



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

**Specialistsjuksköterskeutbildningen inom vård av äldre  
Examensarbete 15 hp, Avancerad nivå, vt 2017/ht 2017**

# **Uppfattningar om bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre**

**Intervjuer med sjuksköterskor i kommunal  
hälso- och sjukvård.**

**HUVUDOMRÅDE:** Omvårdnad  
**FÖRFATTARE:** Veronica Fors och Sofie Johnsson  
**HANDLEDARE:** Linda Johansson  
**JÖNKÖPING** 2017 November

## Sammanfattning

**Syfte:** Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om att använda bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård.

**Metod:** Kvalitativ ansats användes, där individuella intervjuer med sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård genomfördes. Insamlat material analyserades med induktiv innehållsanalys.

**Resultat:** Utifrån genomförd innehållsanalys framkom det tre kategorier: verktyg för ökad patientsäkerhet, erfarenhet och kunskap är en förutsättning, bristande verklighetsförankring och användbarhet. Till dessa finns subkategorier, där studiens syfte belystes. Resultatet visade att bedömningsinstrument kan användas som verktyg till en säkrare och mer jämlik vård, där risker kunde identifieras, skapa en objektiv och tydlig struktur. Erfarenhet och kunskap ansågs vara förutsättningar för att kunna använda bedömningsinstrument. Det fanns också svårigheter, som att bedömningsinstrumenten kunde vara svåra att tolka, missvisande och inte alltid stämde med verkligheten, vilket gör det viktigt att välja rätt bedömningsinstrument.

**Slutsats:** Användning av bedömningsinstrument kan leda till säkrare, mer jämlik och rättvis förebyggande vård av äldre. Det krävs utbildning och kunskap för att bedömningsinstrument ska användas och vana ökade användning och acceptans. Begränsningar som upplevdes var att det kunde vara svårt eller missvisande. Vidare forskning skulle kunna vara den äldres upplevelse av bedömningsinstrumenten i den preventiva vården samt hur bedömningsinstrument används vid bedömning av äldre med kognitiv svikt.

**Nyckelord:** Sjuksköterskors upplevelser, bedömningsinstrument, kommunal hälso- och sjukvård, preventiv vård av äldre

## Summary

**Aim:** The purpose was to investigate the nurses perception in using the assessment instrument in preventative care of elderly within a municipal health care setting.

**Method:** A qualitative approach was used and were performed with individual interviews of nurses. They were working in a municipal health care setting. The collected material was assessed with an inductive content analysis.

**Results:** From the content analysis it emerged three categories, tools for increased patient safety, experience and knowledge is vital, lacking reality abutment and usability and to these sub categories where the purpose of the study where shown. The result showed that the assessment instrument can be used as a tool for a safer and more equal care. Experience and knowledge where seen as vital in order to be able to use the assessment instrument. It also emerged that there could be difficulties to interpret the assessment instrument as well as being misleading and not in touch with reality.

**Conclusions:** The use of assessment instruments can lead to a secure, more equal and fair prevention in the care of the elderly. It is required to get education and knowledge about the assessment instrument to make sure it is being used and by using it frequently it increased use and acceptance. The limitations that were perceived were that it could be hard to understand or misleading. Further research could be the elderly experience of the assessment tools in preventive care and how assessment tools are used in assessing the elderly with cognitive impairment.

**Keywords:** Nursing experiences, assessment tools, municipal health care, preventive care of older people.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	I
Bakgrund.....	I
Vård och omsorg till sköra äldre.....	I
Preventiv omvårdnad för äldre.....	2
Strukturerade bedömningar med instrument.....	4
Syfte .....	6
Material och metod.....	7
Design .....	7
Dataanalys .....	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat .....	II
Verktyg för ökad patientsäkerhet.....	II
Skapar en mer jämlik vård .....	II
Skapar struktur och ger objektivitet.....	12
Erfarenhet och kompetens är en förutsättning.....	13
Kontinuitet och rutiner främjar användning.....	14
Bristande verklighetsförankring och användbarhet.....	14
Missvisande och svårtolkade .....	15
Rätt bedömningsinstrument till rätt patient.....	15
Diskussion .....	17
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion.....	18
Kliniska implikationer .....	22
Slutsats .....	22
Referenser .....	23
Bilaga 1. Informationsbrev till verksamhetschef .....	29
Bilaga 2. Informationsbrev till deltagarna .....	30
Bilaga 3. Intervjuguide .....	31

## **Inledning**

En god organisation som främjar utveckling av kvalitet inom omvårdnad är avgörande för hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Gemensamma mål för vården är att patienter ska känna sig sedda och delaktiga i sin vård, teamarbete mellan olika professioner, samt en vård som är såväl säker, effektiv som kostnadseffektiv (Murakami & Colombo, 2013). Sjuksköterskan ska ha omvårdnadskompetens och i omvårdnadsprocessens alla steg implementera och tillämpa beprövad erfarenhet och evidens (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Ett sätt att höja vårdkvalitén är att använda bedömningsinstrument och rekommenderade evidensbaserade åtgärder. Användning av bedömningsinstrument medför att vården förutom att bli säkrare även blir individanpassad och mer jämlik då hälso- och sjukvårdspersonal kompletterar sina kliniska bedömningar med strukturerade och standardiserade formulär (Murakami & Colombo, 2013). Trots de fördelar som definierades visar forskning att hälso- och sjukvårdspersonal inte använder bedömningsinstrument till personer som är 65 år och äldre lika frekvent som till yngre personer (Lindskog, Tavelin & Lundström, 2015). Detta kan leda till att äldre personens symtom blir underbehandlade (Herr, 2011). Kunskap saknas om varför bedömningar inte görs lika frekvent av äldre personer, trots att bedömningsinstrument inom vård av äldre ses som viktiga redskap för att identifiera risker och problem i tidigt stadium. Ytterligare forskning behövs inom detta område då få studier är gjorda (Herr, 2011; Lindskog, Tavelin & Lundström, 2015). Utifrån detta var syftet med denna studie att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om att använda bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård.

## **Bakgrund**

### **Vård och omsorg till sköra äldre**

Andelen äldre personer med komplexa vårdbehov, där sjukdom, skada eller ålder medför ett ökat hjälpbehov förväntas öka i Europa under de närmaste 40 åren (Fratiglioni, Marengoni, Meinow & Karp, 2010; Marengoni et al., 2011; Rechel et al., 2013; World Health Organisation [WHO], 2015). Kvarboendepincipen har lett till att de äldre bor kvar i det egna hemmet längre (Socialstyrelsen, 2007). I hemmet erhålls stöd och hjälp från närstående och/eller av hemtjänst och hemsjukvård när behov föreligger. Hemtjänst är behovsprövat och kan beviljas i form av service och personlig omvårdnad i det egna hemmet, vanligtvis via kommunen (Sveriges kommun och landsting [SKL], 2017). När medicinska hälso- och sjukvårdsinsatser behövs, kan hemsjukvård erbjudas i den äldres personens bostad från bland annat av sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal om personen har svårt att ta sig till vårdinrättningar, såsom till en vårdcentral. När hjälpbehovet ökar kan det bli aktuellt med flytt till särskilt boende vilket är ett samlingsnamn för äldreboende, servicehusboende och korttidsboende där vårdpersonal finns tillgänglig dygnet runt (Socialstyrelsen, 2016a). Under de senaste tio åren har samtidigt möjligheten för den som vill flytta in på särskilt boende begränsats, då antalet platser minskat (Schön et al., 2015; Socialstyrelsen, 2016a). Detta gäller även på sjukhusen där antalet sängplatser minskat i stor utsträckning på grund av omorganisationer och effektiviseringar, vilket gör att allt skörare äldre skrivs ut från slutenvård i sämre skick än tidigare. Sammantaget kan antas att äldre personer som erhåller institutionsvård

och äldre personer som bor kvar i hemmet idag är skörare och har ökat vårdbehov jämfört med tidigare. Den äldre personen bor också kvar i det egna hemmet längre än tidigare (Schön et al., 2015).

### **Preventiv omvårdnad för äldre**

För att kunna bibehålla och förbättra livskvaliteten för äldre personer med omvårdnads- och medicinska behov är det av vikt att arbeta förebyggande med hälsorisker (Fratiglioni et al., 2010; Marengoni et al., 2011; Rechel et al., 2013; WHO, 2015). På grund av det naturliga åldrandet finns det risk att den äldre personen får fysiska förändringar, neurologiska förändringar, funktionshinder samt en större risk för flera cerebrala och kardiovaskulära sjukdomar. Detta tillsammans gör att det är högre risk för den äldre personen att få trycksår, bli undernärd samt råkar ut för fallskada (Ernst Bravell et al., 2011). Det är viktigt att risk för undernäring ses tidigt för att minska lidandet för den äldre personen (Lorefält et al., 2004). Tidigare forskning har t.ex. visat att äldre personer med kognitiv svikt har en högre risk för att bli undernärda (Johansson, Wijk & Christensson, 2016). Andra orsaker som kan orsaka undernäring är till exempel, psykiska sjukdomar som depression, läkemedel, muntorrhet, svårigheter att svälja och dålig munstatus (Socialstyrelsen, 2011). Minskad muskelfunktion, minskad förmåga till koordination, nedsatt syn och sjukdomar som diabetes är riskfaktorer för fall (Ambrose, Paul & Hausdorff, 2013). När det gäller riskfaktorer för trycksår är immobilitet, hudkostymens status, nedsatt cirkulation, nedsatt nutritionstillstånd och inkontinens några av dem (Evans, Ott & Reddy, 2015; Lannering et al., 2015). Även munhälsan brukar poängteras när det kommer till äldre personer och preventiv vård. I och med att äldre personer ofta har flera sjukdomar samt flera läkemedel, finns risk för försämrad munhälsa och då behöver den äldre personen i vissa fall stöttning gällande munvård (Holmén et al., 2012).

I samtliga exempel kan bedömningsinstrument vara till hjälp vid såväl kartläggning, uppföljning som vid utvärdering för att tidigt identifiera problem och riskområden (Läkemedelsverket, 2010; Socialstyrelsen, 2010). Målet är att äldre personer ska få en vård som är patientsäker, behovsriktad och systematiskt med hög kvalitet där mål och resultat dokumenteras på ett strukturerat sätt med ett gemensamt språk (Ekman et al., 2011). Några vanligt förekommande bedömningsinstrument som används i preventivt syfte inom vård och omsorg av äldre personer är Modifierad Nortonskala vilken bedömer risk för trycksår, Downton Fall Risk Index (DFRI) som bedömer risk för fall, Mini Nutritional Assessment (MNA) som används för att bedöma näringstillståndet, Revised Oral Assessment Guide (ROAG) som bedömer ohälsa i munnen, samt Neuro Psychiatric Inventory (NPI) som används vid demenssjukdom för att bedöma beteendemässiga och psykiska symtom.

Preventiv vård är ett brett område som blir allt viktigare i vården av äldre. När hälso- och sjukvårdsorganisationer har fokus på att arbeta preventivt ses detta genom tydliga rutiner, åtgärder och attityder, vilket ofta även medför fler positiva bieffekter i hälso- och sjukvårdens efterföljande jobb i organisationen (Åberg, Lundin-Olsson & Rosendahl, 2009). Inom flertalet områden används primär och sekundärprevention exempelvis gällande hjärt-kärlsjukdomar, falltrauma och diabetes. *Primärprevention* riktas till personer som inte har utvecklat någon sjukdom, utan handlar om att förebygga sjukdomar och riskfaktorer redan innan de uppkommit. Exempel på detta kan vara fysisk aktivitet, balanserad och näringsriktig kost, minskat alkoholintag och

ändrade tobaksvanor. *Sekundärprevention* handlar om att förhindra och förebygga att sjukdom återkommer samt minska sjukdomstiden i de fall sjukdom redan uppstått (Varghese et al., 2016). För att arbeta preventivt behöver sjuksköterskor kunna göra bedömningar. Fokus bör i den preventiva vården riktas mot tidiga signaler eller symtom så att effektiva åtgärder kan sättas in och förbättra situationen för personen (Edvinsson, Rahm, Trinks & Höglund, 2015; Gunningberg, Hommel, Bååth & Idvall, 2013; Lannering, Ernsth Bravell & Johansson, 2016; Varghese et al., 2016).

### **Patientsäker och evidensbaserad vård**

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) beskriver tydligt det ansvar hälso- och sjukvårdens huvudmän såväl inom kommunen som inom landsting/region har för att arbeta med att förebygga och främja hälsa. Vården ska vara av god kvalitet, ska ständigt utvecklas och kvalitetssäkras (HSL, SFS 2017:30). Säker vård handlar om att personen så långt det är möjligt ska skyddas mot incidenter som leder till vårdskada och obehag (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659). Säker vård ska bygga på kunskaper från forskning och evidens som gett upphov till riktlinjer och bestämmelser inom vården. Säker vård ska även se till personens bästa utifrån ett personcentrerat och patientsäkert arbetssätt (SSF, 2017).

Evidensbaserad vård kan ses som ett förhållningssätt som syftar till att utifrån personens behov välja de bästa vetenskapliga metoder från forskningsstudier samt beprövad erfarenhet. Det som för den sjuka personen är mest fördelaktigt och tillgängligt när det handlar om omvårdnadsåtgärder och uppföljning men samtidigt välja dem som är mest kostnadseffektivt för att uppnå det önskade resultatet (Johansson & Wallin, 2013; Socialstyrelsen, 2016b). Identifiering av riskområden läggs till stor del på sjuksköterskans ansvar, såsom att arbeta för patientsäkerhet och identifiera risk för bland annat trycksår, fall, undernäring och oral ohälsa. Riskbedömningar och identifiering kan göras med hjälp av bedömningsinstrument samt genom att använda kvalitetsregister (Edvinsson et al., 2015). Inom forskning diskuteras bedömningsinstrumentens användbarhet och validitet och om bedömningsinstrument verkligen kan identifiera de risker som finns (Barker, Nitz, Low Choy & Haines, 2009; Meyer, Köpke, Haastert & Mühlhauser, 2009). Samtidigt lyfts det att genom att sammanställa, kvalitetsgranska och tolka befintliga resultat kan arbetet i vården evidensbaseras (Johansson & Wallin, 2013). Sjuksköterskor ska jobba för kvalitetsutveckling genom att reflektera, leda och utvärdera rutiner och förbättringsarbeten (SSF, 2017). För att få bästa resultat bör den kliniska erfarenheten tillsammans med evidensbaserad kunskap användas (Jeffs, et al., 2013).

### **Nationella kvalitetsregister i vård och omsorg**

Under årens lopp har Sverige etablerat flertalet nationella kvalitetsregister vars syfte är att bedöma kvalitet i vården och ge underlag för forskning. Detta för att arbeta mot gemensamma mål, likvärdig vård samt utvärdera långvarig behandling och komplikationer (Emilsson, Lindahl, Koster, Lambe & Ludvigsson, 2015; Rosengren, Höglund & Hedberg, 2012). Kvalitetsregister förekommer inom flera olika professioner och är i många fall rent medicinska. Inom vård och omsorg av äldre personer används det vårdpreventiva kvalitetsregistret Senior Alert för personer över 65 år i avseende att identifiera risker för fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och inkontinens. Socialdepartementet erbjöd 2010 - 2014 en prestationsbaserad ersättning till hälso- och sjukvårdsorganisationer för att utföra registreringar i Senior Alert, för att sprida och utveckla registret i Sverige (Edvinsson, et al., 2015). Ett annat

register som används är det Svenska Palliativregistret där åtgärder och bedömningar av en persons sista vecka i livet dokumenteras (Lindskog et al., 2015). För att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom finns BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) (Socialstyrelsen, 2016b). Kvalitetsregistren möjliggör att vårdpersonal själva kan upptäcka brister, förbättringsområden samt utvärdera genomförda åtgärder för att förbättra vårdkvaliteten inom den egna verksamheten (Edvinsson et al., 2015; SKL, 2017).

Det behövs mer kunskap i vårdutbildningar om kvalitetsregister inklusive de bedömningsinstrument som ingår, samt den kvalitetshöjning och kunskapsutveckling som det kan leda till. Många vårdutbildningar har inte möjlighet till detta då det saknas förståelse för kvalitetsregisters användbarhet. För att förbättra detta skulle det behövas ett tydligare samarbete mellan de som arbetar med kvalitetsregister och dem som håller i vårdutbildningar. Likaså skulle de kvalitetsförbättringar som kvalitetsregister medför, ytterligare behöva synliggöras (Nordin, Ernsäter & Bergman, 2014).

### **Strukturerade bedömningar med instrument**

Socialstyrelsen (2013) rekommenderar att strukturerade bedömningar av risker och symtom genomförs med regelbundenhet med syfte att minska obehag och lidande. Vissa bedömningsinstrument är framtagna för användning i vetenskapliga studier medan andra är inriktade på klinisk verksamhet. De bedömningsinstrument som används ska vara uppbyggda utifrån forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsinstrument kan användas på flertalet sätt, vid observationer eller som självskattningsinstrument. Ofta är de kopplade till ett kvalitetsregister, som till exempel Senior Alert (Herr, 2011, Socialstyrelsen, 2012). Resultatet av bedömningsinstrument bör sedan ligga till grund för åtgärder och utvärdering (Johansson et al., 2016). Bedömningsinstrument medför även mer likvärdiga och oberoende bedömningar oavsett vem eller vid vilken vårdverksamhet bedömningen genomförs (Swedish Standards Institute, 2011). Bedömningsinstrument bidrar även till att få fram relevant och objektiv information oberoende av den professionellas erfarenhet, kunskap eller arbetsbelastning. Bedömningsinstrumentet är dock inte det enda som styr vården utan ska ses som ett komplement till övrig information som framkommer i mötet med den äldre personen (Layman Young, Horton & Davidhizar, 2006; Socialstyrelsen, 2012).

Tidigare forskning visar att det är viktigt att sjuksköterskor får stöd och utbildning i att göra preventiva riskbedömningar, vilket resultat har visat att det troligen minskar onödiga sjukhusinläggningar (Hallgren et al., 2015). Riskbedömningar har också visat sig ha en pedagogisk effekt genom att det gör personalen uppmärksammade på det aktuella området. Användning av munhälsoinstrumentet ROAG har till exempel lett till en ökad medvetenhet hos vårdpersonal kring vikten av god munhälsa och munvård bland äldre (Andersson, Lorefält, Unosson & Renvert, 2004). Samtidigt finns forskning som visar att det inte är helt klart hur väl bedömningsinstrument reflekterar verkligheten och vilken klinisk nytta de har (Barker et al., 2009; Lannering et al., 2016; Meyer et al., 2009). En orsak till detta som nämnts av vårdpersonal är att bedömningsinstrumenten inte är utformade för den grupp som bedömningen avser (Lannering et al., 2016). Innan bedömningsinstrument börjar användas i en verksamhet är det därför viktigt att alla inblandade förstår syftet med det, att för- och nackdelar diskuteras samt att vårdpersonalen tillsammans går igenom instruktionerna för hur instrumentet ska användas (Socialstyrelsen, 2012). På kort sikt kan regelbunden användning av bedömningsinstrument därför leda till ökade kostnader,



främst eftersom personal behöver utbildning och rutiner som behöver utvecklas samt dokumentationssystem byggas upp (Socialstyrelsen, 2013).

Bedömningar med instrument tycks vara mindre vanligt inom vård av äldre personer men kunskap saknas kring orsakerna till detta (Herr, 2011; Lindskog et al., 2015). Gunningberg et al. (2013) beskriver dock att vårdpersonal inte alltid verkar veta hur bedömningsinstrumenten eller hur resultat ska användas i kliniska sammanhang (Gunningberg et al., 2013), vilket skulle kunna vara orsaker till detta men ytterligare forskning behövs inom området.

Bedömningsinstrument i denna studie avser instrument och eller skalor inom preventiv vård där symtom eller risker för olika tillstånd som hotar hälsan identifieras.

## **Syfte**

Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om att använda bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård.

## **Material och metod**

### **Design**

Denna studie har en kvalitativ ansats där individuella intervjuer med sjuksköterskor genomfördes och analyserades med induktiv innehållsanalys. Kvalitativa studier syftar till att öka förståelsen för ett visst fenomen (Kvale & Brinkman, 2014; Lundman et al., 2011), i detta fall sjuksköterskors uppfattningar om användandet av preventiva bedömningsinstrument. En induktiv studie innebär att information söks inom ett område där information om fenomenet är bristfälligt. Kvalitativ innehållsanalys är en lämplig metod för att få fram erfarenheter och uppfattningar (Elo & Kyngäs, 2008).

### **Urval och datainsamling**

Flertalet äldre personer med ökat vård- och hjälpbehov finns inom kommunal verksamhet, både inom ordinärt boende och särskilt boende (Schön et al., 2015; Socialstyrelsen, 2016a) därför inkluderades sjuksköterskor verksamma inom hemsjukvård och på särskilt boende.

Urvalet utgjordes av ett bekvämlighetsurval, då förutbestämda verksamheter valdes men också ett strategiskt urval. Det strategiska valet bestod i att variation av informanter efterfrågades, gällande spridning av ålder, erfarenhet och olika lång tjänstgöring inom yrket samt olika utbildningar, för att just fånga upp så många olika erfarenheter och uppfattningar som möjligt. Detta för att lättare fånga kärnan i upplevelserna (Polit & Beck, 2016). Tolv sjuksköterskor från två olika kommuner i södra Sverige, sex från varje kommun intervjuades. Författarna intervjuade sex sjuksköterskor var. Verksamhetschefen i respektive kommun fick först ett informationsbrev (bilaga 1) med förfrågan om tillåtelse att genomföra studien samt hjälp med kontaktuppgifter till de sjuksköterskor som svarade upp mot de förbestämda inklusionskriterierna samt det strategiska urvalet. Såväl muntligt som ett skriftligt samtycke erhöles från verksamhetscheferna om att studien kunde genomföras.

Inklusionskriterier för att ingå i studien var att deltagarna skulle vara sjuksköterskor verksamma inom kommunal hälso- och sjukvård, ha arbetat minst sex månader inom verksamheten, använda bedömningsinstrument i sitt arbete samt inte ha en nära arbetsrelation till författarna. Till de sjuksköterskor som verksamhetscheferna valt ut, baserat på inklusionskriterier och för att skapa en variation, skickades en förfrågan om medverkan ut (bilaga 2). Samtliga tillfrågade sjuksköterskor tackade ja till deltagande i studien. Intervjuerna var semistrukturerade och enskilda och skedde på den plats intervjupersonerna önskade, i hemmet eller på arbetsplatsen. De som intervjuades var mellan 25 - 65 år med en medelålder på 42 år. Informanterna hade varit verksamma som sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård mellan sex månader och 35 år, medelvärde 13 år. Fyra informanter jobbade inom särskilt boende, fem inom hemsjukvården och tre stycken inom båda verksamheterna. Åtta arbetade som allmänsjuksköterskor och fyra stycken hade en specialistutbildning.

Då intervjuerna var semistrukturerade användes en intervjuguide (bilaga 3) vid varje intervju. Frågorna ställdes inte alltid i den ordningen de stod, utan när det passade. Detta gjorde att författaren som intervjuade inte blev styrd av intervjuguiden utan använde den som ett stöd i enlighet med Danielsons (2012) beskrivning. Frågorna var utformade så att deltagaren hade möjlighet att tala fritt och intervjuaren var lyhörd och ställde kompletterande följdfrågor utifrån det som togs upp och stämde med studiens syfte (Danielson, 2012; Kvale & Brinkmann, 2014). Innan datainsamlingen påbörjades

gjordes en pilotintervju för att testa frågorna i intervjuguiden men också för att få en känsla för tidsåtgången samt förbättra den egna intervjutekniken. Då intervjun upplevdes hålla god kvalitet och svarade mot syfte kom den att inkluderas i studien. Intervjuerna utfördes under maj och juni månad 2017 och varade mellan 10 - 25 minuter vardera. Efter varje intervju transkriberades intervjuerna och material förvarades därefter oåtkomligt för utomstående (Elo et al., 2014; Polit & Beck, 2016). När samtliga intervjuer genomförts och datan transkriberats läste författarna materialet var och en för sig innan analysen påbörjades.

### **Dataanalys**

Analysen av materialet gjordes utifrån Elo och Kyngäs (2008) beskrivning av induktiv innehållsanalys. En innehållsanalys är en metod eller en teknik där analyser och tolkningar av textmaterial utförs (Elo & Kyngäs, 2008; Elo et al., 2014; Polit & Beck, 2016). Analysen innehåller tre delar; förberedelse-, organisering- och redovisningsfas. I första fasen, förberedelsefasen, läste författarna igenom den transkriberade datan flera gånger för att få en övergripande helhet av innehållet. I enlighet med vad Elo och Kyngäs (2008) beskriver om organisationsfasen så genomfördes en öppen kodning, vilket betyder att utifrån syftet görs en notering i marginalen på utskrivna intervjuer eller som författarna gjorde, ströks över med färgpenna under läsningen. Det kunde vara ord, meningar eller fraser. Dessa markerade meningsbärande enheter gjordes om till koder och skrevs sedan ned på post-it lappar som samlades ihop. De enheter och koder som liknade varandra eller betydde samma sak bildade grupper som namngavs och bildade subkategorier utifrån vad de handlade om (Elo & Kyngäs, 2008). De subkategorier som liknade varandra slogs ihop efter att ha jämförts och diskuterats och bildade sedan huvudkategorier. I redovisnings fasen rapporterades sedan resultatet av analysen schematiskt så att läsaren kan se hur processen har gått till (se tabell 1) (Elo & Kyngäs, 2008). För att minska feltolkning och öka trovärdigheten av resultatet läggs citat in från intervjuerna (Elo & Kyngäs, 2008; Elo et al., 2014).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Koder	Subkategorier	Kategorier
<p>"jag vet ju vad de är till för och hur man använder dom [...] Jag skulle vilja ha mer kunskap [...] Det finns säkert massor som är bra som man inte använder, så det tror jag absolut."</p> <p>"Det är aldrig fel med mer kunskap, är det inte, eller utveckling,"</p> <p>"sedan dom andra instrumenten har ja [...] kunskaper egentligen inte jättemycket egentligen faktiskt [...] jag är lite dålig på det (skratt) och använda dom om jag ska vara ärlig..."</p>	<p>Mer kunskap, mer användande</p> <p>Mer utbildning</p> <p>Lite kunskap leder till mindre användning.</p>	<p>Kunskap ökar användandet</p>	<p><b>Erfarenhet och kunskap är en förutsättning</b></p>
<p>"jag tycker inte att jag har jättebra kunskap [...] diskussionen, för man ser så olika på, hur man kan använda dom och så att det inte blir ett hinder och en svårighet utan någonting som finns där naturligt,"</p> <p>"Ja, det har vi ju använt så ofta så, det är ju så fort som vi får en ny, nya patienter [...] att vi blivit vana att använda dom och fått lite mer kunskap"</p> <p>"jag tycker det är jättebra och jag gör det om det finns framme [...] alltså det är bara vanan [...]men jag har inte fått in den rutinen men jag tror det är bra"</p>	<p>Med utbildning minskar hinder.</p> <p>Vana ger kunskap. Tycker de är jättebra.</p> <p>Vana eller rutin.</p>	<p>Kontinuitet och rutiner främjar användning</p>	

### Etiska överväganden

I studien har sjuksköterskors uppfattningar om användandet av bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård studerats. Således handlar intervjuerna inte om sjuksköterskornas egna hälsa eller äldre personer. Vidare ingår studien i en magisteruppsats och ryms därför inte inom Lag (SFS 2003:46) om etikprövning av forskning som avser människor. Samtidigt finns alltid etiska frågor som behöver lyftas och diskuteras och utgångspunkten i planerandet av studien har varit de fyra forskningsetiska principerna vilket inkluderar informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2011).

Nyttan med denna studie var att öka kunskapen i omvårdnad av äldre, vilket övervägde de eventuella risker där negativa konsekvenser skulle kunna uppstå med informanterna. En tänkbar risk var att informanterna skulle känna sig tvingade att delta i studien då de dels var kända för författarna sedan tidigare, men även att cheferna i de aktuella verksamheterna valt ut dem genom att delge deras kontaktuppgifter. Denna risk minskade då satta inklusionskriterier var att ingen nära arbetsrelation skulle förekomma med författarna samt att informanterna delgavs flertalet gånger om att deltagandet var frivilligt (Sandman & Kjellström, 2013). De utvalda sjuksköterskorna tillfrågades först skriftligt om deltagande via mail och informationsbrevet (bilaga 2) skickades med som bilaga och gavs betänketid på sju dagar, därefter tog författarna personlig kontakt med dem och bestämde tid och plats. Vid intervjuens början erhöll deltagarna även en muntlig information samt informationsbrevet lästes igen och informanterna fick ställa frågor till författarna, om de hade några. Informationen som gavs fokuserade på studiens syfte, frivilligheten att delta samt möjligheten att avbryta utan att ange orsak för detta och hur data skulle förvaras och redovisas. Information om att intervjun kom att spelas in med mobiltelefon gavs också innan intervjun påbörjades. Det insamlade materialet (transkriberad text och ljudupptagningar) handhas konfidentiellt genom kodlås på mobiltelefon samt insamlat material överförs på USB-minne som förvarats inlåst hos författarna. Efter avslutad studie kommer materialet arkiveras på Jönköping University under tio år. Risken med att göra dessa intervjuer är att obehöriga ska kunna härleda information till personen som intervjuats. Därför avkodades materialet. Det föreligger även en risk att de som intervjuas reagerar negativt på frågorna (Kjellström, 2012), därför gjordes en pilotstudie där frågorna prövades. Intervjuaren satt mittemot informanterna vid intervjuerna, för att kunna se och notera ifall frågorna som ställdes hade negativ inverkan på dem, det vill säga om de uttryckte ovilja eller obehag genom ansiktsuttryck, gester eller röst. Om det visat sig att frågorna påverkat deltagarna hade författarna förtydligat eller omformulerat frågan. Ingen av informanterna visade eller uttryckte sig vara obekväma under intervjun.

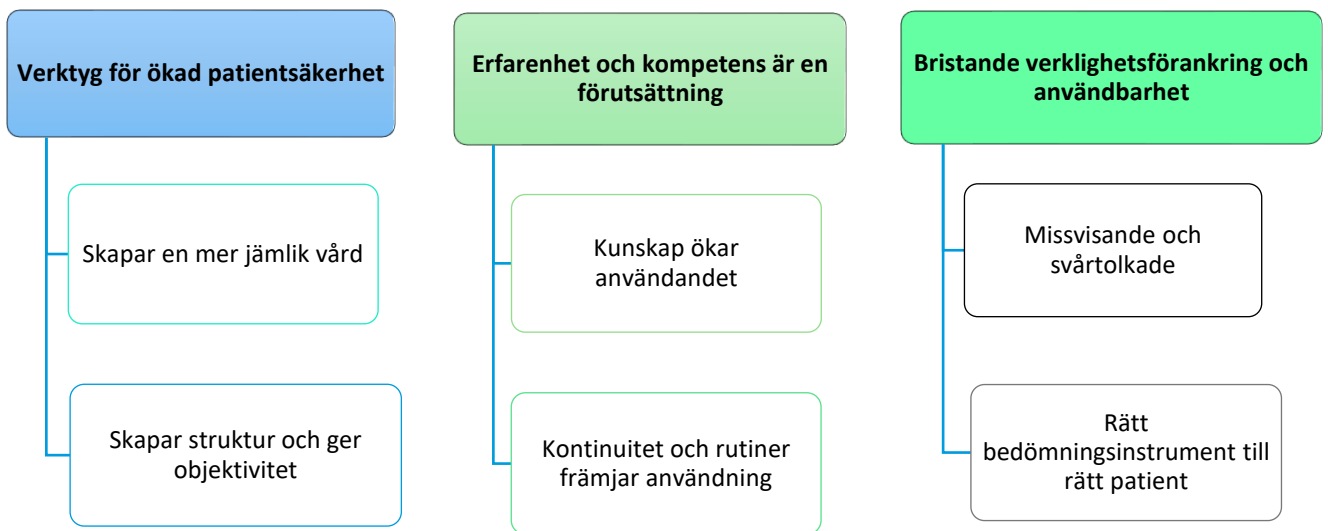
Datamaterialet för studien kommer inte lämnas ut för användning till någon annan i icke vetenskapligt syfte. Det färdigställda resultatet kommer användas för ett examensarbete på magisternivå som ingår i Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning vård av äldre. När uppsatsen är examinerad kommer den att publiceras i DIVA, samt presenteras på författarnas arbetsplatser, på ett sådant sätt att enskilda deltagare inte kan identifieras. De etiska ställningstagandena fanns med författarna genom hela arbetet.

Tillstånd för genomförande av studien har givits av Jönköping University etiska råd vid specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre. Dnr. SPÄ 2017:16/2017 05 11.

## Resultat

Utifrån genomförd innehållsanalys framkom det tre kategorier. 1) Verktøy för ökad patientsäkerhet. 2) Erfarenhet och kunskap är en förutsättning. 3) Bristande verklighetsförankring och användbarhet. Till dessa kategorier, tillkom subkategorier där studiens syfte belystes.

Figur 1. Kategorier och subkategorier i analysen.



### Verktøy for økt patientsikkerhet

Sjuksköterskor i denna studien oppgav at bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre personer leder til högre vårdkvalitet, dette gjennom at viktig informasjon inte missades. Bedömningsinstrument ingick ofta i kvalitetsregister som ledde til at vården blev mer jämlik, d samme riskfaktorer undersktes hos alle äldre personer som behvde vård. Sjuksköterskor beskrev även opplevelse av en øket trygghet som konsekvens av användningen av bedömningsinstrument for både den ldre personen og sjuksköterskor. Dette d sjuksköterskor fr bekrftelse i sin bedömning, bedömningsinstrument beskrevs som ett komplement til den kliniske blickten og de ldres personens trygghet økete gjennom vetskap om at den som vrdete arbejete systematisk med at identifisere og frebyggende risiker. Bedömningsinstrument sgs også som ett hjälpmedel for struktur i samband med dokumentation, verrapportering og utvärdering.

### Skapar en mer jämlik vård

Användandet av bedömningsinstrument beskrevs skape en mer jämlik vård. Dette eftersom alle d använde samme instrument med frutbestmte frgør og på så stt frhopningsvis observerete samme eller liknede problem og risiker. Utifrån instrumentets oppbyggnad med angivne observationspunkter blev risiken mindre at bedmaren missete viktig informasjon, vilket i sin tur ledde til en skrere og jämlik vård. Det sgs også som en hjälp til en mer rättvis bedömning eller skattning, gjennom at sjuksköterskor tog opp samme frgør med alle berrte äldre personer.

“om man använder bedömningsinstrument ähmn, så säkrar det ju ändå upp att många får en liknande vård och en säker vård ähmn, som de har rätt till men...ähmn.... jamen alltså, framför allt dom får lika vård av oss.” (Informant 9)

Genom att bedömningsinstrument användes kunde den äldre personen känna sig trygg vart hen än vårdades eller vilken sjuksköterska personen än träffade, då en likvärdig bedömning gjordes som resulterade i en liknande vård. Enligt sjuksköterskor upplevdes bedömningsinstrument även ge en bekräftelse på att sjuksköterskor hade tänkt rätt i sina egna bedömningar, utifrån den kliniska blicken. Detta gjorde att sjuksköterskorna kände sig tryggare i sitt jobb. Bedömningsinstrument ansågs även ge trygghet till den äldre personen som bedömts, då den äldre fick information om att dessa bedömningsinstrument användes till alla äldre i organisationen.

Bedömningsinstrument kunde hjälpa till att se vad som behövde åtgärdas innan något hade inträffat, i ett tidigt stadium eller gått för långt. I teamträffar där förebyggande vård diskuterades mellan olika professioner ansågs bedömningsinstrumentet vara ett bra hjälpmedel för att alla aspekter av den äldres vård skulle få fokus.

“underlättar för personalen att ingripa i god tid för att förebygga”(Informant 4)

Bedömningsinstrumenten upplevdes stämna med verkligheten och gjorde det lättare att få fram den information som behövdes för att se risker och komma fram till åtgärder. Insatta åtgärder kunde sedan utvecklas, följas upp och utvärderas med hjälp av bedömningsinstrumentet.

### **Skapar struktur och ger objektivitet**

Bedömningsinstrumentet uppfattades som ett hjälpmedel vid dokumentationen eller som ett dokumentationsunderlag vilket gjorde att journalanteckningarna blev mer överskådliga. Genom att dokumentera bedömningen efter punkterna som fanns med på bedömningsinstrumentet, tyckte sjuksköterskor att det gav en tydlighet både för sjuksköterskan som dokumenterade i journalen och den kollega som sedan skulle ta över vården av den äldre personen, efter arbetspassets slut. Sjuksköterskor uppfattade att det var lättare att rapportera, förstå varandra och konsultera andra om ett bedömningsinstrument hade använts.

“om man använder ett mätinstrument så är det ju lättare och dokumentera vad man har fått fram på ett exakt sätt som en annan kan följa äh, efter så, utvärdera efter mig” (Informant 9).

Bedömningsinstrumentet kunde även användas som ett diskussionsunderlag i samtal med läkare vid både riskanalys, åtgärder eller utvärderingar. Bedömningsinstrument användes inte alltid i pappers- eller elektronisk form, utan kunde ibland bara fungera som en hjälp för sjuksköterskan i tanken.

Bedömningsinstrument kunde göra det lättare för sjuksköterskan att synliggöra åtgärder som passade just den äldre personen, men även hjälpa sjuksköterskan med att göra bedömningen av den äldre personen tydligare och mer strukturerad. Bedömningsinstrumentet kunde användas som en checklista, vilket gjorde bedömningen noggrannare. Det upplevdes bra att ha ett papper med bedömningsinstrumentet att titta på vid bedömningar som ett stöd. Tillsammans med



den kliniska blicken höjer bedömningsinstrumentet kvaliteten av den vård patienten sedan fick av sjuksköterskan. Bedömningsinstrumentet kunde också vara ett stöd för både den erfarna sjuksköterskan och den nyexaminerade som ett komplement till den kliniska blicken. Bedömningsinstrument ledde dessutom till en mer omfattande och tydlig bedömning som inte blev godtycklig efter sjuksköterskans egen uppfattning. Det blev en mer objektiv bild som inte påverkades av relationen till personen som bedömdes.

“så har man något att jämföra med som inte är så godtyckligt som min egen bild bara. För det är svårt att vara neutral bara för patienten och för det som patienten berättar och sådär.” (Informant 12)

Kartläggning med bedömningsinstrument kunde också identifiera vad som skulle prioriteras samt ledde till insättning av preventiva åtgärder vilka annars kunde ha missats. Utan instrument framkom att det fanns risk att sjuksköterskan inte ställde vissa frågor på grund av att sjuksköterskan trodde sig känna till det mesta om den äldre personen.

“Men det är svårare då man får fram en mer noggrann bedömning om man, man kan missa något steg om man inte använder skalor.” (Informant 7)

### **Erfarenhet och kompetens är en förutsättning**

Sjuksköterskor i studien gav uttryck för en önskan om mer kunskap om bedömningsinstrument och en tro på att det skulle medföra en ökning i såväl intresse som användning. Det fanns också en uppfattning om att sjuksköterskor hade ett eget ansvar för att ta reda på information kring bedömningsinstrument och att detta kunde ha underlättats om basal kunskap hade tillhandahållits i sjuksköterskeutbildningen. En generations aspekt framkom då de som hade en äldre utbildning inte hade fått med sig samma kännedom om bedömningsinstrument. Det framkom också att det fanns beslut om att vissa preventiva bedömningsinstrument skulle användas och att när sådana beslut, rutiner och riktlinjer fanns ledde det till att bedömningsinstrumenten användes oftare och det blev till en vana.

### **Kunskap ökar användandet**

Mer kunskap gjorde att fler bedömningsinstrument användes och att de som redan fanns på arbetsplatsen användes mer än de som inte var implementerade. Det fanns en längtan efter mer kunskap om bedömningsinstrument. Många hade fått kunskap och utbildning genom jobbet eller högskoleutbildningar men upplevde sig ändå behöva mer. Kunskap sågs som en åtgärd för en större användning och mer frekvent användande av bedömningsinstrument. Samtidigt beskrevs att själva användandet i sig inte ökade genom kunskap men åtminstone ökade intresset för instrument. Om sjuksköterskorna fick kunskap om bedömningsinstrumentet blev situationen mer bekväm, vilket också ökade användandet.

“jag vet ju vad de är till för och hur man använder dem, så, så mycket kunskap har jag i alla fall. Jag skulle vilja ha mer kunskap, jag tror att det skulle vara bra om man, om man lärde sig mer. Det finns säkert massor som är bra som man inte använder, så det tror jag absolut.” (Informant 8)

Det fanns även tankar om att det var en generationsfråga hur mycket kunskap som sjuksköterskor hade samt hur stort intresset av användandet var. Det beskrevs att det

blivit vanligare med bedömningsinstrument på senare tid och att det även tas upp mer under utbildningen till allmänsjuksköterska eller specialistsjuksköterska nu jämfört med tidigare.

Uppfattningen av att varje sjuksköterska hade ett eget ansvar att ta reda på information om bedömningsinstrument var tydlig men att det även var arbetsplatsens ansvar att ge utbildning. Utbildningssatsningar i samband med att ett nytt bedömningsinstrument skulle införas i verksamheterna, ansågs vara av stor vikt samt att man då fick tillgång till en bra manual, en handbok eller beskrivning på hur bedömningsinstrumentet skulle användas. Förslag om diskussionsgrupper framkom då det upplevdes finnas mycket kunskap om bedömningsinstrument hos flera kollegor till de intervjuade som de inte tyckte nyttjades. Genom dessa diskussioner skulle arbetsplatsen kunna ta tillvara på kunskapen som redan fanns.

“jag tycker inte att jag har jättebra kunskap.....Nämen alltså, utbildning, grupper när man pratar och diskuterar hur man kan göra på olika sätt ....just diskussionen, för man ser så olika på, hur man kan använda dom och så att det inte blir ett hinder och en svårighet utan någonting som finns där naturligt.”(Informant 9 )

### **Kontinuitet och rutiner främjar användning**

Inom de aktuella verksamheterna fanns beslut om att vissa bedömningsinstrument skulle användas, till exempel de bedömningsinstrument som finns i Senior Alert. Detta ledde till att sjuksköterskor ofta använde dessa bedömningsinstrument och de beskrev hur de upplevde sig mer bekväma med tiden genom att det till slut blev till en vana. Vana och ovana framhölls som viktiga orsaker till huruvida bedömningsinstrument användes eller inte. När det fanns som rutin eller riktlinje upplevde sjuksköterskorna att bedömningsinstrument användes mer frekvent, då det blev en självklar del i arbetet. Det fanns då en förväntan på sjuksköterskorna att använda dessa bedömningsinstrument.

“jag tycker det är jättebra och jag gör det om det finns framme men jag gör det inte själv, alltså det är bara vanan, att jag inte har fått in att använda dom.....men jag har inte fått in den rutinen men jag tror det är bra” (Informant 8)

Hur vana sjuksköterskor upplevde sig med att använda bedömningsinstrument hängde också samman med hur ny eller gammal deras utbildning var. De med nyare utbildning hade redan under själva utbildningstiden övat upp en vana att riskbedöma med hjälp av instrument.

### **Bristande verklighetsförankring och användbarhet**

Sjuksköterskor i denna studie beskrev dock även att bedömningsinstrumenten inte alltid stämde med verkligheten och beskrevs som svåra, invecklade och ibland även missvisande. Därför ansågs det viktigt att välja rätt bedömningsinstrument till rätt person, vid rätt tillfälle samt användas i kombination med sin kliniska blick. För att öka samstämmighet med verkligheten och minska risken för felaktiga bilder beskrevs vikten av att få den äldre personen delaktig i arbetet med bedömningsinstrumentet. Sjuksköterskor beskrev även vikten av att den äldre förstår att syftet är förbättrad vårdkvalitet för individen inte att kommunen exempelvis tjänar pengar.

### **Missvisande och svårtolkade**

Bedömningsinstrument ansågs inte alltid stämma överens med verkligheten och uppfattades av sjuksköterskorna ibland vara missvisande. Detta innebar att de kunde visa på risker som sjuksköterskorna inte tyckte fanns i verkligheten.

“... man kan ju ha en risk även på ett papper, men det kanske inte är en risk i verkligheten också,” (Informant 2)

Det ansågs viktigt att sjuksköterskor inte enbart utgick från det som bedömningsinstrumentet visade, utan även använde sin kliniska blick, det vill säga inte “stirrade sig blind” på bedömningsinstrument. Genom att observera, lyssna och gå på intuition kunde bedömningen bli bättre. Vidare framhölls vikten av att den äldre personen var delaktig i arbetet med bedömningsinstrumentet för att minska risken att bedömningen skulle bli missvisande. I dessa fall var det viktigt att hen förstod innebörden av bedömningsinstrumentet innan det användes, att sjuksköterskor informerade så att den äldre personen verkligen förstod. När den äldre personen inte kunde medverka var det viktigt att sjuksköterskor tog hjälp av annan vårdpersonal och närstående för att undvika en felaktig bedömning. Ett samarbete mellan den äldre personen, närstående, vårdpersonal och sjuksköterskor där bedömningsinstrumentet användes som ett stöd sågs som en bra lösning för att undvika feltolkningar och skapa en god vård. Erfarenhet visade att det inte alltid blev en förbättring efter att bedömningsinstrument hade använts och inte heller när vissa åtgärder satts in i relation till instrumentets utfall. Bedömningsinstrument uppfattades ibland vara svår använda och invecklade.

“oftast är de ju jobbiga bedömningsinstrument...De är ju så invecklade så det är därför, eller att man inte använder dem ju...(paus)... det är för stora områden, för många punkter, det blir för avancerat liksom” (Informant 6)

Resultatet av bedömningarna beskrevs också kunna bli olika när olika personer genomförde dem trots att samma instrument användes. Detta resulterade i en oro hos användarna och att sjuksköterskor inte fullt ut litade på resultaten. Det fanns också en bild av att bedömningsinstrument var tråkiga och något som användes för att det gav pengar. Till exempel nämndes att verksamheten tidigare hade fått pengar för riskbedömningar som utfördes och dokumenterades i Senior Alert. Sjuksköterskorna menade att bedömningarna då inte gjordes för den äldre personens skull, utan just för pengarna

### **Rätt bedömningsinstrument till rätt patient**

Känslan av att vara för påträngande när den äldre personen var döende eller att det inte var rimligt att använda bedömningsinstrument till vissa äldre, gjorde att sjuksköterskor ibland kände det var bättre att vara utan bedömningsinstrument. Det sågs som en omöjlig uppgift i vissa lägen och som ovärdigt i andra. Detta skapade en osäkerhet hos sjuksköterskor kring användandet av bedömningsinstrument.

“...vissa palliativa patienter tycker jag inte alltid att det är rimligt att göra en bedömning när det inte finns så mycket tid kvar, då behöver man ju inte tänka på så mycket...långsiktiga planeringar. (Informant 2)

Alla bedömningsinstrument passar inte alla, sjuksköterskan bör tänka på det i valet av bedömningsinstrument så att det blir så bra bedömning som möjligt. Det framkom bland annat att det fanns svårigheter i att göra bedömningar med bedömningsinstrument bland personer med demenssjukdom, annan kognitiv nedsättning och/eller hörselnedsättning. I dessa situationer kunde instrument snarare skapa en felaktig bild än påvisa hur det verkligen var. Det var därför extra viktigt att använda ett anpassat bedömningsinstrument till exempel beroende på hur långt framskriden en demenssjukdom var. Detta gällde såväl bedömningsinstrument i Senior Alert, Svenska Palliativregistret och BPSD-registret.

“det är ju just dom där dementa som inte kan prata för sig, de bedöms ju som det svåra med instrument på dom ju [...] nedsatt hörsel ... det är ju detta med äldre människor många är ju kognitiva och det är ju svårbedömda.....väldigt svårbedömda...” (Informant 6)

## Diskussion

### Metoddiskussion

Intervjuerna genomfördes i verksamheter där författarna arbetar, men för att få ingå i studien skulle ingen nära arbetsrelation finnas mellan intervjuaren och den intervjuade. Fördelar hade funnits om informanter och intervjuare varit helt okända för varandra, men av bekvämlighetsskäl valdes denna metod. Risk fanns att informanter på grund av detta kände sig tvingade att ställa upp eller svara så som de trodde att det förväntades av dem och det kan ha påverkat studieresultatets trovärdighet (Polit & Beck, 2016). Vid intervjuerna upplevde författarna att informanterna kunde tala fritt då de angav både för- och nackdelar med att använda bedömningsinstrument. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) bekräftar dock den svårighet som finns i att få informanterna att bli helt oberoende av den som intervjuar, då det alltid finns ett samspel i ett samtal. Författarna hade kunnat välja att göra gruppfokusintervjuer, då det också tar fram informanternas uppfattningar i en diskussion. Gruppfokusintervjuer kan bli kaotiska och svåra för moderatorn, den som intervjuar att styra (Kvale & Brinkmann, 2014), därför valdes denna form av intervju bort på grund av författarnas ovana vid att intervjuar. Urvalet av informanter gjordes genom ett bekvämlighetsurval bland två förutbestämda verksamheter inom kommunal hälso och sjukvård. En risk med detta är att resultatet troligen inte är överförbart till andra verksamheter utan enbart visar sjuksköterskors uppfattningar från just dessa verksamheter (Polit & Beck, 2016). Författarna valde dessa verksamheter då de ansåg att användandet av bedömningsinstrument varierade inom dessa verksamheter och blev då nyfikna på vad det kunde bero på. Författarna hade inom ramen av specialistsjuksköterskeutbildningen fått en fördjupad kunskap om bedömningsinstrument vilket ökade intresset för bedömningsinstrumenten och dess inverkan på vården. Denna förförståelse har författarna försökt att bortse från i arbetet men det går inte att utesluta att förförståelsen har påverkat analys och resultat (Henricson, 2012). Samtidigt efterfrågades en variation av informanter på de valda verksamheterna med förhoppning att identifiera olika erfarenheter och uppfattningar (Henricson & Billhult, 2012). Variation anses vara viktigt för att få en bredare syn på fenomenet som studeras (Kristensson, 2014). Såväl olika som liknande uppfattningar framkom under intervjuerna, vilket tyder på att urvalet och antalet informanter var tillräckligt. Olika uppfattningar om preventiva bedömningsinstrument framkom under intervjuerna men också snarlika svar, vilket gjorde att det upplevdes som ett bra antal intervjuer. Semistrukturerade enskilda intervjuer ansågs vara bästa tillvägagångssättet för att besvara studiens syfte, detta eftersom sjuksköterskorna då fritt kunde delge sina uppfattningar av att använda bedömningsinstrument i vård av äldre. Detta gör att studiens tillförlitlighet ökar då informanterna talade fritt och fick följdfrågor som utvecklade svaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). En intervjuguide användes för att skapa en viss struktur i intervjuerna vilket bedömdes vara en hjälp då författarna saknade intervjuvana. Detta kan dock ha lett till att intervjuerna blev något styrda, även om medvetenhet om den risken försökt tas i beaktande under intervjuerna. Informanterna fick tala så fritt som möjligt och intervjuguidens frågor användes i den ordning som passade i den intervjuades berättelse.

Pilotintervjuer görs för att öka studiers kvalitet och trovärdighet (Danielson, 2012) och gjordes även i denna studie för att säkerställa att intervjufrågorna kunde ge relevanta svar utifrån studiens syfte. Pilotintervjun möjliggjorde även för författarna att se hur långa intervjuerna skulle kunna tänkas bli, så att informationen till deltagarna stämde

överens med verkligheten (Kvale & Brinkmann, 2014). Frågorna i intervjuguiden ansågs kunna ge svar på syftet och därför behölls den i sin helhet utan ändringar. Intervjuerna genomfördes på platser som informanterna själva önskade, det var antingen i hemmiljö eller i anslutning till arbetsplatsen. Detta gjorde att tillförlitligheten ökade genom att risk för avbrott minskade och informanterna kunde känna sig bekväma i miljön och förhoppningsvis talar mer öppet och fritt (Kristensson, 2014).

Kvalitativ innehållsanalys valdes av författarna då det är en rekommenderad metod för att analysera induktiv data från omvårdnadsstudier på ett systematiskt sätt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Båda författarna har varit lika delaktiga i analysarbetet vilket rekommenderas (Elo et al., 2014). I innehållsanalysens organisationsfas genomförde författarna först enskilda analyser. Därefter diskuterades och jämfördes de markerade meningsenheterna och koderna som framkommit, vilket rekommenderas då det ökar trovärdigheten i det som framkommit (Elo et al., 2014). Organisationsfasen beskrivs ibland som kaotisk då många koder och kategorier analyseras (Backman & Kyngäs, 1998), vilket också upplevdes här. En vanlig kritik mot innehållsanalysen är att de insamlade texterna riskerar att tolkas olika eller missförstås av författarna (Elo et al., 2014). För att minska denna risk har studiekamrater och handledare kontinuerligt granskat resultatet under arbetets gång. Att låta utomstående granska ökar studiens trovärdighet ytterligare (Wallengren & Henricson, 2012). Detta har gjort att författarna flera gånger har ändrat sammansättning av koder som ledde till nya subkategorier och andra namn på kategorier. För att till sist komma fram till subkategorier och kategorier som författarna kände stämde väl med vad analysen visat.

## **Resultatdiskussion**

Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om att använda bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård. Resultatet visade att bedömningsinstrumentet fungerade som ett verktyg som genererar i en säkrare och mer jämlik vård, där risker kunde identifieras i ett tidigt skede. Det ansågs även skapa en objektiv och tydlig struktur i arbetet kring bedömningar och dokumentation. Erfarenhet och kunskap ansågs vara förutsättningar för att kunna använda bedömningsinstrument och det fungerade bäst när bedömningsinstrumenten var integrerat i dagliga rutinerna kring preventiv vård. Trots fördelarna som framhölls med användandet av bedömningsinstrumenten fanns också svårigheter. Det beskrevs att bedömningsinstrumenten ibland kunde vara svåra att tolka samt missvisande då de inte alltid upplevdes stämma med verkligheten. Men när sjuksköterskan valde rätt bedömningsinstrument till rätt person vid rätt tillfälle kunde de alltså ge en bra hjälp till den fortsatta preventiva vården.

Sjuksköterskor upplevde att användning av bedömningsinstrument som till exempel fanns i kvalitetsregister ansågs leda till högre vårdkvalitet i den preventiva vården. Att använda bedömningsinstrument gjorde att viktig information inte missades samt att samma riskfaktorer undersöktes hos alla äldre. Detta såg sjuksköterskor som en trygghet för den äldre personen, för att få en likvärdig vård. Lannering et al. (2016) nämner att genom att använda bedömningsinstrument och kvalitetsregister som diskussionsunderlag och struktur vid uppföljningar inom teamarbete möjliggörs att alla inblandade i teamet talar "samma språk". Bedömningsinstrument inom preventiv vård brukar framhållas som ett stöd eller verktyg för sjuksköterskan eller vårdteamet till att identifiera riskområden hos den äldre personen i ett tidigt stadium (Lannering et al., 2016). Att sätta in förebyggande insatser innan det har hänt gynnar inte bara den

äldre personen utan även vården i stort, då rätt insatser kan sättas in på dem som behöver prioriteras (SKL, 2014). Exempel på detta är att antalet ordinerade ångstdämpande läkemedel hos personer med BPSD symtom har minskat sedan införandet av bedömningsinstrumentet NPI och användandet av kvalitetsregistret för BPSD (BPSD, 2017). Ett annat exempel är att trycksår är oftast möjliga att förebygga om risker och riskindivider identifieras tidigt (Evans, Ott & Reddy, 2015). Detta är viktigt både för att minska lidande hos individen men också ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Trycksår exempelvis räknas som den näst dyraste vårdskadan i Sverige med sina 20% av den totala kostnaden för vårdskador (SKL, 2014).

I studien återkommer sjuksköterskor ofta till att den kliniska blicken är viktig i det dagliga vårdarbetet och i kombination med bedömningsinstrument kan det ge en helhetsbild och risken för missvisande bedömningar minimeras. Utvecklandet av den kliniska blicken och det kritiska tänkandet anser van Graan, Williams och Koen (2015) är en process som bör ingå och vidareutvecklas som en lärandestrategi i grundutbildningen, för att hjälpa sjuksköterskor att utveckla sin kompetens inom omvårdnad. I denna studies resultat framkom att bedömningsinstrument var en hjälp inte minst för nyutexaminerade sjuksköterskor då den kliniska blicken som behövs ofta kommer med erfarenhet och när kunskap förvärvas. Studiens resultat bekräftas med forskning som visade att den kliniska erfarenheten tillsammans med evidensbaserad kunskap gör att resultaten från bedömningar blir bättre (Jeffs et al., 2013).

Resultatet i denna studie visar att bedömningsinstrument även kan vara till hjälp vid dokumentation, då bedömningsinstrument kan bidra med struktur och fungera som en mall. Att använda instrument som en checklista för att inte missa något viktigt vid dokumentationen upplevdes som bra, vilket nämns av deltagarna i Lannering et al. (2016) studie, dock fanns det även en upplevelse av dubbeldokumentation som inte sågs som positiv. Det finns även forskning som beskriver att sjuksköterskor upplever det enklare att skriva fritt, utan att ha något förutbestämt program som kan hindra sjuksköterskan i sitt arbete (Rogers, 2013). Detta var dock inget som bekräftades i denna studie.

Resultatet visade att det fanns en önskan om mer kunskap och utbildning om bedömningsinstrument. Uppfattningen var att det fanns många bra bedömningsinstrument inom prevention som höjer vårdkvaliteten men att de inte används just på grund av kunskapsbrist. Detta bekräftas av Layman Young et al. (2006) som skriver att utbildning och kunskap om bedömningsinstrument ökar användandet och leder till att bättre skattningar görs. Även Rosengren et al. (2012) poängterar att kunskap och utveckling är viktigt i preventiv vård samt att kvalitetsregister ökar kunskap om kvalitet. Kvalitetsregister innehåller bedömningsinstrument som är till hjälp för kvalitetshöjningar (Rosengren et al., 2012). Viss utbildning om bedömningsinstrument och kvalitetsregister hade erhållits under grund- och specialistutbildningar men detta ansåg vara för lite. Ju mer kunskap och erfarenhet som ansågs finnas av bedömningsinstrumenten och kvalitetsregister, ju mer säker och trygg blev utövaren i användningen av dem. Detta bekräftas av Nordin et al. (2014) som menar att hälso- och sjukvårdsutbildningar i högre grad borde lyfta hur kvalitetsregister som innehåller bedömningsinstrument kan användas. Detta skulle till exempel kunna ske genom praktiska övningar med syfte att belysa kvalitetsregisters värde vid kvalitetssäkring av vården.

I denna studie framhölls att arbetsgivaren hade ansvar för att ge medarbetarna utbildning inom nya kunskapsområden. Vidare framhölls vikten av att det görs en utbildningsinsats i samband med implementering av bedömningsinstrument. Sjuksköterskor beskrev samtidigt att det fanns ett eget ansvar för att lära sig om de olika bedömningsinstrumenten. Möjligheten att ta eget ansvar underlättas om sjuksköterskan har grundkunskap om instrumenten redan från grundutbildningen (Nordin et al., 2014). Även Rosengren et al. (2012) poängterar att kunskap och utveckling är viktigt i preventiv vård samt de hjälpmedel som kan användas, till exempel kvalitetsregister som innehåller bedömningsinstrument. Genom ökat användande av kvalitetsregister kan vårdkvalitet förbättras. Det är även viktigt med en plan vid implementering av nya kvalitetsregister som innehåller bedömningsinstrument och verkar för att få de bästa förutsättningarna vid introduceringen. Återkommande handledning, utbildningstillfällen, utvärdering av den tid som gått sedan introduktionen samt en regelbunden inventering av kunskapsläget hos medarbetarna anses kunna säkra kunskapsnivån i arbetsgrupperna (Rosengren et al., 2012). I tidigare studier har just ett effektivt, starkt ledarskap och en stödjande organisation framhållits som lyckad implementering av något nytt (Lannering et al., 2016; Rosengren et al., 2012; Sandström, Borglin, Nilsson & Willman, 2011), vilket alltså samstämmer även med denna studies resultat.

Inom de verksamheter som informanterna arbetade hade beslut tagits att vissa kvalitetsregister skulle användas. I Senior Alert, som är ett kvalitetsregister ingår preventiva bedömningsinstrument (Edvinsson et al., 2015). Uppfattningen bland informanterna var att när beslut och rutiner fanns på att använda register ledde det till en ökad användning av de bedömningsinstrumenten som registret innehöll. Det fanns även de sjuksköterskor som tyckte att registreringar hade gjorts på grund av den ekonomiska ersättningen verksamheten fick, istället för patientens skull. Edvinsson et al. (2015) skriver att vid årets slut 2014 då det ekonomiska bidraget togs bort, var 287 av 290 landets kommuner i Sverige anslutna till Senior Alert. Efter det att det ekonomiska bidraget avslutats tycks antalet anslutna kommuner minskat. I oktober 2017 fanns 270 kommuner knutna till Senior Alert (Senior Alert, 2017) vilket antyder att den ekonomiska ersättningen påverkade användandet av registren och instrumenten. Att vara ansluten till ett kvalitetsregister höjer vårdkvaliteten genom att vårdpersonalen upptäcker förbättringsområden och brister i vården (Edvinsson et al., 2015) och förhoppningen är att även om färre använder registerna idag så har det ökat medvetenheten om riskområdena samt kunskapen om de preventiva bedömningsinstrumenten. Rosengren (2012), skriver att när gamla rutiner blivit utbytta mot nya där Senior Alert ingick gjorde det att sjuksköterskan blev mer uppmärksam på risker som trycksår, fall och undernäring samt att arbetet blev lättare när det fanns med i rutiner. Sjuksköterskor i denna studie beskrev samtidigt att bedömningsinstrument inte alltid stämde med verkligheten, de beskrevs som svåra, invecklade och ibland även missvisande. De fyra bedömningsinstrumenten i Senior Alert har blivit utvalda av en expertgrupp, för att de ansågs vara de bästa i sammanhanget för att identifiera de utvalda riskgrupperna (Edvinsson, 2015). Vårdpersonal i Lannering et al. (2016) studie beskrev också att bedömningsinstrument inte alltid reflekterar verkligheten och att den kliniska nyttan då kan ifrågasättas. Vårdpersonal ansåg att personerna som bedömdes ofta hade fler risker enligt bedömningsinstrumenten än vad de hade i verkligheten när det gällde undernäring och fall. Det omvända gällde för trycksår, då vårdpersonal ansåg att fler hade risker än vad bedömningsinstrumentet visade (Lannering, et al, 2016). Det har också visat sig vara svårt att använda sig av standardiserad vård samtidigt som det pågår ett stort



arbete med att införa mer personcentrerad vård. Dock behövs bedömningsinstrument även inom den personcentrerade vården både för patientens skull men även för att eftersträva reducerade vårdkostnader. Vården bör eftersträva en kombinerad personcentrerade- och evidensbaserad vård istället för att se dessa som motpoler, enligt Lydahl (2017) avhandling.

Bedömningsinstrument ansågs inte alltid vara lämpliga eller anpassade för alla patienter vilket ledde till att de inte används, eller kunde användas i den utsträckningen som var tänkt. Bland annat beskrevs svårigheter att bedöma personer med kognitiva nedsättningar eller med någon fysisk funktionsnedsättning såsom nedsatt hörsel. Detta bekräftas av tidigare forskning som även nämner att ålder kan vara en anledning till minskade bedömningar, detta kan bero på att vårdpersonal ser det som mer naturligt att äldre personer försämras än yngre personer och då bedöms de yngre personerna mer frekvent än de äldre personerna till exempel i det palliativa skedet (Lindskog, Tavelin & Lundström, 2015). Den kognitiva nedsättningen har också setts som en anledning till minskad bedömning. Herr (2011), poängterar dock att det finns flera bedömningsinstrument gällande smärta, att välja mellan som är anpassade för den äldre målgruppen (Herr, 2011). Här beskrevs att sjuksköterskan måste kunna kommunicera på ett lämpligt sätt så att den äldre personen kände sig delaktig och kunde förstå vad bedömningsinstrumentet var bra för och på det sättet minska risken för att bedömningsinstrumentet visade fel. Gällande hur viktigt det är att sjuksköterskan använder ett språk som den äldre personen förstår och får hen att känna sig delaktig för att få en bättre kvalitet på vården bekräftas även av Zani (2014). Forskning visar även att de äldres egna upplevelser av vad som är problem är viktiga när det gäller bedömningar. Detta för att inte riskera att de äldre personerna underbehandlas för att sjuksköterskan inte tror att problemet är så stort som den äldre personen själv upplever det (Parker & Rogers, 2015).

## **Kliniska implikationer**

Genom att få en förståelse för hur sjuksköterskor uppfattar arbetet med bedömningsinstrument i den preventiva vården, kan arbetet med evidensbaserade instrument förbättras, vilket kan leda till en säkrare och mer likvärdig vård av den äldre personen. Studiens resultat visade att sjuksköterskor upplevde ett behov av utbildning och ökad kunskap om bedömningsinstrument för att känna sig bekväma med att använda dem. Kontinuerliga samtal i arbetsgruppen kring bedömningsinstrumentens funktion och betydelse kunde eventuellt främja användning av bedömningsinstrument, likaså upprättande av rutiner som medförde att bedömningsinstrument blev en integrerad del av vårdvardagen. Flertalet vinster identifierades i studien med högre vårdkvalitet för den äldre personen, förbättrade kommunikationsmöjligheter mellan kollegor i samband med exempelvis teamträffar och bedömningsinstrumenten som ett stöd för sjuksköterskor i samband med bedömningar.

Förslag till vidare forskning som vore intressant att studera är den äldre personens upplevelse av bedömningsinstrument i den preventiva vården. Hur borttagning av ekonomiskt stöd påverkat användningen av Senior Alert och vilka konsekvenser det inneburit för äldre personers preventiva vård samt hur bedömningsinstrument används vid bedömningar av äldre personer med kognitiv svikt.

## **Slutsats**

Användning av bedömningsinstrumenten kan leda till säker, jämlik och rättvis vård där riskområden kan identifieras i ett tidigt stadium. Det krävs dock utbildning och kunskap för att bedömningsinstrument ska användas och när det fanns som vana att använda i en organisation gav det en ökad användning och acceptans. Det visade sig också att det fanns en begränsning i användandet om bedömningsinstrumentet upplevdes svårt eller missvisande och att rätt bedömningsinstrument vid rätt tillfälle och rätt person var viktigt.

## **Tack**

Författarna önskar tacka dem som med sitt stöd, tålamod, samtycke och deltagandegjort det möjligt att fullfölja studien.

## Referenser

- Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61. doi:10.1016/j.maturitas.2013.02.009.
- Andersson, P., Hallberg, I. R., Lorefält, B., Unosson, M. & Renvert, S. (2004). Oral Health Problems in Elderly Rehabilitation Patients. *International Journal of Dental Hygiene*, 2, 70-77. doi:10.1111/j.1601-5029.2004.00073.x
- Backman K., & Kyngäs H. (1998). Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher (in Finnish). *Hoitotiede*. 10, 263– 270.
- Barker A. L., Nitz J. C., Low Choy N. L., & Haines, T. (2009). Measuring fall risk and predicting who will fall: clinimetric properties of four fall risk assessment tools for residential aged care. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 64A (8), 916–924. doi:10.1093/gerona/glp041
- BPSD. (2017). Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Hämtad 2017-10-11 från <http://www.bpsd.se>
- Danielson, E. (2012) Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Edvinsson, J., Rahm, M., Trinks, A., & Höglund P.J. (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, 96–101. doi:10.1097/QMH.000000000000058
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink,. E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248–251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 1-10. doi:10.1177/2158244014522633
- Emilsson, L., Lindahl, B., Koster, M., Lambe, M., & Ludvigsson, J.F. (2015). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*, 277, 94-136. doi:10.1111/joim.12303
- Ernst Bravell, M., Westerlind, B., Midlöv, P., Östgren, C-J., Borgquist, L., Lannering, C., & Mölsted, S. (2011) How to assess frailty and the need for care? Report from the Study of Health and Drugs in the Elderly (SHADES) in community dwellings in Sweden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 40–45. doi:10.1016/j.archger.2010.06.011

Etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Evans, R., Ott, C., & Reddy, M. (2015). Pressure Ulcers: Evidence-Based Prevention and Management. *Current Geriatrics Reports*, 4(3), 237-24. doi:10.1007/s13670-015-0134-9

Fratiglioni, A., Marengoni, A., Meinow, B., & Karp, A. (2010). *Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård* (SOU 2010:48). Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Gunningberg, L., Hommel, A., Bååth, C., & Idvall, E. (2012). The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 862–867. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01865.x

Hallgren, J., Ernsth Bravell, M., Mölstad, S., Östgren, C.J., Midlöv, P., & Dahl Aslan, A.K. (2015). Factors associated with increased hospitalisation risk among nursing home residents in Sweden: a prospective study with a three- year follow-up. *International Journal of Older People Nursing*, 11, 130-139. doi:10.1111/open.12107

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 472-479). Lund: Studentlitteratur

Henricson, M., (2012). Diskussion. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur

Herr, K. (2011). Pain Assessment Strategies in Older Patients. *The Journal of Pain*, 12(3), 3-13. doi:10.1016/j.jpain.2010.11.011

Holmén, A., Strömberg, E., Hagman Gustafsson, M.L., Wårdh, I., Gabre, P. (2012). Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*, 29(2), 503-511. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00507.x.

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.

Jeffs, L., Beswick, S., Lo, J., Campbell, H., Ferris, E., & Sidani, S. (2013). Defining What Evidence is, Linking It to Patient Outcomes, and Making It Relevant to Practice: Insight from Clinical Nurses. *Applied Nursing Research*, 26(3), 105-109. doi:10.1016/j.apnr.2013.03.002

Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk., & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 103-145). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, L., Wijk, H., & Christensson, L. (2016) Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(3), 292-298. doi:10.1007/s12603-016-0737

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Lund: Natur & Kultur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lannering, C., Ernsth Bravell, M., & Johansson, L. (2016). Prevention of fall, malnutrition and pressure ulcers among older persons- nursing staff's experiences of a preventive process. *Health and Care in the Community*, 25(3), 1011-1020. doi:10.1111/hsc.12400

Lannering, C., Ernsth Bravell, M., Midlöv, P., Östgren, C-J., & Mölsted, S. (2015). Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers - more insight in risk assessment among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 940-950. doi:10.1111/jocn.13154

Layman Young, J., Horton, F.M., & Davidhizar R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 412-421.

Lindskog, M., Tavelin, B., & Lundström, S. (2015). Old age as a risk indicator for poor end-of-life care quality - A population - based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *European Journal of Cancer*, 51, 1331-1339.

Lorefält, B., Ganowiak, W., Pålhagen, S., Unosson, M., Toss, G., & Granérus, A-K. (2004). Factors of importance for weight loss in elderly patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand*, 110, 180-187.

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

Lundman, B., Viglund, K., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Santamäki Fischer, R., Strandberg, G., & Nygren, B. (2011). Development and psychometric properties of the Inner Strength Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1266-1274. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.03.006

Lydahl, D. (2017). *Same and Different? Perspectives on the Introduction of Person-Centred Care as Standard Healthcare. (Doktorsavhandling, University of Gothenburg department of Sociology and work science, Göteborg)*. Hämtad från [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/52232/1/gupea\\_2077\\_52232\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/52232/1/gupea_2077_52232_1.pdf)

Läkemedelsverket. (2010). *Smärtlindring i livets slutskede - ny rekommendation*. Hämtad från <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och->

sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation\_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf

Marengoni, A., Angelman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., ... Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10, 430-439. doi:10.1016/j.arr.2011.03.003

Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing*, 38(4), 417-423. doi:10.1093/ageing/afp049

Murakami, Y., & Colombo, F. (2013). Why the quality of long-term care matters. In OECD/European Commission (Red.). *A good life in old age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OECD Publishing. doi:10.1787/9789264194564-en

Nordin, A.M.M., Ernsäter, T.P., & Bergman, B. (2014). Quality registers in professional health care educations; knowledge gaps and proposed actions. *Organizacija*, 47, 245-253. doi:10.2478/orga-2014-0022

Parker, M., & Rogers, A. (2015). Management of pain in pre-hospital settings. *Journal of Emergency Nurse*, 23(3), 16-21.

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Hämtad från Riksdagens webbplats [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2016). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.M., Cylus, J., Mackenbach, J.P., Knai, C., & Mckee, M. (2013). Ageing in European Union. *The Lancet*, 381, 1312-1322. doi:10.1016/S0140-6736(12)62087-X

Rogers, M., Sockolow, P., Bowles, K., Hand, K., & George, J. (2013). Use of human factors approach to uncover informatics needs of nurses in documentation of care. *International Journal of Medical Informatics*, 82, 1068-1074.

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

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken. Etikboken för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R., & Willman, A. (2011). Promoting the implementation of evidence-based practice: A literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), 212-223. doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x

Schön, P., Lagergren, M., & Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population based study. *Health & social care in the community*, 24(5), 631-638.

Senior Alert. (2017). *Resultat och statistik.Vårdpreventiva processen per landsting/region, kommun och privat vårdgivare*. Hämtad 2017-10-07 från <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40605>

Socialstyrelsen. (2007). *Trappan mellan kvarboende och flytt Förutsättningar för äldre med rörelsehinder att bo kvar hemma*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9193/2007-123-20\\_200712320.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9193/2007-123-20_200712320.pdf)

Socialstyrelsen. (2010). *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer. Hur riktlinjer kan anpassas till mest sjuka äldres särskilda förutsättningar och behov*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/mest-sjuka-aldre-och-nr.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Om standardiserade bedömningsmetoder [Broschyr]*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18907/2012-12-9.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2016a). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20088/2016-2-29.pdf>

Socialstyrelsen. (2016b). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom Stöd för styrning och ledning, remissversion 2016*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20399/2016-11-7.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2017-05-19 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Sveriges kommuner och landsting. (2014). *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhet lönar sig. Kostnader för skador och vårdskador i*

slutenvård 2013. Hämtad 2017-09-28 från  
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-131-0.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting. (2017). *Öppna jämförelser*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting (SKL). Hämtad 2017 08 28 från  
<https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajamforelser.275.html>

Swedish Standards Institute. (2011). *Bedömningstjänster i arbetslivet – Processer och metoder för bedömning av människor i arbetsrelaterade syften – Del 1: Krav på uppdragsgivaren*. ISO 10667–1:2011, IDT.

van Graan, A.C., Williams, M., & Koen, M. (2016). Clinical judgement within the South African clinical nursing environment: A concept analysis. *Health SA Gesondheid*, 21, 33-45.

Varghese, T., Schultz, W.M., McCue, A.A., Lambert, C.T., Sandesara, P.B., Eapen, D.J... Sperling, L.S. (2016). Physical activity in the prevention of coronary heart disease: implication for the clinician. *Heart*, 120, 904- 909. doi:10.1136/heartjnl-2015-308773

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportservice 1:2011. ISBN: 978- 91-7307-189-5

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur

World Health Organization. (2015). *Ageing and health.(Fact Sheet No 404)*. Hämtad 2017-05-18 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

Zani, A.V., Marcon, S.S., Tonete, V.L.P., & Parada, C.M.G.L. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 135-145.

Åberg, A.C., Lundin-Olsson.L., & Rosendahl, E. (2009). Implementation of Evidence-based Prevention of Falls in Rehabilitation Units: a staff`s interactive approach. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1034-40.



## **Bilaga 1. Informationsbrev till verksamhetschef**

### **Förfrågan om genomförande av studie**

Bedömningsinstrument används för att ge en evidensbaserad och likvärdig vård vart personen än bor. Ändå används inte bedömningsinstrument lika mycket inom vården av äldre personer som yngre.

Det övergripande syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar om att använda bedömningsinstrument i preventiv vård av äldre inom kommunal hälso och sjukvård. då detta visat sig vara ett område där få studier utförts. För att få svar på syftet i denna studie har en kvalitativ ansats valts.

Författarna kommer vända sig till två olika verksamheter förlagda på två orter i södra Sverige. Det finns en önskan om att intervjua ett femtontal sjuksköterskor som jobbar inom verksamheterna, vilket betyder 6-10 sjuksköterskor från varje verksamhet.

Intervjuerna tar ca 30-45 minuter. Platsen för intervjun får deltagarna välja men det finns en önskan om att ge möjlighet att göra intervjuerna i samband med ett arbetspass.

Författarna ber om hjälp med att rekrytera intervjupersoner till studien genom kontaktuppgifter/mail till sjuksköterskor som passar in gällande inklusionskriterier och som tillåter att kontakt tas. Inklusionskriterierna är att det är sjuksköterskor som har varit verksamma minst sex månader och nu jobbar i kommunal hälso- och sjukvård. Det finns även en strävan av att få en blandning av intervjupersoner med olika lång tjänstgöring inom yrket och olika utbildningar. Författarna önskar också att intervjuerna ska kunna göras i anslutning till ett arbetspass, om deltagaren vill det.

Därefter skickar författarna ett informationsbrev till de sjuksköterskor som kan vara lämpliga att tillfråga om studien. I brevet kommer sjuksköterskan erhålla information om studien, så som att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta utan att nämna någon anledning. Efter några dagar tar författarna kontakt med sjuksköterskorna igen för att höra om de vill delta och vill de delta så bestäms tid och plats.

Resultatet från intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt, där ingen kommer kunna utläsa vem som ingått i studien. Efter studien avslutats, kommer materialet arkiveras på en säker plats där obehöriga inte kan nå det på Jönköping University.

Studien kommer att presenteras i form av ett magisterarbete för specialistsjuksköterskor inom vård av äldre vid Jönköping University. När magisterarbetet är examinerat publiceras det i DIVA och kan även presenteras på deltagarnas arbetsplats, om så önskas.

Vid ytterligare upplysning angående studien är ni välkommen att kontakta någon av oss nedan.

Student	Student	Handledare/Universitetslektor
Veronica Fors	Sofie Johnsson	Linda Johansson
070-4905275	070-3689473	036-101253
fove1679@student.ju.se	joso15SJ@student.ju.se	linda.johansson@ju.se
Bergalidsvägen 15	Fängen 22	
612 31 Finspång	567 91 Vaggeryd	

## Samtycke

Härmed godkänner jag att studien “ sjuksköterskors upplevelser av att använda bedömningsinstrument i omvårdnad av äldre personer”, genomförs i den verksamhet som finns under mitt ansvarsområde.

Datum Ort

Underskrift, namnförtydligande

---

## Bilaga 2. Informationsbrev till deltagarna

*Du som arbetar som sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård tillfrågas härmed om deltagande i en studie.*

Det övergripande syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar om att använda bedömningsinstrument (t.ex. Modifierad Norton, ROAG) i preventiv vård av äldre inom kommunal hälso- och sjukvård, då detta visat sig vara ett område där få studier utförts.

Genom fördjupad kunskap om upplevelsen av att använda bedömningsinstrument inom vård av äldre kan betydelse och svårigheter medvetandegöras. Därför tillfrågas du om att delta och dela med dig av dina erfarenheter om att använda bedömningsinstrument.

Deltagande i studien innebär att du kommer intervjuas vid ett tillfälle under ca 30-45 minuter kring dina erfarenheter av att göra bedömningar för att ge god vård. Du väljer själv var intervjun sker, vilket innebär att den kan göras på din arbetsplats i anslutning till ett arbetspass eller så kan du välja annan plats om du så önskar. Intervjuerna kommer spelas in. Medverkan är konfidentiellt, vilket betyder att det du sagt inte kan härledas tillbaka till just dig. Materialet kommer förvaras på en lösenordsskyddad dator som bara behöriga har tillgång till samt arkiveras på Jönköping University när studien avslutats. Deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att ange varför.

Studien kommer att presenteras i form av ett självständigt magisterarbete för specialistsjuksköterskor inom vård av äldre vid Jönköping University. Det kan också presenteras på din arbetsplats om så önskas.

Studien har granskats av etikrådet vid Jönköping University.

Vi kommer kontakta dig inom ett par dagar genom mailadress som vi får, efter din tillåtelse, genom verksamhetschefen för att informera mer om studien samt tillfråga dig om deltagande. Om du väljer att delta avtalas vid denna kontakt också tid och plats för intervjun. Vid ytterligare upplysning angående studien är ni välkommen att kontakta någon av oss nedan.

### Studenter

Veronica Fors  
070-4905275

[fove1679@student.ju.se](mailto:fove1679@student.ju.se)

Bergalidsvägen 15  
612 31 Finspång

Sofie Johnsson  
070-3689473

[joso15SJ@student.ju.se](mailto:joso15SJ@student.ju.se)

Fängen 22  
567 91 Vaggeryd

### Handledare/Universitetslektor

Linda Johansson  
036-101253

[linda.johansson@ju.se](mailto:linda.johansson@ju.se)

### **Bilaga 3. Intervjuguide**

Bakgrundsfrågor:

- Hur gammal är du och hur länge har du jobbat som sjuksköterska?
  - Har du jobbat inom någon annan organisation innan?
  - Har du någon vidareutbildning eller specialuppdrag på din arbetsplats?
- 
- Kan du berätta om hur du arbetar när du bedömer t ex risk för trycksår eller fallrisk hos en äldre person?
  - Använder du bedömningsinstrument i ditt arbete kring bedömningar?
  - Vilka?
  - I vilka situationer använder du bedömningsinstrument?
  - Finns det situationer när du upplever att det inte är lämpligt att använda bedömningsinstrument?
  - Vad upplever du att bedömningsinstrument har för roll i preventiva vården av äldre?
  - Hur god kunskap har du om de bedömningsinstrument som du använder?
  - Hur har du fått kunskapen?
  - Hur använder du resultaten av det som bedömningen visat?
  - Upplever du att bedömningsinstrument utgör någon skillnad i vården?
- 
- Är det något du vill tillägga innan intervjun avslutas?

Förslag på följdfrågor:

Kan du utveckla det?

Kan du berätta mer?

Förstod jag rätt....menade du...?