



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap

## Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med kvalitetsregistret Senior alert och hur det påverkar vården av äldre

Författare:  
Frimpoomaa Boadu  
Malin Fougman

Handledare:  
Päivi Adolfsson

Examinator:  
Mariann Hedström

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
2016/2017

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som avser att förebygga trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion hos patienter över 65 år. För att identifiera dessa riskområden används olika bedömningsinstrument och sjuksköterskor ansvarar för att registreringarna genomförs och att förebyggande åtgärder sätts in.

**Syfte:** Studiens syfte var att studera sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med kvalitetsregistret Senior alert samt hur sjuksköterskorna upplever att arbetet med kvalitetsregistret påverkar vården hos de äldre.

**Metod:** Sex sjuksköterskor verksamma inom Uppsala kommun med erfarenhet av att arbeta med Senior alert intervjuades och en kvalitativ innehållsanalys användes för att bearbeta den insamlade datan.

**Resultat:** Utifrån den insamlade datan utformades fyra kategorier, *Upplevelser av Senior alert som redskap*, *Senior alert kan förbättras*, *Tillämpandet av senior alert i praktiken* och *Arbetet med Senior alert bidrar till ökad vårdprevention* och sju underkategorier.

**Slutsats:** Senior alert upplevs som ett bra redskap för att arbeta förebyggande och främja teamarbete, men uppfattas som tidskrävande. Sjuksköterskorna i den här studien anser att vården av de äldre förbättras då identifiering av riskområden sker tidigt och åtgärder sätts in. För att kunna göra resultatet överförbart och veta på vilket sätt vården förbättras behövs ett större urval och frågor som är utformade för att kunna besvara syftet.

**Nyckelord:** Senior alert, vårdprevention, sjuksköterska, äldrevård

## **ABSTRACT**

**Background:** Senior Alert is a quality registry which aims to prevent pressure ulcers, falling, malnutrition, bad oral health and urinary incontinence among patients over 65 years. To identify these areas different evaluation tools are used and nurses are responsible for the registrations and making sure preventive actions are made.

**Aim:** The aim of this study was to describe how nurses experience working with the quality registry Senior Alert and how it affects the care of the elderly.

**Methods:** Six nurses working in Uppsala county with experience of working with Senior Alert was interviewed. The interviews were analyzed using a qualitative content analysis.

**Results:** Four categories, *Senior Alert as a tool*, *Senior Alert needs improvement*, *Working with Senior Alert* and *Senior Alert contributes to a better health care* and seven subcategories were identified.

**Conclusions:** The respondents found Senior Alert to be a helpful tool for preventive work and that it promotes teamwork, but is perceived as time consuming. The nurses in this study think that the care of the elderly improves by early identification and preventive actions, but to do this, study-result transferability and knowing in what way the care will improve it will need a larger target group and more questions to answer the aim of the study.

**Keywords:** Quality registry, nurse, geriatric nursing, preventive healthcare

## Innehållsförteckning

BAKGRUND .....	1
Senior alerts olika bedömningsinstrument .....	2
Upplevelser av kvalitetsregistret i praktiken .....	5
Teoretisk referensram .....	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	8
METOD.....	8
Design.....	8
Urval .....	8
Datainsamlingsmetod .....	8
Tillvägagångssätt .....	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
Bearbetning och analys.....	10
Arbetet med Senior alert bidrar till ökad vårdprevention.....	11
RESULTAT .....	11
Upplevelser av Senior alert som ett redskap .....	12
<i>Sjuksköterskors syn på Senior alert .....</i>	12
Senior alert kan förbättras.....	13
<i>Utveckling behövs för att optimera arbetet.....</i>	13
<i>Journalssystemet är tidskrävande .....</i>	14
Tillämpandet av Senior alert i praktiken .....	14
Arbetet med Senior alert bidrar till ökad vårdprevention.....	15
<i>Senior alert identifierar riskområden .....</i>	15
<i>Ökat samarbete mellan olika yrkesprofessioner .....</i>	15
<i>Användandet av bedömningsinstrumenten i praktiken .....</i>	16
DISKUSSION .....	16
Resultatdiskussion .....	16
Metoddiskussion.....	19
Slutsats.....	20
REFERENSER.....	21

## BAKGRUND

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som används i många kommuner och landsting i Sverige. Syftet är förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen hos de som är 65 år eller äldre i samband med kontakt med hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2013). I januari 2014 kom det femte området som berör blåsdysfunktion. Detta område är en valbar modul som finns i registret som bland annat inkluderar identifiering av urinläckage och användande av inkontinensskydd (Senior alert, 2014).

Varje dag vårdas 200 personer över 65 år på sjukhus i Sverige relaterat till falloolyckor (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2015). Många äldre drabbas av fall och det är den vanligaste orsaken till att äldre behöver vård på grund av skada. Det är ett stort folkhälsoproblem som medför ett stort lidande för de drabbade och kan orsaka begränsningar i aktiviteter och en funktionsförsämring som grundar sig i en rädsla av att falla på nytt (Larsson & Rundgren, 2010). Äldre har en ökad känslighet för skador såsom frakturer och skallskador så vid ett fall kan konsekvenserna bli väldigt allvarliga och många avlider av komplikationerna till operationen som sker vid höftfrakturer, vilket är en vanlig fraktur vid fall. Fall är även den ledande orsaken till olycksbetingad död bland de äldre (Larsson & Rundgren, 2010).

Något som också kommer med ökad ålder är risk för malnutrition som i sin tur kan leda till immunsuppression, depression och svårigheter att handskas med andra bakomliggande sjukdomar (Socialstyrelsen, 2014). Malnutrition ger även upphov till muskelsvaghet, ökad risk för trycksår och funktionsförsämring men också till lidande hos den drabbade patienten och högre vårdkostnader (Idvall, 2007). Larsson och Rundgren (2010) beskriver flera faktorer som gör att äldre riskerar undernäring. Några av dessa faktorer, som i boken beskrivs ha en negativ inverkan på matintaget, är vissa läkemedel som framkallar illamående vilket i sin tur minskar aptiten, demenssjukdomar som i sig kan försvåra ätandet, förändrat smaksinne och tugg- och sväljsvårigheter som bland annat kan uppkomma efter en stroke eller orsakas av tandproteser som inte passar.

Hög ålder medför att huden blir tunnare och förlorar fettpolstringen vilket resulterar i en ökad tendens till att få blåmärken och blödningar i huden. Den tunna huden gör att huden blir mindre motståndskraftig mot tryck vilket innebär att det ökar risken för trycksår (Mensen,

2010). Enligt Abraha et al. (2015) är trycksår vanligt förekommande hos äldre och läkningsprocessen är ofta lång och svår. Trycksår är en lokal skada i hud och/eller underliggande vävnad och är en komplikation som har uppstått efter vård och behandling eller sjukdom. Behandlingen tar mycket tid från vårdpersonalen och detta leder till en ekonomisk påfrestning på hälso- och sjukvården. Det medför även ett lidande för den drabbade patienten (Lindholm, 2012). I en studie gjord av Franks, Winterberg och Moffatt (2002) jämförs patienter med trycksår och patienter utan trycksår och det som framkom i studien var att patienter med trycksår hade en sämre fysisk funktion, problem att klara av de dagliga aktiviteterna samt hade de mycket mer smärta än patienter utan trycksår.

Även dålig munhälsa är något som drabbar äldre i större utsträckning och det kan få allvarliga konsekvenser såsom lunginflammation, sepsis, smärtor och undernäring och därför är det viktigt att vårdpersonal arbetar aktivt med att bedöma de äldres munhälsa. Av Sveriges äldre befolkning uppskattas 38 procent ha ohälsa i munnen som kan förbättras med hjälp av vårdpersonal (Bardon, 2016a). Minskad salivproduktion och muntorrhet hos äldre orsakas vanligen av läkemedel och ökar risken för tandköttinflammation, svampinfektioner, tandlossning och karies (Andersson, 2013). Enligt Larsson och Rundgren (2010) är karies den vanligaste orsaken till varför personer som har passerat 50 år förlorar tänder. Muntorrhet försvårar även tugg- och sväljförmågan då maten inte smörjs av saliv i munnen (Larsson & Rundgren, 2010).

Blåsdysfunktion drabbar cirka 30 - 40 procent av den svenska befolkningen över 65 år och kan påverka det dagliga livet negativt som exempelvis att de drabbade väljer att avstå från sociala aktiviteter på grund av rädsla för urinläckage (Vernesson, 2016a). Detta riskområde är en valbar modul och av den anledningen kommer inte ämnet beröras vidare i denna studie.

### **Senior alerts olika bedömningsinstrument**

För att genomföra riskbedömningar med avsikt att förebygga fall, malnutrition, ohälsa i munnen och trycksår används olika bedömningsinstrument av hälso- och sjukvårdspersonal och några av dessa är:

- Modifierad Nortonskala för att upptäcka risk för trycksår
- Mini Nutritional Assessment (MNA) för att bedöma nutritionsstatus och upptäcka eventuell undernäring

- Downton Fall Risk Index (DFRI) för att upptäcka fallrisk.
- Revised Oral Assessment Guide (ROAG) för att bedöma ohälsa i munnen (Vernesson, 2016b).

Modifierad Nortonskala är ett riskbedömningsinstrument som används vid misstanke om risk för trycksår. Bedömningen sker på alla patienter som är över 70 år, rullstolsburna, sängliggande eller patienter som sitter större delar av dagen. Det görs även en bedömning på alla patienter med ett försämrat hälsotillstånd, efter stora operationer och vid utskrivning. Formuläret är uppbyggt på sju kategorier som bland annat innefattar fysisk aktivitet, inkontinens och rörelseförmåga. I varje kategori finns fyra svarsalternativ som är poängsatta från 1 - 4, om totalpoängen blir 20 poäng eller lägre tyder det på en ökad risk för trycksår (Gånemo & Lindholm, 2009). Bååth, Hall-Lord, Idvall, Wiberg-Hedman och Wilde Larsson (2008) studerade sjuksköterskors och undersköterskors upplevelser av Modifierad Nortonskala samt hur pålitligt instrumentet är. Resultatet visar att bedömningsinstrumentet gick att förstå sig på och var lätt att inkorporera i omvårdnaden samt att sjuksköterskor och undersköterskor ansåg att delskalorna var bra och rättvisande. Studien visade att skattningarna gjorda av sjuksköterskor och undersköterskor överensstämde i det stora hela och att det inte finns några hinder för de båda att bruka bedömningsinstrumentet regelbundet under omvårdnaden.

Mini Nutritional Assessment (MNA) är ett screeningsinstrument som är utvecklat för att bedöma nutritionsstatusen hos personer över 65 år och avser att fånga upp de som är undernärda samt de som löper risk för undernäring. MNA är ett formulär med sex frågeställningar med bland annat frågor kring eventuell viktförlust, minskat intag av mat, om neuropsykologiska problem såsom demens föreligger samt BMI (Nestlé Nutrition Institute, 2016). I studien gjord av Kozakova, Jarosova och Zelenikova (2011) studerades nutritionsstatusen hos 120 äldre personer som bodde i egna hem. I studien jämfördes MNA med två andra bedömningsinstrument vilka var Subjective Global Assessment (SGA) och Malnutrition Universal Screening Test (MUST). MNA ansågs vara bättre lämpad för äldre än de övriga instrumenten och identifierade fler patienter, med risk för eller redan befintlig, undernäring. Det framgår även att MNA inte är det ultimata screeningsinstrumentet för patienter som inte har den kognitiva förmågan att delta genom att besvara frågorna. Av de tre jämförda instrumenten anses MNA, i denna studie, vara den mest användbara för denna patientgrupp då frågorna är utformade för den äldre befolkningen.

Downton fall risk index är ett mätinstrument som används för att hitta riskfaktorer för fall. Det är fem områden som bedöms och poängsätts och dessa områden är patientens tidigare kända fall, medicinering, sensoriska funktionsnedsättning, kognitiv funktionsnedsättning och gångförmåga. Därefter poängsätts och adderas riskfaktorerna där slutresultatet kan vara alltifrån 0 -11 poäng, vid 3 poäng eller mer är det risk för fall (Rosendahl, Lundin-Olsson, Kallin, Jensen, Gustafson & Nyberg, 2003). I studien gjord av Rosendahl et al., (2003) användes detta instrument för att riskbedöma fallrisken hos äldre personer på ett vårdboende. Resultatet visade att det var ett användbart verktyg för att identifiera riskgrupper och få patienter felbedömdes. Av de patienter som med hjälp av downtown fall risk index bedömdes ha en hög risk för fall var det mer än en av tre patienter som föll inom tre månader efter riskidentifieringen jämfört med en av 20 hos de patienter som bedömdes ligga i en lägre riskgrupp. Enligt Meyer, Kopke, Haastert och Muhlhauser (2009) framgår det att månadsvisa kontroller med ett instrument, däribland downtown fall risk index, inte minskade förekomsten för fall på de 58 vårdboenden som studerades. Downton fall risk index ansågs dock vara ett instrument som identifierade riskfaktorer relaterat till fall vilket kan leda till relevanta åtgärder påbörjas. I studierna av Rosendahl et al., (2003) och Meyer et al., (2009) beskrivs downtown fall risk index som ett lättadministrerat instrument för sjuksköterskor som ska bedöma fallrisk hos äldre.

Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett instrument som används för att bedöma munhälsa. Bedömningen omfattas av nio områden och dessa är läppar, röst, tunga, tandkött, munslemhinnor, tänder, saliv, proteser och sväljning. Symtombilden graderas efter en sifferskala från 1 - 3, där 1 står för en normal munhälsa, där 2 innebär förändringar i munnen som klassificeras som lätta till måttliga och 3 som betyder att munhälsoproblemen är allvarliga (Andersson, 2013). Resultatet i en studie gjord av Johansson, Jansson och Lindmark (2016) visade att ROAG är ett användbart instrument för att bedöma munhälsa i den dagliga omvårdnaden. Det som dock framkom i samma studie var att det krävs att personalen har kunskap om munhälsa för att bedömningen i sig ska bli tillförlitlig. Zenthöfer, Rammelsberg, Cabrera och Jochen Hassel (2014) har i sitt resultat kommit fram till att ROAG är ett bra instrument som kan användas av andra yrkesprofessioner än tandvårdspersonal med pålitliga resultat. Det framkom även i denna studie att bedömningen var tidseffektiv och täcker många munhälsoproblem även om författarna påpekar att brister finns i instrumentet då vissa tillstånd saknas för att göra instrumentet komplett.



Vägen till det som idag kallas Senior alert tog fart i början på 2000-talet i Landstinget i Jönköpings län. Där inleddes förbättringsarbeten där syftet var att få undernäring, trycksår och fall att minska. Dessa förbättringsarbeten ledde så småningom till riktlinjer och begreppet vårdprevention uppkom (Bardon, 2016b). År 2005 infördes vårdprevention i Landstinget i Jönköpings län och registreringar fördes in i ett lokalt register där det var möjligt att se vilka effekter det preventiva arbetet har givit. Av detta utvecklades sedan Senior alert år 2008 och 2010 började det spridas till kommuner och landsting i hela Sverige som arbetar med den äldre populationen (Bardon, 2016b).

Mellan år 2010 och 2014 infördes en satsning mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting som var ett nationellt förbättringsarbete vid namn "Bättre liv för sjuka äldre". Syftet var att få en fungerande vård för den äldre befolkningen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). I denna nationella satsning medverkade fem register däribland kvalitetsregistret Senior alert. De kommuner och landsting som deltog i denna satsning och uppfyllde kraven erhöll ett prestationsmedel som respektive chef fick portionera ut för att förbättra det förebyggande arbetet. Under de år som satsningen pågick disponerades 2 815 miljoner kronor ut till kommuner och landsting (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015).

### **Upplevelser av kvalitetsregistret i praktiken**

Enligt Edvinsson, Rahm, Trinks och Höglund (2015) används kvalitetsregistret Senior alert främst av legitimerade sjuksköterskor, men övriga professioner inom vården har också tillgång till kvalitetsregistret. I en studie av Rosengren, Höglund och Hedberg (2012) intervjuades sjuksköterskor som arbetade med Senior alert på två olika vårdavdelningar i Sverige. De anser att kvalitetsregistret är bra på så sätt att de äldres behov synliggörs samt att det gav dem en annan bild av omvårdnaden där fokuset låg på förebyggande vård samt vikten av att använda evidensbaserade metoder. Det behövs dock, enligt dem, mer stöd från arbetsplatsen med utbildning och information gällande exempelvis lämpliga åtgärder för att optimera arbetet med Senior alert. De poängterade även vikten av ett bra ledarskap på arbetsplatsen där det finns tillgång till god återkoppling och reflektion för att motivera personalen och stärka tänkandet kring vårdprevention.

I en studie av Lannering, Ernst Bravell och Johansson (2016) intervjuades sjuksköterskor som var verksamma på vård- och omsorgsboenden och inom hemvården med syfte att beskriva hur

de uppfattade det förebyggande arbetet med Senior alert. Sjuksköterskorna anser att bedömningsinstrumenten inte alltid speglar deras professionella observation och att instrumenten behöver utvecklas då det finns fler orsaker till att ett problem uppstår som exempelvis att alkohol kan bidra till fall och att en rullstolsburen person riskerar undernäring trots bra näringsintag. Sjuksköterskorna lyfter fram att Senior alert bidrar till ett ökat samarbete med andra yrkesprofessioner och att arbetssättet ger struktur så att ingenting missas men de betonar att dokumentationen är tidskrävande på grund av parallella journalsystem. Sjuksköterskorna verksamma inom hemvården anser att det är viktigt att arbeta förebyggande men att arbetet med Senior alert försvåras då sjuksköterskornas och hemtjänstpersonalens inblick i patientens vardag är beroende av hur många omvårdnadsinsatser en patient har. Om en patient endast har matleverans är det inte alltid lätt att följa upp hur mycket patienten ifråga äter. Sjuksköterskorna på vård- och omsorgsboendena anser att de riskområden Senior alert identifierar upptäcks ändå oberoende av bedömningsinstrumenten då de ser patienterna dagligen.

Det finns få studier som studerar sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med kvalitetsregistret Senior alert och ännu färre studier som undersöker effekten av att använda Senior alert och hur det påverkar vården för de äldre.

### **Teoretisk referensram**

Virginia Henderson (1897-1996) var en amerikansk omvårdnadsteoretiker som med sina idéer och syn på sjuksköterskeyrket haft stort inflytande på hur sjuksköterskearbetet utvecklats genom åren samt på omvårdnadsteoretiker efter henne (Jahren Kristoffersen, 2009).

Hennes omvårdnadsfilosofi bygger på 14 punkter som hon kallar grundläggande omvårdnadsprinciper. Alla dessa punkter, som bland annat innefattar adekvat tillförsel av näring och vätska, sömn och god hygien, ska tillgodoses för att täcka en människas grundläggande behov. Tanken är att patienten ska utföra dessa handlingar själv, men om han eller hon för tillfället inte klarar av det på grund av sjukdom, okunskap eller liknande ska sjuksköterskan hjälpa patienten att utföra dessa omvårdnadsåtgärder på basis av patientens egna resurser (Henderson, 1964). Begreppet **omvårdnadshandlingar**, utifrån denna teori, innebär då att sjuksköterskan endast ska bistå patienten med den hjälp som denne behöver för att tillgodose sina grundläggande behov. Målet med omvårdnaden är att patienten så fort som möjligt ska uppnå oberoende och klara av att tillgodose sina grundläggande behov på egen

hand i den mån som är möjlig (Jahren Kristoffersen, 2009). Enligt teorin ska en sjuksköterska, utifrån de 14 punkterna, kartlägga patientens omvårdnadsbehov och genom denna kartläggning sedan bedöma vilka resurser och åtgärder som behövs för att de grundläggande behoven ska tillgodoses (Henderson, 1964). Detta kan kopplas till sjuksköterskans arbete med Senior alert där hon eller han med hjälp av olika riskbedömningsinstrument identifierar ett problem och påbörjar en åtgärd.

Lidande är ofrånkomligt men en viktig uppgift inom hälso- och sjukvården är att dämpa lidande (Arman, 2012). Dahlberg (2002) beskriver begreppet vårdlidande som en konsekvens av den givna vården. Vårdlidande kan uppkomma av såväl vänlighet som misskötsel och det är en av sjuksköterskans uppgifter att se till att detta lidande inte förekommer. Detta kan kopplas till Senior alert då vårdlidande kan uppstå om riskområden inte identifieras i tid.

Sjuksköterskans etiska kod innefattar bland annat att förebygga sjukdom, främja hälsa, lindra lidande och återställa hälsa som är de grundläggande ansvarsområden. Vården ska riktas till människans behov av vård och använda sig av godkända riktlinjer inom ledning, forskning, utbildning och omvårdnad i sitt arbete. Sjuksköterskan ska ge en respektfull omvårdnad som respekterar de mänskliga rättigheterna (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Senior alerts bedömningsinstrument synliggör vilken typ av vård patienten är i behov av och detta leder till att sjuksköterskan kan tidigt sätta in förebyggande åtgärder för att förebygga onödigt lidande och främja hälsa hos patienten.

### **Problemformulering**

I sjukvården används Senior alert som ett redskap för att identifiera de äldre som har en ökad risk för att utveckla trycksår, undernäring, fallskador samt ohälsa i munnen, vilka alla kan resultera i stort lidande, längre vårdtider och stora vårdkostnader. Då sjuksköterskor är en av de yrkesprofessioner som använder sig av Senior alert är det viktigt att se hur de upplever att detta kvalitetsregister fungerar i praktiken då lite forskning har gjorts inom detta ämne. Det är även viktigt att studera om vården förbättrar för personer över 65 år eller äldre som Senior alert är ämnat för och om det finns något som kan göras annorlunda som kan optimera vården.

## **Syfte**

Syftet med detta examensarbete är att studera sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med kvalitetsregistret Senior alert samt hur sjuksköterskorna upplever att arbetet med kvalitetsregistret påverkar vården hos de äldre.

## **METOD**

### **Design**

För att besvara syftet har en deskriptiv och explorativ kvalitativ design valts (Polit & Beck, 2013).

### **Urval**

Urvalet grundades på ett bekvämlighetsurval som enligt Polit och Beck (2013) är ett effektivt och enkelt sätt att samla in data på då ett medvetet val görs av vilka som ska intervjuas. I denna studie innebar det att sjuksköterskor som var verksamma inom den offentliga och privata vården valdes ut samt att deras respektive arbetsplatser var belägna i centrala Uppsala. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha erfarenhet av att arbeta med Senior alert och att de arbetade på ett vård- och omsorgsboende eller i hemvården. Det var sex legitimerade sjuksköterskor som intervjuades och yrkeserfarenheten bland studiedeltagarna varierade mellan 2 till 22 år och deras erfarenhet av att arbeta med kvalitetsregistret Senior alert var mellan 3 månader och 6 år.

### **Datainsamlingsmetod**

Insamling av data skedde via enskilda semi-strukturerade intervjuer och frågorna utformades med fokus på sjuksköterskornas upplevelser och tankar om hur det är att arbeta med Senior alert (se Bilaga 1). När frågorna formuleras lades vikt vid att de skulle vara öppna frågor då dessa uppmuntrar till mer omfattande svar och ger deltagarna en chans att beskriva deras upplevelser (Polit & Beck, 2013). För att få information om studiedeltagarnas erfarenhet ställdes tre bakgrundsfrågor som berörde yrkeserfarenhet, erfarenhet av Senior alert och hur arbetet kring det såg ut på respektive arbetsplats. När intervjuguiden utformats gjordes en provintervju på en sjuksköterskestudent med syfte att se om frågorna var användbara, se den beräknade tidsåtgången och om mobiltelefonen var ett passande verktyg för inspelning (Danielson, 2012). Vissa revideringar i intervjuguiden gjordes efter provintervjun.

## **Tillvägagångssätt**

Vård- och omsorgsboenden söktes fram via [www.vardochomsorg.uppsala.se](http://www.vardochomsorg.uppsala.se) då sjuksköterskor verksamma inom den offentliga vården i Uppsala skulle intervjuas. På hemsidan presenterades 14 verksamhetschefer och av dessa kontaktades nio relaterat till bekvämlighetsurvalet. Till dessa chefer skickades en kort presentation av den planerade studien samt önskemål om vidare kontakt med sjuksköterskor som var intresserade av att delta (se Bilaga 2). Efter en vecka hade endast en verksamhetschef svarat att de inte kunde delta så resterande verksamhetschefer ringdes upp för en uppföljning av det skickade mailet. Detta ledde till en kontakt med två intresserade sjuksköterskor som i sin tur fick ett mer omfattande informationsbrev skickade till sig (se Bilaga 3) och därefter bokades en träff för intervju som sedan genomfördes.

Då endast två sjuksköterskor intervjuades utökades sökområdet till Uppsala hemvård samt till privata vård- och omsorgsboenden där verksamhetscheferna fick ta del av samma informationsbrev som nämnts ovan. Nio verksamhetschefer kontaktades vilket resulterade i fyra till fem inbokade intervjuer inom Uppsala hemvård men endast två intervjuer blev gjorda då möjlighet till fler inte fanns den dagen.

De privata vård- och omsorgsboenden söktes fram via [www.seniorval.se](http://www.seniorval.se) där sökningen begränsades till äldreboende, Uppsala län och sedan Uppsala kommun och antalet träffar var då 71 varav sex verksamhetschefer valdes ut baserade på lokalisation och att vissa hade kontaktats tidigare. Av dessa verksamhetschefer var det fyra som svarade och fick mer information (se Bilaga 3) som de kunde skicka vidare till sina sjuksköterskor men av olika anledningar var ingen sjuksköterska intresserad av att medverka i slutändan.

Privata tjänster inom hemsjukvård söktes fram via [www.seniorval.se](http://www.seniorval.se) där sökningen begränsades till hemtjänst och Uppsala kommun vilket resulterade i 14 träffar. Alla verksamhetschefer kontaktades och två svarade varav en av kontakterna ledde till två intresserade sjuksköterskor där träff för intervju bokades in och sedan genomfördes.

Intervjuerna spelades in på två mobiltelefoner för att ha en reservinspelning. Intervjuerna varade mellan 6 och 19 minuter och tog plats på studiedeltagarnas respektive arbetsplats för att underlätta deltagarnas medverkan. Alla intervjuer skedde i ett avskilt rum vilket medförde till att det flesta intervjuerna skedde i en tyst miljö med få avbrytningar. Varje enskild

studiedeltagare informerades om att varje inspelning skulle kasseras efter transkribering, att deras utlåtande som finns i arbetet ska inte kunna kopplas till dem och att varje arbetsplats skulle få en kopia av det färdiga arbetet. Intervjuerna transkriberades direkt efter avslutad intervju och sedan raderades innehållet från mobiltelefonerna.

### **Forskningsetiska överväganden**

Deltagarna informerades om studiens syfte och fick samt veta att data kommer behandlas konfidentiellt. Deltagandet var frivilligt och deltagarna kunde när som helst under studiens gång avbryta sitt medverkande enligt CODEX (2016). Detta fick varje studiedeltagare ta del av både i skrift när de fick informationsbrevet skickade till sig och muntligt då informationen gavs återigen för att säkerhetsställa att de är medvetna om deras rättigheter och studiens syfte inför varje intervjuinspelning. Varje studiedeltagare är benämnda som "sjuksköterska" för att avidentifiera de ytterligare så ingen koppling ska dras till deras verkliga identitet.

### **Bearbetning och analys**

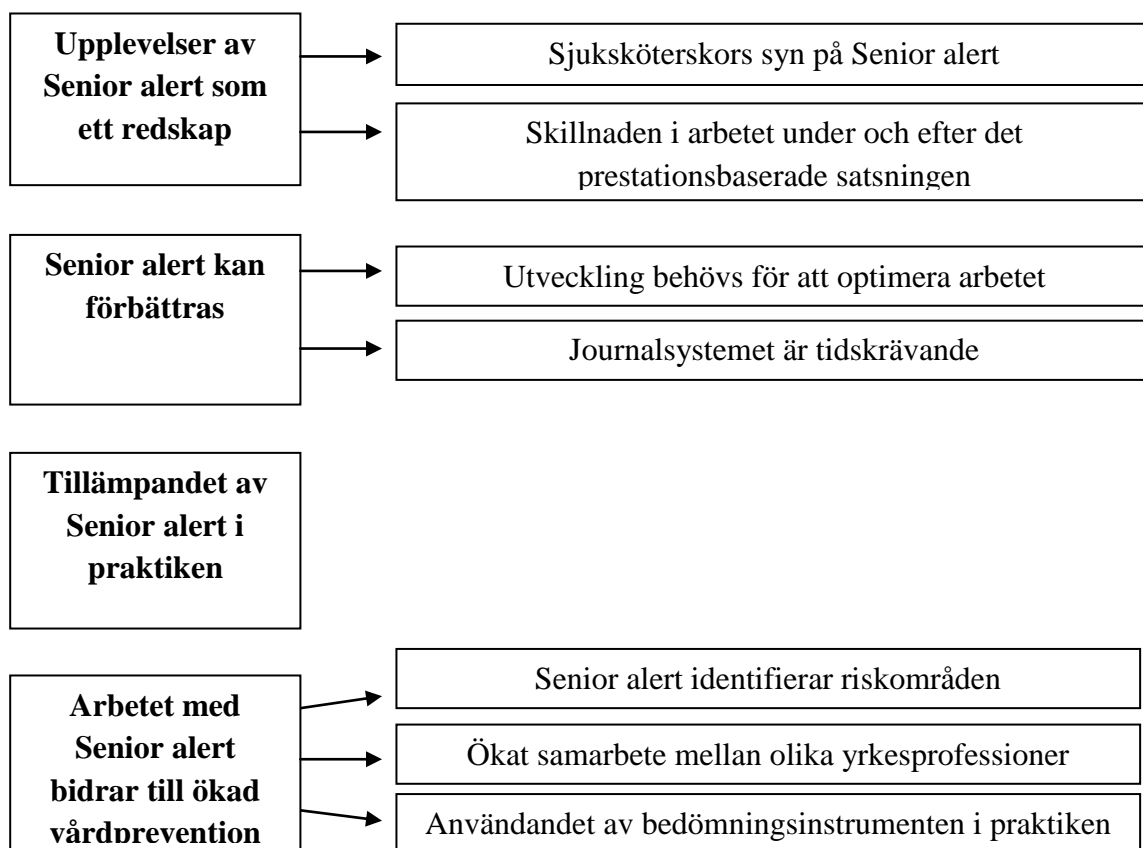
Intervjuerna transkriberades manuellt där den insamlade informationen även anonymiserades. För att besvara syftet gjordes därefter en innehållsanalys som bygger på ett sätt att analysera texter och finna likheter och skillnader i textinnehållet. Denna analys innefattar meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) vilket även har gjorts med den insamlade informationen i denna studie vilket exemplifieras i Tabell 1. I meningsenheten valdes kortare stycken ut som speglade studiedeltagarnas upplevelse av arbetet kring Senior alert samt hur de upplever att arbetet med Senior alert påverkar vården hos de äldre. Därefter kortades meningseheterna ner till kondenserade meningsenheter genom att utesluta ord som exempelvis han/hon som inte hade någon betydelse för innehållet. Koderna skapades sedan med hjälp av de kondenserade meningsenheterna för att få fram meningens innebörd och sedan färgmarkerades de koder som hade samma innehåll för att få en överblick. Därefter utformades underkategorier genom att para ihop olika koder med samma innehåll för att sammanställa passande kategorier. Varje studiedeltagare fick namnet "sjuksköterska" för att göra dem anonyma och en siffra efter sig beroende på vilken ordning de blev intervjuade i. För att stärkas studiens resultat presenteras citat av studiedeltagarna.

Tabell 1. Innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Kategori
<b>E1</b> Men nu ser man ju att man jobbar förebyggande för att minska lidande för de boende.	<b>E1</b> Jobbar förebyggande nu... minska lidande	<b>E1</b> Förebyggande arbete minskar lidande	Senior alert identifierar riskområden	<b>Arbetet med Senior alert bidrar till ökad vårdprevention</b>
<b>E6</b> Ja det är klart, det har ju väldigt stor betydelse eftersom vi ser ju risker för undernäring, vi ser ju risker innan det har blivit en risk för trycksår och sätter in fulla åtgärder för att förebygga trycksår.	<b>E6</b> Ja... väldigt stor betydelse... ser risker innan det blivit en risk... fulla åtgärder för att förebygga	<b>E6</b> Ser problemet innan det bryter ut	Senior alert identifierar riskområden	

## RESULTAT

Den insamlade datan resulterade i fyra kategorier och sju underkategorier som tillsammans beskrev sjuksköterskors upplevelser av arbetet med Senior alert (se Figur 1). Det var sjuksköterskorna genomförde registreringarna och en del samarbetade med undersköterskorna vid riskbedömningarna. På en del arbetsplatser träffades sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut en gång i veckan där den insamlade datan från varje patient diskuterades och omvårdnadsplaner utformades utifrån patientens behov.



Figur 1. Presentation av fyra kategorier och sju underkategorier som tillsammans ger en översikt över hur sjuksköterskor upplever arbetet med Senior alert och hur de anser att arbetet med Senior alert påverkar vården hos de äldre.

### **Upplevelser av Senior alert som ett redskap**

Denna kategori inkluderar två underkategorier: *Sjuksköterskors syn på Senior alert* och *Skillnaden i arbetet under och efter det prestationsbaserade satsningen*. Studiedeltagarna hade blandade åsikter kring huruvida Senior alert var ett bra arbetssätt för att uppmärksamma risker eller inte.

#### *Sjuksköterskors syn på Senior alert*

Senior alert ansågs vara både ett bra och ett mindre bra redskap för att upptäcka problemområden enligt studiedeltagarna. Det gav kontinuitet i arbetet då alla använde samma bedömningsinstrument och då det är ett nationellt register var det lättare att följa upp den insamlade datan och utvärdera på en nationell nivå. Det gav även en fördjupad förståelse för den enskilda patienten och möjliggjorde en delaktighet i sin egen vård samtidigt som resultatet av det förebyggande arbetet drev personalen då de såg att allt arbete hängde ihop för



att främja hälsan. *“... det bidrar till att personalen är väldigt mån om att jobba, göra det här lilla extra.” (sjuksköterska 5)*

Enligt studiedeltagarna tillförde inte Senior alert någon ny information för sjuksköterskor som träffade patienterna dagligen som på ett äldreboende och att det av den anledningen passade bättre i hemvården där samma insyn i patienternas liv inte fanns. *”... i hemvård där kan jag tänka mig att det har en annan funktion för där träffar man så många patienter hela tiden och man måste snabbt kunna få ett sätt att se hur det är för den här personen” (sjuksköterska 4)*

Studiedeltagarna menade också att det var tidskrävande att använda Senior alert. Det ansågs ta för mycket tid från annat arbete när datainsamlingen fördes in och det minskade tiden som skulle ägnas åt patienten. *“... det farliga är ju att det tar tid från arbete som man ska prioritera högre” (sjuksköterska 1)*

*Skillnaden i arbetet under och efter det prestationsbaserade satsningen*

Studiedeltagarna som arbetade med Senior alert under den nationella satsningen mellan år 2010 och 2014 som innebar att arbetsplatsen fick utvecklingsbidrag för det gjorda arbetet märkte inte av någon förändring av arbetet då jämfört med nu. *“... på den här arbetsplatsen så påverkar inte det... jag upplevde ju inte det som en morot för mig att göra mitt jobb utan det finns ju andra saker som driver en för att göra ett bra arbete.” (sjuksköterska 1)*

### **Senior alert kan förbättras**

Denna kategori innefattar två underkategorier: *Utveckling behövs för att optimera arbetet* och *Journalssystemet är tidskrävande*. Studiedeltagarna tyckte att Senior alert var ett bra redskap i det dagliga omvårdnadsarbetet men ansåg att det fanns rum för utveckling för att effektivisera det förebyggande arbetet ytterligare.

*Utveckling behövs för att optimera arbetet*

Studiedeltagarna ansåg att Senior alert var ett bra hjälpmedel men betonade också att det var för basalt för att täcka alla områden som geriatriken omfattar och behöver utvecklas mer efter den vetenskap som erhållits genom forskning för att bli mer individanpassat. *”... BMI är inte lika relevant som när det kom och som det var när Senior alert kom så det skulle behövas*

*uppdateras lite mer utifrån dagens situation, typ som en sån sak amputerade kroppsdelar, hur räknar vi bort det när vi räknar BMI". (sjuksköterska 4)*

De åtgärdsplaner som fanns i journalsystemet borde anpassas mer till sjuksköterskans kompetens för att underlätta arbetet då andra instanser inte behöver kopplas in. De föreslog att Senior alerts operativsystem skulle hänvisa till olika hemsidor med evidensbaserad information så att sjuksköterskorna själva kunde rådgiva patienter som är i riskzonen för att utveckla ett allvarligt problem utifrån de råd som fanns nedskrivna där. Detta skulle innebära att andra yrkesprofessioner inte behövde kontaktas om det inte var nödvändigt. *"... istället för att koppla in en dietist så kanske man får vara lite halvdietist själv... det kanske räcker informativt med hur man kan byta ut den här kosten för att bli mer näringsrik"* (sjuksköterska 3)

#### *Journalssystemet är tidskrävande*

Det som upplevdes negativt av studiedeltagarna var att Senior alert var ett enskilt journalsystem som inte kunde integreras med omvårdnadsjournalen. Detta medförde till en upplevd dubbeldokumentation som tog tid från annat arbete. *"... det kanske är omöjligt men på nått sätt knyta ihop journalsystemet mer så att man slapp den här dubbeldokumentationen, det är framför allt det jag tycker är otroligt tungt, alltså det tar så lång tid."* (sjuksköterska 3)

Journalssystemet Senior alert ansågs vara komplicerat. Studiedeltagarna menade att det var ett svårt system att navigera sig i, speciellt som ny användare. *"... sen har vi ju också behövt mycket hjälp och stöd... vi tog ofta hit nån som hade hand om dataprogrammet."* (sjuksköterska 5)

#### **Tillämpandet av Senior alert i praktiken**

Studiedeltagarna ansåg att arbetet med Senior alert stöttades av verksamheten och en del av cheferna var insatta i arbetet genom att de medverkade vid teammöten och gick på utbildningar som rörde Senior alert. *"... hon går på alla utbildningar och stöttar oss i vårt arbete och vill att vi ska utbilda oss fortlöpande hela tiden."* (sjuksköterska 5)

Studiedeltagarna ansåg att tiden som arbetsplatsen gav för att arbeta med Senior alert inte räckte till för de arbetsuppgifter som Senior alert innebar. Bristen på undersköterskor

försvårade också arbetet då mycket samarbete skedde mellan dessa parter. Studiedeltagarna ansåg att det fanns ett behov av mer utbildning för personalen för att bedömningsinstrumenten skulle användas på ett korrekt sätt. “... skulle ju egentligen behöva lite mer utbildning liksom för personalen och utrymme för att kanske till och med delegera att man ska ta och genomföra Senior alert.” (sjuksköterska 1)

### **Arbetet med Senior alert bidrar till ökad vårdprevention**

Denna kategori består av tre underkategorier: *Senior alert identifierar riskområden*, *Samarbete mellan olika yrkesprofessioner* och *Användandet av bedömningsinstrumenten i praktiken*. Studiedeltagarna ansåg att Senior alert skapade struktur för att arbeta förebyggande och att arbetssättet främjade god hälsa.

#### *Senior alert identifierar riskområden*

Studiedeltagarna ansåg att Senior alert var ett bra redskap för att kunna arbeta förebyggande och det minskade i sin tur lidandet för de äldre. De menade att registret tidigt identifierade och gav en bra bild över en patients riskområden. Syftet är att alla patienter över 65 år ska registreras för att öka chansen att fånga upp där det är en problematik. Detta var även ett bra arbetssätt vid kontakt med nya patienter då kartläggningen snabbt och enkelt gav en överblick över riskområden att vara observant på. Det kunde även göra en mer observant på andra riskområden än de som avsågs undersökas som exempelvis där BMI hos en patient kanske inte tydde på undernäring utan snarare en övervikt. “... vi ser ju risker för undernäring, vi ser ju risker innan det har blivit en risk för trycksår och sätter in fulla åtgärder för att förebygga trycksår.” (sjuksköterska 5)

Studiedeltagarna menade att det förebyggande arbetet i form av riskbedömningar synliggjorde problem vilket bidrog till att resurser sattes in på en gång för att åtgärda problemen.

Personalen som arbetade med de äldre hade även fått en större förståelse över att arbeta förebyggande för att de såg vilka resultat det gav. “... vi ser att vi jobbar förebyggande att vi vinner så otroligt mycket på det.” (sjuksköterska 5)

#### *Ökat samarbete mellan olika yrkesprofessioner*

Senior alert bidrog till ett ökat teamarbete med andra yrkesprofessioner såsom arbetsterapeuter och fysioterapeuter vilket gav en förståelse för andras arbete. Genom att kombinera de olika yrkeskompetenserna har vården kring patienterna optimerats. “...Senior

*alert är ett väldigt bra redskap och positivt att jobba med flera yrkesgrupper kring patienterna. Man får lite inblick i andras områden” (sjuksköterska 2)*

#### *Användandet av bedömningsinstrumenten i praktiken*

Studiedeltagarna ansåg att bedömningsinstrumenten fungerade bra i praktiken och att de var bra redskap för att enkelt upptäcka problem. De poängterade att inte det inte krävdes mycket resurser för att genomföra bedömningarna vilket ansågs vara positivt. “... *identifiera problemområden, det är väldigt bra, man får det på svart och vitt och dom här åtgärderna finns.*” (sjuksköterska 6) “... *det är enkelt att bara ha med sig en våg i princip och få det man behöver av Senior alert.*” (sjuksköterska 3)

Enligt studiedeltagarna var en del av frågorna i bedömningsinstrumenten svåra att förstå och kunde tolkas olika och därav utföras på olika sätt. Detta ledde, enligt dem, till att bedömningsinstrumentens tillförlitlighet sjönk. “... *Dom är ju lite mer kanske träffsäkra än tillförlitliga skulle jag säga.*” (sjuksköterska 1)

## **DISKUSSION**

Resultatet i den här studien visar att Senior alert anses vara ett bra redskap för att identifiera problem och arbeta förebyggande. Det förebyggande arbetet resulterar i en bättre vård för de äldre. Det har även resulterat i ett ökat samarbete med övriga yrkesprofessioner för att optimera patienternas vård. Det administrativa arbetet är dock tidskrävande på grund av skilda journalsystem.

### **Resultatdiskussion**

Studien visar att Senior alert ger en ökad kunskap om varje patient och att arbetssättet ger en förståelse för den enskilde patienten. I studien framkommer det att personalen ser att det förebyggande arbetet ger resultat som främjar hälsan för patienterna då problem identifieras och åtgärder sätts in som sedan utvärderas. Detta arbetssätt stämmer överens med Virginia Hendersons teori där målet är att patientens grundläggande behov ska tillgodoses genom att en bedömning görs kring vilka resurser och åtgärder som behövs för att uppnå dessa behov (Henderson, 1964).

Som sjuksköterska på ett vård- och omsorgsboende anser studiedeltagarna att Senior alert inte tillför någon ny information om patienterna utan gör mer nytta inom hemvården där sjuksköterskorna inte träffar patienterna varje dag. Denna åsikt delas av studiedeltagarna i Lannering et al., (2016) där de lyfter fram att den kliniska blicken är mer användbar på ett vård- och omsorgsboende medan de som bor hemma kan ha större behov av den förebyggande vården som Senior alert möjliggör. Något att ta hänsyn till är att sjuksköterskor på ett vård- och omsorgsboende kanske inte lika tydligt lägger märke till en viktnedgång som sker successivt. Av den anledningen kan ett bedömningsinstrument vara ett bra hjälpmedel för att identifiera en eventuell undernäring.

Att journalsystemet i Senior alert inte är integrerat med omvårdnadsjournalen upplever studiedeltagarna som negativt och tidskrävande då dokumentationen sker i två olika journalsystem. Uppfattningen delas av studiedeltagarna i studien av Lannering et al., (2016) där dubbeldokumentation kräver mycket tid då journalerna inte är länkade till varandra. Det innebär att värdefull tid tas från vårdpersonalen då arbetet redan är präglad av att allt ska journalföras vilket leder till att en sjuksköterska redan spenderar mycket tid vid datorn och inte lika mycket tid hos patienterna.

Bedömningsinstrumenten som används i Senior alert anses fungera bra i praktiken och är ett bra redskap för att kunna arbeta förebyggande enligt studiedeltagarna då små resurser krävs för att genomföra bedömningarna. Med hjälp av den kartläggning som görs med Senior alert ges en snabb överblick över vilka riskområden att vara observant på och små resurser krävs för att åtgärda dessa problem. Studiedeltagarna i en studie av Rosengren, Höglund och Hedberg (2012) lyfter också fram att de äldres problem identifieras i arbetet med Senior alert samt att omvårdnadsfokus ligger på förebyggande vård. I deras studie framgick det att en del av utformningen av bedömningsinstrumenten var svåra att förstå och kunde tolkas olika samt att instrumenten gav onödiga utslag. I en studie av Zenthöfer et al., (2014) framgår det att ROAG ger pålitliga resultat och är tidseffektivt även om resultatet också visar att det finns rum för förbättring då bedömningsinstrumentet inte täcker alla munhälsoproblem. MNA anses, enligt en studie av Kozakova et al., (2011), passa bättre för den äldre befolkningen än övriga bedömningsinstrument som mäter nutritionsstatus men svårare för patienter med en kognitiv funktionsnedsättning. DFRI, ett bedömningsinstrument som mäter fallrisk, bedöms enligt Rosendahl et al., (2003) ha en låg risk för felbedömning och Modifierad Nortonskala anses enligt studiedeltagarna i en studie av Bååth et al., (2008) vara lättförståelig och

tillförlitlig. Utifrån denna information kan slutsatsen dras att bedömningsinstrumenten är bra redskap för att identifiera problemområden men att de kan utvecklas mer. I denna studies resultat framkommer det att bedömningsinstrumenten bör utvecklas mer då de i vissa fall är svåra att förstå och kan tolkas på olika sätt. Trots att bedömningsinstrumenten anses vara inkompleta framhäver dock studiedeltagarna att de gör det möjligt att även upptäcka riskområden som bedömningsinstrumenten inte avser att undersöka. I och med att en uträkning av BMI görs vid riskbedömning av undernäring kunde obesitas upptäckas.

Studiedeltagarna i denna studie anser att arbetet kring Senior alert medför ett stärkt teamarbete mellan olika yrkesprofessioner som är i kontakt med patientens vård. Det ger även en större inblick i andras arbetsområden vilket bekräftas i Lannering et al., (2016).

Enligt Arman (2012) är det viktigt minska lidande inom hälso- och sjukvården. Senior alert bygger på ett förebyggande arbete och i denna studie framkommer det att arbetssättet minskar lidande hos patienten då problemområden identifieras tidigt och åtgärder sätts in för att undvika onödigt lidande orsakat av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) ska omvårdnaden inte bidra till mer lidande hos personer med befintlig ohälsa. Arbetet med Senior alert syftar till att förebygga de olika problemområdena som alla kan resultera i lidande. Ett exempel kan vara ett fall som resulterar i en fraktur vilket inte är något som läker ut på en vecka utan något som tar flera veckor för kroppen att läka ut. Detta kan bidra till ett långvarigt lidande som smärta eller nedsatt funktionsförmåga. För att undvika att ålderdomen ska bestå av onödigt lidande är det viktigt att sjuksköterskor arbeta aktivt med att förebygga dessa åkommor.

Sjuksköterskans etiska kod innefattar bland annat att sjuksköterskans viktigaste ansvar ska vara att fokusera på människor som är i behov av vård. Det innebär ett delat ansvar med samhället att tillgodose hälsa och socialt behov hos våra medmänniskor och de som befinner sig en utsatt position. Sjuksköterskan ska sträva efter att samarbete mellan kollegor och medarbetare ska fungera (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I studiens resultat framgår det att med hjälp av Senior alerts bedömningsinstrument identifierar de patientens riskområden vilket i sin tur tydliggör vilka patienter som är i behov av vård. Slutsatsen som kan dras av detta är att genom att identifiera riskområden underlättas sjuksköterskans ansvar att tillgodose hälsa. Det förebyggande arbetet som sjuksköterskan och andra yrkesprofessioner sätter in bidrar även till att det dra ner vårdkostnaderna för samhället då onödiga inläggningar

förhindra. Studiedeltagarna i denna studie anser att samarbetet med andra yrkesprofessioner har stärkts sedan arbetet med Senior alert startade vilket är ett av de mål som sjuksköterskans etiska kod har.

### **Metoddiskussion**

I denna studie har datainsamlingen begränsats till sjuksköterskor som arbetar inom Uppsala kommun och är verksamma i centrala Uppsala. Landstingspersonal och verksamheter belägna utanför centrala Uppsala exkluderades. Detta kan vara orsaken till att studien inte fick ihop åtta studiedeltagare som var målet. Under sammanställningen av respektive intervju framkom det att fler följdfrågor hade varit av värde för att få mer detaljerat material att arbeta med i resultatdelen. Det kan tänkas att viktig information gick förlorad då för få följdfrågor ställdes under intervjun. Detta bidrog till att den insamlade datan varken är tillräckligt stor eller innehållsrik för att besvara syftet helt om hur kvalitetsregistret påverkar vården av de äldre. Med ett bredare urval och bättre frågor i frågeguiden som är utformade för att besvara hur sjuksköterskan upplever att arbetet påverkar vården av de äldre skulle kunna bidra till att den insamlade data besvarade syftet. En intervjufråga berörde den prestationsbaserade satsningen och av den anledningen borde ett inklusionskriterie ha varit att alla studiedeltagare skulle ha jobbat under de år satsningen pågick vilket inte var fallet i denna studie. Det medförde att den frågan inte kunde besvaras av alla studiedeltagare.

För att bedöma studiens trovärdighet har resultatet granskats utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltigheten omfattar enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att en utomstående person kunnig inom forskningsområdet ser över innehållsanalysens alla steg speglar textens innehåll. För att få ut en större variation av upplevelser från det studerade ämnet ska studiedeltagarna var omkring 30 personer. För att stärka studiens giltighet ska den innefatta en noggrann beskrivning av urval och analysens tillvägagångssätt samt citera studiedeltagarna. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) stärks resultatets tillförlitlighet genom att studiens författare tillsammans läser intervjuerna och samarbetar i analysfasen. Begreppet överförbarhet syftar till i vilken utsträckning studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer.

Det skrivna materialet har emellanåt skickats in till handledaren som i sin tur har granskat och gett återkoppling. Handledaren är inte insatt i forskningsområdet, som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) var att föredra, men är däremot kunnig inom den kvalitativa

forskningsmetoden vilket har bidragit till att stärka giltigheten. Resultatet visar dock en dålig variation av upplevelser relaterat till få deltagare vilket sänker resultatets giltighet. Det ringa antalet studiedeltagare resulterar också i att resultatets överförbarhet kan uppfattas ha en låg nivå. Det finns däremot en grundlig beskrivning av urval och analysdel samt citat från studiedeltagarna. Intervjuerna genomfördes tillsammans och sammanställdes tillsammans för att undvika att materialet tolkades på olika sätt för att stärka resultatets tillförlitlighet.

Enligt CODEX (2016) ska datan behandlas konfidentiellt och deltagandet ska vara frivilligt. Dessa riktlinjer har följts under hela studiens gång. Det inspelade materialet raderades i anslutning till transkriberingen där även studiedeltagarna könsneutraliserades. Innan varje intervju informerades studiedeltagarna deras rätt till att de när som helst kan avsluta sin medverkan i intervjun och studien.

Då Senior alert är ett kvalitetsregister som används inom hälso- och sjukvården på många platser i Sverige och som under ett par år även var ett prestationsbaserat arbetssätt är det viktigt att veta hur det fungerar i praktiken för att se hur registret kan utvecklas. Det finns väldigt lite forskning om vilken effekt arbetet med Senior alert har på vården av de äldre och av den anledningen är behovet av mer forskning stort för att optimera det förebyggande arbetet ytterligare. Något som framkom i denna studies resultat, samt i tidigare studier om de olika bedömningsinstrumenten, är att det finns rum för förbättring gällande bedömningsinstrumenten och utifrån forskningens resultat kan utveckling av instrumenten ske och bedömningarna kan då bli mer pålitliga.

### **Slutsats**

Senior alert upplevs som ett bra redskap för att arbeta förebyggande och främja teamarbete, men uppfattas som tidskrävande. Sjuksköterskorna i den här studien anser att vården av de äldre förbättras då identifiering av riskområden sker tidigt och åtgärder sätts in. För att kunna göra resultatet överförbart och veta på vilket sätt vården förbättras behövs ett större urval och frågor som är utformade för att kunna besvara syftet.



## REFERENSER

Abraha, I., Cherubini, A., Correa-Pérez, A., Cruz-Jentoft A J., Lozano-Montoyo, I., Montero-Errasquín, B., O'Mahony, D., Soiza, R L. & Vélez-Díaz-Pallarés, M. (2015).

Nonpharmacologic Interventions to prevent pressure ulcers in older patients: an overview of systematic of reviews (the software engine for the assessment and optimization of drug and non-drug therapy in older persons [senator] definition of optimal evidence-based non-drug therapies in older people [ontop] series). *Journal of the American Medical Directors Association*. 1.e1e1.e10. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.091

Andersson, P. (2013). Munhälsa. A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (ss. 349-382). Lund: Studentlitteratur

Arman, M. (2012). Lidande. L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 185-197). Lund: Studentlitteratur

Bardon, R. (2016a) *Munhälsa*. Region Jönköpings län: Qulturum. Hämtad 24 maj, 2016, från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43949>

Bardon, R. (2016b) *Senior alerts historia*. Region Jönköpings län: Qulturum. Hämtad 26 maj, 2016, från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43911>

Bååth, C., Hall-Lord, M-L., Idvall, E., Wiberg-Hedman, K. & Wilde Larsson, B. (2008) Interrater reliability using modified norton scale, pressure ulcer card, short form-mini nutritional assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 618-626. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02131.x

Christensson, L., Ödlund Olin, A., & Unosson, M. (2007). Kvalitetsindikatorer för prevention av undernäring. E. Idvall (Red.). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. (4. uppl., ss.155-165). Stockholm: Gothia Förlag

CODEX. (2016). *Forskningsetisk prövning*. Hämtad 24 maj, 2016, från <http://codex.vr.se/manniska5.shtml>

Dahlgren, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(1), 4-8. doi: 10.1177/010740830202200101

- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-174). Lund: Studentlitteratur
- Edvinsson, J., Rahm, M., Trinks, A. & Höglund, P.(2015) Senior Alert: a quality registry to support a standardized, structured, and systematic preventive care process for older adults. *Quality Management in Health care*, 24(2), 96-101. doi: 10.1097/QMH.0000000000000058
- Frank, P J., Winterberg, H. & Moffatt, C J. (2002) Health-related quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. *Wound Repair and Regeneratio*, 10(3), 133-140. doi: 10.1046/j.1524-475X.2002.11002.x
- Gånemo, A. & Lindholm, C. (2009). Hud och Sår. A-K. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (ss. 539-591). Lund: Studentlitteratur
- Henderson, V. (1964). The nature of nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68. doi: 10.2307/3419278
- Idvall, E. (2007). *Kvalitetsindikationer inom omvårdnad* (4. uppl.). Stockholm: Gothia förlag
- Jahren Kristoffersen, N. (2009) Teoretiska perspektiv på omvårdnad. N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grundläggande omvårdnad del 4* (ss. 13-101). Stockholm: Liber
- Johansson, I., Jansson, H. & Lindmark, U. (2016). Oral health status of older adults in Sweden receiving elder care: findings from nursing assessments. *Nursing Research*, 65(3), 215-223.
- Kozakova, R., Jarosova, D. & Zelenikova,R. (2011). Comparison of three screening tools for nutritional status assessment of the elderly in their homes. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czech Republic*, 156(4), 371-346. doi: 10.5507/bp.2011.057
- Lannering, C., Ernst Bravell, M., & Johansson, L. (2016) Prevention of falls, malnutrition and pressure ulcers among older persons – nursing staff’s experiences of a structured preventive care process. *Health and Social Care in the Community*. doi: 10.1111/hsc.12400
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Lund: Studentlitteratur

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur

Mensen, L. (2010). Biologiskt åldrande. M. Kirkeveld., K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten* (ss. 48-53). Stockholm: Liber

Meyer, G., Kopke, S., Haastert, B. & Muhlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 38, 417-423. doi: 10.1093/ageing/afp049

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2015). *Nationell kampanj ska minska fallolyckor bland äldre*. Hämtad 24 maj, 2016, från <https://www.msb.se/sv/Om-MSB/Nyheter-och-press/Nyheter/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2015/Nationell-kampanj-ska-minska-fallolyckor-bland-aldre/>

Nestlé Nutrition Institute (2016) *Mini nutritional assessment*. Switzerland: Nestlé Nutrition Institute. Hämtad den 12 okt, 2016, från <http://www.mna-elderly>

Polit, D. & Beck, C. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8. uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rosengren, K., Höglund, P. & Hedberg, B. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages – from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 196-205. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01378.x

Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Kallin, K., Jensen, J., Gustafson, Y. & Nyberg, L. (2003) Prediction of falls among older people in residential care facilities by the downtown index. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(5), 142-147. doi: 10.1007/BF03324492

Senior alert (2014). *Manual - blåsdysfunktion/inkontinens*. Hämtad 1 dec, 2016, från [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida40377/manual\\_registrering\\_blasdysfunktion\\_senioralert\\_140113.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida40377/manual_registrering_blasdysfunktion_senioralert_140113.pdf)

Socialstyrelsen. (2013). *Senior alert (nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg)*. Hämtad 16 februari, 2016, från

<https://www.socialstyrelsen.se/register/registerservice/nationellakvalitetsregister/senioralernationellt kvalitets>

Socialstyrelsen. (2014). *Skärpta krav på att förebygga undernäring*. Hämtad 24 maj, 2016, från

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014september/skarptakravpaattforebyggaundernaring>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Interventioner för äldres munhygien utförs av äldreomsorgspersonal - en systematisk översikt av interventioners effekter och vetenskapliga stöd*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm:

Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 10 december, 2016, från

[https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2 dec, 2016, från

[http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre*. Stockholm: Sverige

Kommuner och Landsting. Hämtad 21 december, 2016, från <https://skl.se/battreliv>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Bättre liv för sjuka äldre - Stora förbättringar på*

*kort tid*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 21 december, 2016, från

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-225-6.pdf?issuusl=ignore>

Vernesson, A. (2016a). *Blåsdysfunktion/inkontinens*. Region Jönköpings län: Qulturum.

Hämtad 21 december, 2016, från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43950>

Vernesson, A. (2016b) *Vad är Senior alert?*. Region Jönköpings

län: Qulturum. Hämtad 10 okt, 2016, från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43909>

Zenthöfer, A., Rammelsberg, P., Cabrera, T. & Jochen Hassel, A. (2014). Increasing dependency of older people in nursing homes is associated with need for dental treatments.

*Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 2285–2290. doi: 10.2147/NDT.S71



UPPSALA  
UNIVERSITET

**Bilaga 1.**

1. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
2. Hur lång erfarenhet har du av att arbeta med Senior alert?
3. Hur arbetar ni med Senior alert på er arbetsplats?
4. Är det någon skillnad i arbetet nu jämfört med under den nationella satsningen bättre liv?
5. Hur tycker du det är att arbeta med Senior alert?
6. Hur upplever du att mätinstrumenten fungerar i praktiken?
7. Vad upplever du är positivt med att arbeta med Senior alert?
8. Vad upplever du är negativt med att arbeta med Senior alert?
9. Har skattningarna någon betydelse för den vård som ges till den äldre personen?
10. Hur upplever du att din arbetsplats stödjer arbetet med Senior alert?
11. Ur en sjuksköterskas perspektiv, vad kan förbättras med Senior alert?
12. Är det något du vill tillägga?



UPPSALA  
UNIVERSITET

## **Bilaga 2.**

Hej,

Vi är två sjuksköterskestudenter från Uppsala universitet som skriver ett examensarbete vars syfte är att studera sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med kvalitetsregistret Senior alert. Vi undrar om Du vill föra informationen vidare till intresserade sjuksköterskor och vidarebefordra deras mejladresser till oss?

Tanken är att intervjua sjuksköterskor som har erfarenhet av detta verktyg och om intresse för att delta finns på Er arbetsplats önskas kontakt med intresserade sjuksköterskor för vidare information.

Intervjuerna kommer att spelas in och de bygger på sju frågor och kan ske på arbetsplatsen om inte andra önskemål finns. Deltagandet är frivilligt och deltagarna kan avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång. Informationen som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt.

Tacksamma för svar!

Med vänliga hälsningar,

Frimpomaa Boadu  
[frimpomaa.boadu@gmail.com](mailto:frimpomaa.boadu@gmail.com)

Malin Fougman

[malin.fougman@hotmail.com](mailto:malin.fougman@hotmail.com)

Handledare Päivi Adolfsson  
[paivi.adolfsson@pubcare.uu.se](mailto:paivi.adolfsson@pubcare.uu.se)



UPPSALA  
UNIVERSITET

### **Bilaga 3.**

Hej,

Vad roligt att Du är intresserad av ta del av mer information om denna studie, vars syfte är att studera hur sjuksköterskor upplever arbetet med Senior alert.

Sjuksköterskan är en utav de yrkeskategorier som arbetar med Senior alert och därför är det av stor vikt att se hur Ni som sjuksköterskor upplever arbetet med detta kvalitetsregister. Då du har erfarenhet av att arbeta med Senior alert är din erfarenhet viktig för oss.

Intervjuerna kommer att spelas in och de bygger på sju frågor och kan ske på arbetsplatsen om inte andra önskemål finns. Deltagandet är frivilligt och Du kan avbryta din medverkan när som helst under studiens gång. Informationen som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt.

Om intresse finns för att delta stämmer vi gärna en träff under nästa vecka. Återkom gärna med en tid och plats som passar dig.

Med vänliga hälsningar,

Frimpomaa Boadu  
[frimpomaa.boadu@gmail.com](mailto:frimpomaa.boadu@gmail.com)

Malin Fougman  
[malin.fougman@hotmail.com](mailto:malin.fougman@hotmail.com)



Handledare Päivi Adolfsson  
[paivi.adolfsson@pubcare.uu.se](mailto:paivi.adolfsson@pubcare.uu.se)