muuttaa sopimuksen ehtoja ilmoittamalla siitä kulkautta ennen muutosten voimaantulusta.

Sopimus purkautuu välittömästi sopimusrikkomuksesta.


Tutkielman tekijän tiedot

Nimi: Ingegerd Enqvist
Nimike: Sjukskötare
Osoite: Risöhallvägen 285, 68570 Larsmo
Puhelin: 050 537 6269
Sähköposti: ingeGERD.enqvist@hotmail.com

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta: yksi tutkielman tekijälle ja yksi FCG:lle.



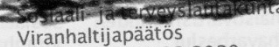


Helsingissä 20.1.2020

FCG Konsultointi Oy



Maija Valta
toimialajohtaja

Bilaga 2

	 Tjänsteinnehavarbeslut Datum 20.02.2020 Paragraf 12/2020	 Viranhaltijapäätös Päivämäärä 20.02.2020 Pykälä 12/2020
Ärende/ Asia	Anhällan om tillstånd för forskning och lärdomsprov - Ingegerd Enqvist	
Beskrivning/ Selostus	Studiens namn: Vårdares erfarenheter av att använda PAONCIL-bedömning för att mäta vårdintensiteten. Beställare av studien: Åbo Akademi (Magisteravhandling) Syfte med studien: Att beskriva vårdares erfarenheter av olika vårdintensitetsnivåer samt att evaluera PAONCIL Målgrupp för studien: Studiens målgrupp är personalen på Björkbacka som deltar i pilotprojekt med SOHUQ-mätaren där PAONCIL-bedömningen ingår. Datainsamlings- och analysmetoder som används i studien (bilagor): Datainsamlingen sker med hjälp av fokusgruppintervjuer som bandas för att sedan kunna transskriberas och analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Tre fokusgrupper å 4 vårdare. Tidsplan för studien: Intervjutillfällena är i februari-mars. Avhandlingen sammanställs under våren och är klar i maj.	
Beslut/ Päätös	Tillstånd för forskning och lärdomsprov beviljas enligt anhällan	
Underskrift/ Allekirjoitus	 Chef för äldreomsorgen/ Vanhushuollon päällikkö	
Delgivning/ Tiedoksianto	Ingegerd Enqvist, 	
Dokumentet har undertecknats elektroniskt i ärendehanteringssystemet. Asiakirja on sähköisesti allekirjoitettu asianhallintajärjestelmässä.		
Begäran om omprövning		
Staden Jakobstad Social- och hälsovårdsverket PB 111 68601 JAKOBSTAD Tfn. 06-786 3111	Pietarsaaren kaupunki Sosiaali- ja terveysvirasto PL 111 68601 PIETARSAARI Puh. 06-786 3111	

Bilaga 3

Informationsbrev till informanterna

Bästa intervjudeltagare, ärade kollegor

Jag studerar på magisterprogrammet i vårdvetenskap vid Åbo Akademi, Vasa, med biämnet social- och hälsovårdsadministration och håller nu på med min magisteravhandling där denna studie är grunden för min avhandling. Jag är utbildad närvårdare (2003) och sjukskötare (2013) och har själv jobbat inom åldringsvården de senaste femton åren. Jag tror att SOHUq-mätaren kommer att vara ett jättebra verktyg för att kunna mäta vårdtyngden inom äldreboenden och att det kommer att bidra till att vi i framtiden kan fördela personalresurserna mera rättvist på våra äldreboenden.

Syftet med denna undersökning är att beskriva vårdarnas erfarenheter av olika vårdintensitetsnivåer samt utvärdera instrumentet för PAONCIL-bedömningen och vårdarnas erfarenheter av att använda instrumentet för att mäta den optimala vårdintensitetsnivån.

Eftersom [REDACTED] deltar i del II av pilotprojektet med SOHUq-mätaren där PAONCIL-instrumentet ingår, önskar jag göra studien bland vårdpersonalen på [REDACTED]. Deltagarna i intervjuerna har rätt att få information om forskningsprojektet innan de beslutar om medverkan eller ej. Deltagandet är frivilligt och deltagarna har rätt att när som helst under den pågående undersökningen avbryta sin medverkan. Intervjuerna görs på arbetstid, i ett lämpligt utrymme på din arbetsplats och räcker ca. 1 – 1,5 h. Bifogat finns också forskningsplanen och samtyckesformulär för undertecknande. Bekanta dig gärna med formuläret, underteckna och ta med det till intervjutillfället. Nedan lite kort information:

Studien kommer att genomföras i form av bandade fokusgruppintervjuer med tre -fem vårdare/grupp. Deltagarantalet blir 12 – 18 och intervjutillfällena indelas i tre skilda fokusgrupper som hålls i februari - mars. Intervjuerna kommer att vara av ostrukturerad form och gör det möjligt för deltagarna att tala med varandra och inte med intervjuaren. Utifrån några öppna inledande frågor från moderatoren får deltagarna föra diskussionen kring det de själva tycker är mest relevant. Frågeställningarna kommer att vara:

Vad anser vårdarna som optimal vårdintensitetsnivå för att de på avdelningen ska kunna erbjuda klienterna god vård?

Hur beskrivs låga, höga och optimala nivåer?

Vilka olika faktorer kan inverka på att vårdintensiteten blir högre eller lägre än det optimala?

Vilka synpunkter har vårdarna på PAONCIL-bedömningsblanketten?

Det insamlade datamaterialet kommer sedan att transkriberas och analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att data kommer att förvaras på ett säkert sätt så att det inte sprids till obehöriga och att data som redovisas inte kan återföras till enskild person. Analysen och sammanställningen av resultatet kommer att ske under våren och avhandlingen beräknas vara färdig i slutet av maj månad. Intervjudeltagarna kommer också att få ta del av resultatet av studien.

Har du ytterligare frågor, ta gärna kontakt: Ingegerd Enqvist, magisterstuderande i vårdvetenskap ingegerd.enqvist@hotmail.com tel. 0505376269

Bilaga 4

Samtyckesformulär

Skriftligt, informerat samtycke till medverkan i intervjustudie för en magisteravhandling om SOHUq-mätarens instrument för PAONCIL-bedömning på äldreboenden

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och behandlas. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om upplevelser av att använda PAONCIL-bedömningen för att mäta vårdintensiteten på äldreboenden.

Ort/Datum/År:

Deltagare _____

Namnförtydligande: _____

Forskarens underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Kontaktuppgifter:

Namn : Ingegerd Enqvist

E-post : ingegerd.enqvist@hotmail.com

Mobil : 050 5376269

Handledare

Namn : : Lisbeth Fagerström

E-post : lisbeth.fagerstrom@abo.fi

Mobil :

Bilaga 5

Bakgrundsinformation/Taustatietoja

- 1. Ålder/Ikä**

- 2. Kön/Sukupuoli**

- 3. Utbildning/Koulutus**

- 4. Hur länge har du arbetat inom äldreomsorgen?
Kuinka kauan olet työskennellyt vanhushuollossa?**

- 5. Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä työpaikallasi?**