

Examensarbete på avancerad nivå

Independent degree project – second cycle

Omvårdnad

Nursing

Omvårdnadspersonals upplevelser av att arbeta med kvalitetsregistret Senior Alert

Nursing Personals experiences of working with quality registry Senior Alert

Alfredsson Anette

Holmberg Emma



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Abstrakt

Syfte: Syftet med denna studie var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse att arbeta med kvalitets registret Senior Alert och om arbetet med Senior Alert påverkar den dagliga omvårdnaden i äldrevården.

Bakgrund: Det har blivit allt vanligare att arbeta med olika kvalitetsregister, men det saknas ofta forskning kring hur dessa register påverkar omvårdnaden.

Metod: Resultatet bygger på 10 semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal.

Resultat: Resultatet delades upp i två huvudkategorier, upplevelse av kunskap och kontroll samt upplevelse av otillräcklighet. Majoriteten av deltagarna upplever att dem idag arbetar mer personcentrerat och att omvårdnaden anpassas efter individens behov.

Diskussion: Det är viktigt att kvalitets arbete hela tiden är en levande process där arbetsledaren har en viktig roll. Sedan införandet av Senior Alert upplever deltagarna sig stärkta yrkesroll och detta påverkar omvårdnaden positivt för individen.

Nyckelord: Geriatrik, innehållsanalys, kvalitets register, omvårdnad, personcentrerad omvårdnad, äldreboenden.

Handledare: Karl-Gustaf Norbergh, Docent avdelning omvårdnad Mittuniversitetet.

Examinator: Ove Hellzen

Abstract

Aim: The aim in this study was to illuminate the experience caregivers had working with the quality register Senior Alert, and if this work had influenced their daily nursing in eldercare.

Background: It has become increasingly common to work with various quality registers, but there's a lack research on how these affect care.

Method: The result is based on ten semi-structured interviews with caregivers.

Results: The results were divided into two main categories: experience of knowledge, and control as well as experience of inadequacy. The majority of the participants feel that they now work more person-centered and the care is more adapted to individual needs.

Discussion: It's important that quality work is a living process where the supervisor has an important role. The participants see themselves stronger in their professional role, and the quality registry has had positive influenced the given nursing.

Keyword: Content analysis, elderly homes, geriatric, nursing, person centered care, quality register.

Innehållsförteckning

	Sid
Abstrakt	1
Abstract	2
Bakgrund	5
Kvalitetsregister	6
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Deltagare	9
Procedur	9
Datainsamling	9
Analys	9
Etiska övervägande	10
Resultat	10
Upplevelse av kunskap och kontroll	10
<i>Förbättrat teamwork</i>	10
<i>Uppföljningar</i>	11
<i>Helhet</i>	12
Upplevelse av otillräcklighet	12
<i>Tidsbrist</i>	12
<i>Okunskap</i>	13
<i>Missvisande</i>	13
Diskussion	14
Metod diskussion	14
Resultat diskussion	14
<i>Inledning</i>	14
<i>Upplevelse av kunskap och kontroll</i>	15

<i>Upplevelse av otillräcklighet</i>	16
<i>Personcentrerad vård</i>	16
Slutsats	18
Referenser	19
Bilaga 1	21
Bilaga 2	22
Bilaga 3	23
Bilaga 4	24

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982) säger att vården i Sverige ska genomföras på ett evidensbaserat sätt och att vården hela tiden ska kvalitetssäkras. HSL säger även att vården ska utformas på ett förebyggande sätt genom att identifiera hälsorisker.

Omvårdnadens centrala begrepp handlar om människa, miljö, hälsa och omvårdnad, och det är med fokus på dessa områden som olika omvårdnadsteorier är utformade vilket forskning har visat. Omvårdnadsprocessen är uppbyggd i olika steg med en logisk och systematisk uppbyggnad. Vårdprocessen består av bedömning och analys av vårdbehovet, vårdplanering och en individuell vårdplan tillsammans med patient och eventuellt anhöriga, genomförande av vården, samt uppföljning och utvärdering av resultat. Då patientens tillstånd kan förändras under tid så är det viktigt att föra journal kontinuerligt, vilket också sjuksköterskan är skyldig att göra enligt den journallag som trädde i kraft 1986, denna lag berör all legitimerad personal inom HSL (Larsson & Rundgren, 1997).

Dokumentation är en lagstadgad skyldighet för legitimerad personal och har fått en allt större betydelse för att kunna ge och bedriva forskningsbaserad vård. I dokumentationen ska omvårdnadsarbetet dokumenteras, och det ska framgå tydligt vårdprocessen med planering, genomförande och resultat. Syftet med dokumentationen är att uppnå en hög kvalitet på omvårdnaden (Idvall, 2007).

När det gäller äldres hälsa så har gerontologisk kunskap stor betydelse för omvårdnaden, med de kunskaper som finns inom åldrande och de förändringar som medföljer. Genom dessa kunskaper ökar förmågan att hjälpa och stödja den åldrande människan i att uppnå hälsa och välbefinnande genom sina egna funktionsförmågor. Både kunskap i ämnet och syftet i omvårdnaden blir då att upprätthålla och främja bibehållna förmågor, stötta i förändringar eller förluster, ge vård och behandling som botar och lindrar, stödet gäller både den åldrande människan och dess närstående för att bibehålla ett socialt nätverk. Betydelsen av hälsa är viktig och har stor betydelse i omvårdnaden, och genom att använda kunskap om åldrandet, åldersprocessen, samt kulturella och sociala faktorer arbetar man på ett hälsobefrämjande sätt (Fagerström, 2011).

Omvårdnad innebär att använda helhetssyn och ge personcentrerad vård. Att tydliggöra de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna utgör grunden för det dagliga arbetet och ligger inom ansvarsområdet för omvårdnad (Gustafsson, 2004).

Målet för omvårdnad är att främja en människas hälsa och välbefinnande, det är av yttersta vikt att se till helheten och lyssna in patientens subjektivt upplevda välbefinnande och trygghet, samt att kunna lindra patientens eventuella lidande (Kalkas & Sarvimäki, 1999).

Personcentrerad omvårdnad innebär att se individens styrkor och svagheter. Betoningen ska vara på individen och inte på dennes sjukdom (Ekman, et al. 2011).

Personcentrerad omvårdnad bygger på humanistiska och etiska principer, att varje människa är unik och har ett värde. Med respekt för individen och dess subjektiva känslor och upplevelser byggs grunden för omvårdnaden. Personal strävar efter att skapa goda relationer, genom handling och en bra kommunikation som bygger på att försöka se helheten och från patientens synvinkel, samt delaktighet i beslut (Sjögren et al 2014).

Kvalitetsregister

Att arbeta med kvalitetsregister ger en möjlighet att förbättra rehabiliteringsprocessen och ger data för att jämföra olika enheter och möjligheter att utnyttja resurserna på bästa sätt (Sunnerhagen, et al. 2014).

I flera länder har kvalitetsregister påbörjats för att förebygga och förhindra olika sjukdomstillstånd, i Nederländerna arbetar nu 18 sjukhus med ett register för att förebygga konfusion hos äldre patienter (Van de Steeg et al. 2012).

Även i USA finns en studie där de använde ett bedömningsinstrument för att identifiera äldre individer med risk för undernäring. Med hjälp av detta instrument förbättrades individernas näringsstatus avsevärt (Crogan, Aveline & Pasvogel, 2006).

I Israel har man de senaste 20 åren registrerat data på befolkningen i ett kvalitetsregister, detta för att kunna jämföra sjukhusens resultat och kompetens men även för att kunna bevaka befolkningens hälsa och sjukdomar (Haklai, et al. 2014).

SKL använder sig av ”Öppna jämförelser” från olika register för att skapa statistik kring vårdfrågor hos den äldre befolkningen (Sveriges kommuner- och landsting, 2012).

2011 publicerade Socialstyrelsen en rapport där kommuner och landsting upplevde att det blev lättare att arbeta evidensbaserat med stöd av olika kvalitetsregister och nationella riktlinjer. Man har bland annat använt data från Senior Alert för att registrera fall, undernäring och trycksår. Det var främst personer med ledande positioner som upplevde en positiv utveckling av vården med stöd av dessa hjälpmedel. Dock säger denna rapport att det idag saknas lokala systematiska uppföljningar av dessa metoder (Socialstyrelsen, 2011).

Rosengren, Höglund och Hedberg (2012) beskriver sjuksköterskors upplevelse att starta ett arbete med kvalitetsregister. Resultatet visade att det är viktigt att både ledning och omvårdnadspersonalen arbetar tillsammans i upp starten för att hålla arbetet levande men resultatet visade även att det saknas och behövs mer forskning kring hur detta arbete påverkar vården för den enskilde individen.

I socialstyrelsens handlingsplan för hemsjukvården 2010-2014 står att det skall finnas strukturerade dokument för den äldres behov och insatser. Mätbara nationella indikatorer på kvalitet och effektivitet med en webbplats för målgruppsanpassade presentationer som är kända och använda av berörd vårdpersonal. Kommuner skall stödjas i förbättringsarbete. Syftet är att påverka beslutsprocesser inom lagstiftningen och att utvärdera socialtjänstens arbete. En handlingsplan för detta finns i webb forumet Äldre guiden och kraven är bra data, tillgänglighet, användbara i de gemensamma nationella statistikprogrammen och att de är användarvänliga och meningsfyllda (Socialstyrelsen, 2010).

Kvalitetsregistret Senior Alert (SA) stödjer vårdgivarna i att fullfölja sitt ansvar att arbeta med förebyggande processer för att minska ohälsa hos den äldre befolkningen. Idag arbetar 90 % av alla vårdgivare i Sverige med SA, år 2014 fanns det en miljon registreringar i SA. Utifrån olika bedömningsinstrument går det att identifiera risker så som undernäring, fallrisk, trycksår och nedsatt munhälsa. Utifrån resultatet planeras därefter olika omvårdnadsåtgärder som dokumenteras och följs upp, det går därigenom att följa hela processen och utvärdera resultatet. Registret ger möjligheter att mäta och jämföra resultat och ger förutsättningar för fortsatt forskning inom området äldre och hälsa. Registret kan också användas på politisk nivå för att ge en framtida god vård för äldre (Edvinsson, et al. 2015).

Socialstyrelsen använder data från SA för att få statistik på antal på fall som sker, hur många individer som lider av undernäring och trycksår. Men eftersom alla vårdenheter inte använder SA är denna statistik inte helt tillförlitlig (Socialstyrelsen, 2011).

Problemformulering

Att arbeta med förbättringsarbete och olika kvalitetsregister är väldigt vanligt idag, totalt finns det 30 stycken olika kvalitetsregister (Socialstyrelsen, 2012). Sedan införslin av statsbidragen har registreringarna i Senior Alert ökat mycket snabbt, i februari 2014 finns totalt 358 000 individer registrerade.

Men hur har alla dessa registreringar påverkat omvårdnadspersonalen. Det saknas forskning inom detta område både enligt Socialstyrelsen och enligt Rosengren, Höglund och Hedberg (2012). Därför har vi valt att i denna uppsats granska hur omvårdnadspersonalen upplever att arbetet med Senior alert har påverkat deras dagliga arbete.

Syfte

Syftet med denna uppsats var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse att arbeta med kvalitetsregistret Senior Alert och om arbetet med Senior Alert påverkar den dagliga omvårdnaden i äldrevården.

Metod

I denna studie valdes en beskrivande kvalitativ metod för att uppnå syftet. Kvalitativ metod ger en djupare förståelse för ett fenomen (Polit och Beck, 2008) och var därför lämplig att använda i denna studie. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer, alla intervjuer analyserades med en innehållsanalys enligt Lundeman och Graneheim (2008).

Deltagare

Tio stycken vårdpersonal inom två kommunala boenden i Jämtland intervjuades. Alla deltagare var utbildade undersköterskor. Både män och kvinnor var inkluderade i studien, med minst fem år erfarenhet i yrket. De tio deltagarna var i åldrarna 35 till 62 (MD=52). Deltagaren som arbetat kortast tid hade arbetat i nio år och den som arbetat längst 39 år (MD=18). Antal år på aktuell enhet varierade mellan två till trettio år (MD=10).

Procedur

Två enheter valdes ut i två olika kommuner i Jämtland. Enheterna hade arbetat med SA i 2-3 år. Enhetscheferna vid de olika boendena kontaktades via mail och telefon, de fick även skriftlig information, se bilaga 1. Enhetscheferna hjälpte till att tillfråga personer om intresse för att delta i intervjuerna. Ett konsekutivt urval på 10 intervjuer valdes och därför valdes de 10 första intresserade ut, och tio intervjuer genomfördes. Författarna gjorde sex respektive fyra intervjuer. Vid intervjutillfället fick deltagarna ytterligare information båda muntligt och skriftligt, se bilaga 2. Även skriftligt samtycke inhämtades vid intervjutillfället.

Datainsamling

Skedde med semistrukturerade intervjuer utifrån ett frågeformulär (bilaga 3). Polit och Beck (2008) beskriver semistrukturerade intervjuer som att deltagarna får svara fritt och öppet på frågorna med sina egna ord. Frågeformuläret berörde området som ville belysas. Följd frågor som användes var till exempel ”kan du utveckla det”, ”Hur upplevs det”, ”Kan du förtydliga?”. En testintervju genomfördes för att se att frågeformuläret fungerade och det gav ett positivt resultat varför frågeformuläret användes. I denna studie närvarande bara en av författarna vid intervjutillfället. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats, under arbetstid i ett enskilt rum. Intervjuerna tog mellan 20 min till 60 min. Intervjuerna spelades in med hjälp av en mobiltelefon.

Analys

Utifrån Graneheim och Lundman (2008) och Polit och Beck (2008) genomfördes en innehålls analys vilket innebar att texten tolkades, meningar togs ut, kortades ner och skapade koder.

Koderna sorterades till olika kategorier. Texten lästes igenom flera gånger av båda författarna, sedan kondenserades texten ner även detta gjorde författarna tillsammans för att skapa bättre förståelse av texten, samt för att analysen skulle bli så rättvis som möjligt. Det blev olika koder som tillsammans bildade två huvudkategorier. Se bilaga 4.

Etiska övervägande

Allt deltagande skedde frivilligt, och deltagarna informerades om att de kunde avsluta sitt deltagande när som helst utan förklaring. En av författarna har arbetat en kort period på en av enheterna, detta övervägdes och beaktades. Varken enhetschef, deltagarna eller författarna såg något problem med detta, därför valde författarna att fullfölja intervjuerna på denna enhet. Deltagarna kunde själva bestämma vad de ville berätta under intervjun. Vissa frågor kunde uppfattas som känsliga, detta hade författarna beaktat inför intervjuerna och var beredda att stödja deltagarna. Nyttan med studien ansågs överväga riskerna därför genomfördes studien, då studien kan leda till ökad kunskap kring arbetet med SA och om arbetet påverkar den dagliga omvårdnaden.

Resultat

Analysen resulterade i två kategorier där deltagarnas upplevelse att arbeta med SA beskrivs: Upplevelse av kunskap och kontroll, och Upplevelse av otillräcklighet. Dessa kategorier har flera subkategorier som beskrivs i resultatet. Även citat används för att stärka resultatet. Efter varje citat finns det angivet från vilken intervjuperson citatet kommer (ip 1-10).

Upplevelse av kunskap och kontroll

Arbetet med SA har lett till flera förbättringar i det dagliga arbetet, deltagarna beskriver att de nu ser helheten och upplever sig ha en bättre kontroll i sitt arbete.

Förbättrat team work

Många av deltagarna beskriver att sedan införandet av SA så har samarbetet med olika professioner blivit bättre och mer utvecklat. Även samarbetet mellan undersköterskor upplevs ha blivit bättre, detta för att de förstår sammanhanget kring riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar bättre. Vissa deltagare upplever att de nu är lättare att veta när de ska ta kontakt med sjuksköterskan, och att de vågar kontakta sjuksköterskan.

”Det känns som att rehab och sjuksköterska är med delaktiga och vi jobbar tillsammans (ip 10)”.

”Att man tar mer hjälp av sköterskor när man behöver hjälpmedel... (ip 1)”.

Det upplevs som att man nu arbetar med aktivt mot fall, trycksår och undernäring. Det finns redskap för att sätta in åtgärder och genomföra uppföljningar. Samtliga deltagare beskriver att man diskuterar SA på team träffar regelbundet. På dessa träffar går man igenom samtliga vårdtagare och diskuterar förändringar och olika åtgärder.

”...går vi igenom varje person...vad som ska göras och vilka mål som är uppsatta (ip 8)”

Uppföljningar

Deltagarna beskriver att de nu är mer uppmärksamma på förändringar, framförallt när det gäller matlust och viktförändringar, och vikt kontrolleras regelbundet. De beskriver att man nu reagerar mer om någon börjar ramla, och försöker hitta orsaker till fallen för att kunna minska riskerna för ytterligare fall. Antalet fall upplevs dock ha minskat efter införande av SA. Deltagarna har fått en fördjupat kunskap i att allt hänger ihop, nutritionsstatus, trycksår och fallrisken. Flera av deltagarna beskriver att trycksåren minskat eller helt försvunnit från enheterna sedan införandet av SA. Det beskrivs även att det nu går att identifiera och hitta risker hos personer som inte klagat eller kan uttrycka sig. Något som tidigare ofta blev missat. Deltagarna upplever sig nu vara mera uppmärksamma.

”...att hitta dem som inte klagat själv. Att något är fel. Att man kan åtgärda det då (ip 2)”.

Flera av deltagarna beskriver att de var skeptiska vid införande av munhälsobedömningar, att detta skulle vara svårt att genomföra på grund av integritet. Men efter att ha startat dessa bedömningar var så inte fallet. Flera deltagare beskriver vårdtagare som fått mycket bättre munhälsa på grund av denna bedömning. Det finns även exempel på personer som fått stöttning/påminnelse i att själv sköta sin munhygien och efter införandet av SA åter börjar ta initiativ att själva borsta tänderna, autonomi har förbättrats. Överlag har deltagarna inte upplevt några problem med integritet, de känner vårdtagarna och därför fungerar omvårdnadsarbetet.

”...först tyckte vi det var lite knepigt att gå och göra det...men vi hittade någon som verkligen behövde hjälp..(ip 2)”

Helhet

Majoriteten av deltagarna beskriver att man nu ser hela individen, det blir en bättre balans mellan olika faktorer och hur de påverkas av varandra. Nu arbetar man personcentrerat, omvårdnaden planeras efter varje individ. Deltagarna beskriver att de med hjälp av SA blivit stärkt i sin yrkesprofession. Personer med riskområden kan nu snabbare identifieras och åtgärder kan sättas in. De beskriver att vårdtagarna nu ses som individer och inte som en grupp.

Deltagarna upplevde att de redan tidigare arbetat med berörda riskfaktorer, men att de med hjälp av SA fick mer struktur och förståelse för sammanhanget kring riskerna.

”Får man inte med helheten, tappar man och får inte till detta pussel (ip 9)”

”All omvårdnad är SA egentligen att man ska trivas och må bra... äter man bra blir man stadigare i gången, bättre balans, huden, kroppen, man får mindre sår, allting hänger ihop, sömnen blir bättre...(ip10)”

Deltagarna upplever det naturligt att nu arbeta med SA dagligen i omvårdnadsarbetet. Flera beskriver att man utför omvårdnadsarbetet utifrån SA utan att tänka på det.

”...man kanske inte tänker så konkret att nu arbetar jag med SA, men man kanske har det i bakhuvudet i alla fall (ip 6)”

Upplevelse av otillräcklighet

Det finns vissa förbättringsområden kring arbetet med SA, vissa områden som inte fungerar helt tillfredställande. Det rör framförallt upplevelsen att inte ha tiden och inte ha den rätta kunskapen för att utföra SA-arbetet tillfredställande.

Tidsbrist

Det största problemet som deltagarna beskriver är tidsbristen kring dokumentation. Det är svårt att hitta tider att kunna dokumentera och detta upplevs som ett stressmoment. Flera

deltagare beskriver det problematiskt att de själva inte kan registrera i SA utan detta bara görs av sjuksköterskor. Flera av deltagarna ser det som en nackdel att sjuksköterskan lägger mycket av sin arbetstid på att registrera något som undersköterskorna skulle kunna göra. Någon av deltagarna såg även en personlig vinst i att få registrera själva, då skulle de få ännu bättre kontroll på vårdtagarens status.

”Nackdelen är att det tar mycket tid för sjuksköterskorna, så är det ju (ip 4)”

”Nackdel är att vi vårdpersonal inte kan fylla i blanketterna på datorn, för det tror jag vore bra då ser man mycket bättre (ip 10)”

Okunskap

Några deltagare upplever att de inte är informerade fullt ut vad SA innebär. De saknar kunskap kring hur en riskbedömning genomförs, vilka mätinstrument som används och vad resultaten innebär. Resultatet kan då upplevas missvisande. Det finns även en känsla att alla ej är delaktiga. Deltagarna beskriver flera gånger att det är ordinarie personal som arbetar med SA, det finns ingen rutin att introducera vikarier i detta arbete. Någon deltagare upplever att de bara utför uppdrag så som att ta vikt och mäta blodtryck och så vidare. Själva bedömningen är man inte delaktig i. De upplever att man blir ålagda arbetsuppgifter utan att förstå varför.

”.. ser bara resultaten och ibland kan jag tycka vad säger dem här poängen mig egentligen (ip 3)”

” Vi pratar inte med vikarier om SA eftersom vi bara utför uppdragen (ip 4)”

Missvisande

Några av deltagarna upplever att arbetet med SA kan vara missvisande, frågeformuläret passar inte alla individer. En deltagare beskriver att det finns risk för fall enligt instrumentet men i verkligheten syns ingen sådan risk.

”Jag tycker det är mer gjort för statistik, att det ska se bra ut (ip 7)”

Diskussion

Metod diskussion

Vi valde att utföra en intervjustudie eftersom syftet i denna studie rör ett kvalitetsregister och om detta register har påverkat omvårdnaden, då det ej finns mycket forskning att tillgå valde vi att själva inhämta ny data.

Båda författarna upplevde att frågorna som ställdes var besvarade efter 10 intervjuer, samma svar kom flera gånger. Syftet upplevdes uppfyllt.

Författarna upplevde inga problem från deltagarna kring att bli inspelade, detta berodde troligen på att de var välinformerade inför intervjun.

Författarna var välmedvetna om att faktorn att en av författarna har arbetat på en av de berörda enheterna kunde påverka resultatet. Men eftersom denna faktor togs upp både med berörd enhetschef och deltagare anses den negativa risken som liten.

Spridningen av deltagarnas ålder och antal år inom yrket ses som en styrka då båda könen finns representerade och alla deltagare har lång erfarenhet inom yrket.

Då båda författarna är väl införstådda i SA och hur man arbetar med SA blev det lättare att förstå vad deltagarna pratade om och beskrev, detta ses som en fördel i analysarbetet.

Resultat diskussion

Inledning

Syftet med denna uppsats var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse att arbeta med SA och om SA påverkar det dagliga omvårdnadsarbetet, resultatet visar att SA på flera sätt påverkat det dagliga arbetet. De flesta av deltagarna upplever att SA har påverkat deras arbete positivt medan vissa upplever arbetet tidskrävande och onödigt.

Den dagliga omvårdnaden blir påverkad då deltagarna nu är mer medvetna om att arbeta förebyggande och att dessa insatser leder till en förbättring för individen.

Efter införandet av SA upplever majoriteten av deltagarna att de nu arbetar mer personcentrerat och att omvårdnaden planeras efter varje enskild individ.

Upplevelse av kunskap och kontroll

Resultatet visar att majoriteten av deltagarna ser vårdtagarna ur ett större helhetsperspektiv. De upplever kontroll och kunskap kring arbetet med SA, de kan identifiera risker och förebygga dessa bättre. Upplevelsen att arbeta med SA är i det mesta positiv, de ser en förbättring av omvårdnaden och även en utveckling i den egna yrkesrollen. Detta eftersom de nu fått ett redskap att använda i den dagliga verksamheten som gör att de ser hela individen och genom detta ser risker i ett tidigare skede och har fått en bättre förståelse hur saker hänger ihop. Efter införandet av SA är personalen mer medvetna om risker och arbetar mer förebyggande.

Sedan införandet av SA upplever deltagarna att förekomsten av trycksår har minskat eller helt försvunnit. Även individer med undernäring har idag en bättre nutritionsstatus än innan införandet av SA. Deltagarna upplever att förekomsten av fall har minskat. Vilket troligen betyder att omvårdnaden har blivit förbättrad, eller att deltagarna är mer medvetna om dessa faktorer.

McCormack (2002) menar att medvetenhet om individens livshistoria och värderingar skapar en förståelse för dennes mening med livet, individens önskningar och behov kan då bättre tillgodoses. McCormack menar även att ju närmare man som personal kommer individen desto större är förmågan att uppnå det som ger livskvalité just för den personen, och ibland kan det vara att som personal förstå att det inte går att följa rekommendationer alltid när det t.ex. gäller nutrition, personcentrerad omvårdnad handlar om att möta individen efter dennes önskemål och det som ger livskvalitet för just den individen.

Även detta visar sig i resultatet då det framkommer att registreringen av SA ibland upplevs missvisande och inte passa in på individen, till exempel kan en person ha risk för fall men i verkligheten ses ingen sådan risk. Det är därför viktigt att personen som utför SA registreringen känner individen så att omvårdnaden planeras efter individen och inte bara efter vad resultatet av registreringen visar. På så vis kan livskvalité uppnås för den enskilde individen, även för den som inte passar in i registreringen. Med personlig kunskap blir omvårdnaden anpassad efter individens önskningar och individens livskvalité höjs.

Upplevelse av otillräcklighet

Det största problemet som omvårdnadspersonalen ser kring arbetet med SA är tidsbrist och okunskap. Vissa upplever att de inte förstår varför registreringar ska genomföras, de saknar kunskap och förståelse. Ofta upplever deltagarna att tiden för arbetet inte finns som en naturlig del i det dagliga arbetet. Det är något som ska göras i mån av tid.

Enligt Rosengren, Höglund och Hedberg (2012) är det viktigt att processen med kvalitetsarbete hela tiden pågår, att den hela tiden utvecklas och sätts upp nya mål. Andra viktiga egenskaper som behövs för att arbetet ska utvecklas är nyfikenhet, engagemang och envishet. Det gäller också att som sjuksköterska ha styrkan att våga och vilja ändra sitt arbetssätt och sättet att tänka, samt att hålla ut under förändringsprocessen.

För att arbetet med SA ska fortsätta att utvecklas både för individen och för enheten måste arbetet hela tiden vara en levande process. Sjuksköterskan och arbetsledare har där en viktig roll att leda arbetet och försäkra sig om att personalen har den rätta kunskapen och tiden för att utföra arbetet. Det är sjuksköterskans ansvar att stötta personalen så att all omvårdnadspersonal blir delaktiga i SA oavsett om personen är ordinarie eller vikarie.

Beck, Törnqvist och Edberg (2014) har skrivit att det är viktigt med reflekterade samtal, tydligt ledarskap och tillgängliga resurser för att omvårdnaden ska hålla hög kvalitet, och det behövs också stöd från ledningen.

För att uppnå bästa möjliga resultat ska gruppen arbeta tillsammans mot nya mål. Även regelbundna möjligheter att reflektera över arbetet gynnar teamarbetet och utvecklingen kring att arbeta med kvalitetsregister.

Personcentrerad vård

Att arbeta personcentrerat har visat sig minska stress hos personalen, samt öka tillfredsställelsen både för patienten och personalen, det stärker även självförtroendet i yrket och ökar möjligheten att kunna möta och hantera ett utåtagerande beteende (Sjögren, et al. 2014). Vilket även resultatet visar då flera individer säger sig blivit stärkta i sin yrkesroll och att de nu har bättre verktyg för att se hela individen. Dock har inte resultatet visat att stressen

har minskat av arbetet med SA utan flera deltagare upplever stress över att hinna med arbetet och främst när det gäller dokumentationen.

Flera studier har påvisat ett ökat välmående och en högre livskvalitet hos äldre och människor med en demenssjukdom när arbetet är personcentrerat. Äldre upplever då oftast ett ökat välbefinnande, de behåller sin självkänsla och integritet, en ökad känsla av oberoende, de känner tillfredsställelse när de får berätta sin livshistoria och upplever att någon verkligen lyssnar, de blir sedda och bekräftade som den unika individ de är, det går att se bakom sjukdom och se människan. Detta gäller oavsett ålder, sjukdom och livssituation, att stödja och tillgodose psykiska behov (Willemse, et al. 2014., McCormack 2002., Beck, Törnquist & Edberg, 2011).

Detta visar även vårt resultat då det finns exempel på individer som efter införandet av SA fått mer stöttning i den dagliga omvårdnaden som lett till att individen blivit mer självständig och autonomin har blivit stärkt. Vilket också troligen innebär att individen upplever en större nivå av livskvalité.

Studier visar på vikten av att personcentrerad vård implementeras i arbetssättet på alla nivåer i organisationen, dels genom utbildning och dels genom ett förändrat arbetssätt (Hayajneh och Shehadeh, 2013). Även detta visar resultatet då flera upplever att de inte är införstådda i vad arbetet innebär och hur det ska utföras. Hade alla fått fullgod information i alla led hade kvalitetsarbetet flutit på bättre och upplevelsen av otillräcklighet hade reducerats eller helt försvunnit.

Även om många vårdgivare vet att arbetet med personcentrerad omvårdnad är viktigt så görs det inte fullt ut. Det saknas ofta rutiner och systematiskt arbete kring personcentrerad omvårdnad. För att nå bästa resultat kan man inte bara arbeta personcentrerat när det finns tid utan det ska ske systematiskt hela tiden (Ekman, Swedberg och Taft 2011).

Nu när arbetet med SA är uppstartat på enheter runt om i Sverige måste arbetet fortsätta systematiskt för att uppnå bästa resultat, resultatet visar att på enheter som engagerar hela arbetsgrupper får bättre utfall. Alla negativa upplevelser som kommit fram i resultatet går att förebygga och förhindra.

Slutsats

Resultatet i detta arbete visar att SA på flera sätt gynnat enheternas arbete men även förbättrat omvårdnaden för den enskilde individen. Omvårdnadspersonalen arbetar mer personcentrerat och mer förebyggande.

Många av deltagarna upplever att SA har hjälpt dem att utvecklas i sin yrkesroll och att de har fått en ökad kunskap och förståelse.

Vissa deltagare upplever att de inte är delaktiga och saknar förståelse kring arbetet, därför behövs kontinuerlig utbildning och en levande process kring kvalitetsarbetet.

Referenser

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck, I., Törnquist, A., & Edberg, A.K. (2014). Nurse assistants' experience of an intervention focused on a palliative care approach for older people in residential care. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 140-150.
- Crogan, N.L., Alvine, C., & Pasvogel, A.(2006). Improving nutrition care for nursing home residents using the INRx process. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 25(3-4), 89-103.
- Edvinsson, J., Rahm, M., Trinks, A., & Höglund, P. (2015). Senior Alert: A Quality Registry to Support a Standardized, Structured, and Aystematic Preventive Care Processe for Older Adults. *Quality Management in Healthcare*, 24(02), 96-101.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, B., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.E., Rosén, H., Rydmark, M., & Stribrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251.
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Haklai, Z., Mostovoy, D., Gordon, S., Chaim Karger, J., & Reichert A. (2014) The Israel National Hospital Discharge Register: An Essential Component of Data Driven Healthcare. *Studies in Health Technology and Informatics*, 59-63.
- Hayajneh, F.A., & Shehadeh, A. (2013). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer´s on professional caregivers´ burden: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 438-445.
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Idvall, E. (2007). *Svensk sjuksköterskeförening. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Larsson, M., & Rundgren, Å. (1997). *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys, Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- McCormack, B. (2002). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Practice*. 9, 202-209.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosengren, K., Höglund, P.J., & Hedberg. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages-from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*, 20,196-205.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2014). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*,10.

Socialstyrelsen. (2010). Öppna jämförelser i socialtjänsten - Handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2011). På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2012). Äldre- vård och omsorg. Stockholm.

Sveriges Kommuner o Landsting. (2012). Bättre vård med Kvalitetsregister. Slutrapport från 2012. Stockholm. Källman o Lundstedt.

Sunnerhagen, K., Flansbjer, U-B., Lannsjö, M., Tölli, A., & Lundgren-Nilsson, Å. (2014). WebRehab: A Swedish database for quality control in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(10), 958-962.

Van de Steeg, L., Langelaan, M., Ijema, R., & Wagner, C. (2012). The effect of a complementary e- learning course on implementation of a quality improvement project regarding care for elderly patients: a stepped wedge trail. *Implementation science*, 7.

Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., De Lange, J., & Pot, A.M. (2014). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' wellbeing. *Aging & Mental Health*, 19(5), 444-452.

Bilaga 1

Informationsbrev till Enhetschef om intervjustudie

Senior Alert är ett kvalitetsregister som används i 290 kommuner i Sverige idag, där registreras personen över 65 år för att upptäcka risker för undernäring, fallrisk och trycksår. Det finns idag lite forskning kring hur arbetet med Senior Alert påverkar omvårdnadspersonalens dagliga arbete med det äldre.

Under hösten 2014 kommer en intervju studie att genomföras med omvårdnadspersonal som arbetar på enheter där Senior Alert används. Syftet med studien är att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse att arbeta med Senior Alert och om detta arbete påverkar den dagliga omvårdnaden. Studien kommer att innehålla 8-10 enskilda intervjuer, hälften kommer att ske på särskilt boende i Krokoms kommun och hälften på särskilt boende i Bräcke kommun.

Studien kommer att öka kunskapen kring hur omvårdnadspersonalen upplever arbetet med Senior Alert och om detta arbete påverkar den dagliga omvårdnaden. Intervjuerna kommer ske i oktober 2014.

Att delta i studien är helt frivilligt och man kan när som helst avsluta sin medverkan utan förklaring, även om man tidigare sagt ja. Allt material kommer att hanteras konfidentiellt, det kommer ej att vara möjligt att identifiera personer efter att intervjun har analyserats. Inga utomstående kommer att ha tillgång till intervju materialet. Tiden för varje intervju kommer att vara cirka 30-45 minuter och baseras på några öppna frågor.

Den tänkta studien är en D-uppsats genomförd av två studenter som läser vidare utbildningen Vård av Äldre på mittuniversitetet. Uppsatsen kommer senare att publiceras på Mittuniversitetets databas.

Därför är nu vår fråga om vi skulle kunna få medgivande att genomföra denna studie på er arbetsplats. Intervjuerna planeras tillsammans med de personer som vill delta och efter vad verksamheten tillåter. Vi kommer även att ge medverkande enheter en kopia på den färdiga studien.

Med Vänlig Hälsning

Emma Holmberg, emma.holmberg@ostersund.se, 0738482083. Leg SSK

Anette Alfredsson, anette.alfredsson@bracke.se, 0730379910. Leg SSK

Karl-Gustaf Norbergh, karl-gustaf.norbergh@miun.se, 060 148572. Docent avdelning omvårdnad Mittuniversitetet.

Bilaga 2

Förfrågan om att delta i Intervju Studie

Senior Alert är ett kvalitetsregister som används i 290 kommuner i Sverige idag, där registreras personen över 65 år för att upptäcka risker för undernäring, fallrisk och trycksår. Det finns idag lite forskning kring hur arbetet med Senior Alert påverkar omvårdnadspersonalens dagliga arbete med det äldre.

Under hösten 2014 kommer en intervju studie att genomföras med omvårdnadspersonal som arbetar på enheter där Senior Alert används. Syftet med studien är att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse att arbeta med Senior Alert och om detta arbete påverkar den dagliga omvårdnaden. Studien kommer att innehålla 8-10 enskilda intervjuer, hälften kommer att ske på särskilt boende i Krokoms kommun och hälften på särskilt boende i Bräcke kommun.

Studien kommer att öka kunskapen kring hur omvårdnadspersonalen upplever arbetet med Senior Alert och om detta arbete påverkar den dagliga omvårdnaden. Intervjuerna kommer ske i oktober 2014.

Att delta i studien är helt frivilligt och man kan när som helst avsluta sin medverkan utan förklaring, även om man tidigare sagt ja. Allt material kommer att hanteras konfidentiellt, det kommer ej att vara möjligt att identifiera personer efter att intervjun har analyserats. Inga utomstående kommer att ha tillgång till intervju materialet. Tiden för varje intervju kommer att vara cirka 30-45 minuter och baseras på några öppna frågor.

Den tänkta studien är en D-uppsats genomförd av två studenter som läser vidare utbildningen Vård av Äldre på mittuniversitetet. Uppsatsen kommer senare att publiceras på Mittuniversitetets databas.

Har ni några frågor är ni välkomna att höra av er till oss. Vid intervjun kommer ni att få fylla i ett formulär med samtycke att delta i studien.

Med Vänlig Hälsning

Emma Holmberg, emma.holmberg@ostersund.se, 0738482083. Leg SSK

Anette Alfredsson, anette.alfredsson@bracke.se, 0730379910. Leg SSK

Karl-Gustaf Norbergh, karl-gustaf.norbergh@miun.se, 060 148572. Docent avdelning omvårdnad Mittuniversitetet

Bilaga 3

Frågeformulär

Ålder:

Kön:

Antal år inom yrket:

Antal år inom den aktuella enheten:

1. Kan du på ett ungefär säga hur länge Du har arbetat med Senior Alert?
2. Kan du berätta hur Du arbetar med Senior Alert?
3. Kan du berätta hur du upplever det att arbeta med Senior Alert?
4. Ser du några fördelar med Senior Alert?
5. Ser Du några nackdelar med Senior Alert?
6. Påverkar / inverkar Senior Alert på Ditt dagliga omvårdnadsarbete inom äldrevård?
7. Ser Du någon skillnad för vårdtagaren efter införandet av Senior Alert?
Om så, kan Du beskriva vad / på vilket sätt?

Följdfrågor att använda om respondenten inte berättar tillräckligt

Kan du utveckla det, hur upplevs det, förtydliga mm.

Bilaga 4

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Det känns som att rehab och sjuksköterska är med delaktiga och vi jobbar tillsammans.	Mer delaktiga och arbetar tillsammans.	Förbättrat samarbete	Förbättrat teamwork	Upplevelse av kunskap och kontroll
Det är kontroller med jämna mellan rum, man ser om dem går upp eller ner i vikt.	Kontroller för att uppmärksamma vikt förändringar	Mer kontroller	Uppföljningar	Upplevelse av kunskap och kontroll
Får man inte med helheten, tappar man och får inte till detta pussel.	Helhet för att få till hela pusslet	Helhet	Helhet	Upplevelse av kunskap och kontroll
Nackdelar, de här med tid och dokumentera. Den tiden finns inte.	Tidsbrist, svårt att hinna dokumentation.	Tidsbrist	Tidsbrist	Upplevelse av otillräcklighet
Det är bara vissa som utför SA, man ser inte själv resultatet.	Vissa som utför, ser ej resultatet	Alla är ej delaktiga	Okunskap	Upplevelse av otillräcklighet