

May Elgåen  
Karianne Stenseth Sevaldrud  
Jeanette Skar  
Anne Skjerstein

## Må Olga legges inn på sykehus?

"Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge akutt funksjonssvikt hos skrøpelige eldre?"

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Solveig Struksnes  
Juni 2020



## SAMMENDRAG

Tittel:	Må Olga legges inn på sykehus?	Dato 02.06.20
	“Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge akutt funksjonssvikt hos skrøpelige eldre?”	
Forfattere:	May Elgåen	
	Karianne Stenseth Sevaldrud	
	Jeanette Skar	
	Anne Skjerstein	
Veileder:	Solveig Struksnes	
Nøkkelord:	Skrøpelige eldre, hjemmesykepleie, klinisk kompetanse	
Antall sider/ord:	47/10828	Antall vedlegg: 2
<p><b>Bakgrunn:</b> Skrøpelige eldre har et komplekst sykdomsbilde. Dette er en svært sårbar pasientgruppe, som typisk går inn og ut av sykehus og sendes mellom ulike omsorgsnivå. På verdensbasis fyller 1 av 6 over 60 år kriteriene på skrøpelighet. Behovet for å utarbeide gode retningslinjer med bred og systematisk pleie- og omsorgstilnærming er nødvendig for å forebygge akutt funksjonssvikt.</p> <p><b>Hensikt:</b> Belyse kompetansen en sykepleier må ha i møte med den skrøpelige eldre, for å forebygge akutt funksjonssvikt, med mål om å unngå unødvendige sykehusinnleggelses.</p> <p><b>Metode:</b> Litteraturstudie med en bred tilnærming som baserer seg på fag- og forskningsbasert kunnskap, relatert til valgt problemstilling. “Cinahl Complete” og “Medline Ovid” er benyttet som databaser i søk. Det ble inkludert 8 forskningsartikler. Av disse var 2 kvantitative, 5 kvalitative og 1 systematisk oversikt.</p> <p><b>Resultat:</b> Funnene avdekket fem temaer som kan bidra til å forebygge skrøpelighet og sykehusinnleggelses. Disse temaene var kunnskap om skrøpelige, observasjons- og vurderingskompetanse, tiltak og intervensjoner, brukerens erfaring og perspektiv og til slutt samarbeid.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Det er behov for mer kunnskap om skrøpelige. Det anbefales CFS for å identifisere, og SAFE modellen for å observere endringer i funksjonssvikt. Fysisk aktivitet, ernæringstiltak og medikamentreduksjon er effektive tiltak som bør prioriteres. Trygghet og autonomi fremmer mestring og deltakelse. Forebyggende hjemmebesøk i et tverrfaglig team reduserer unødvendig innleggelses, spesielt til aleneboende uten nettverk og mestringsstrategi. Samarbeid med frivillige eldre kan styrke det sosiale velværet og deltakelse.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Does Olga have to be hospitalized?	Date: 02.06.20
	“How can nurses in home care services prevent acute functional decline in frail elderly?”	
Authors:	May Elgåen	
	Karianne Stenseth Sevaldrud	
	Jeanette Skar	
	Anne Skjerstein	
Supervisor:	Solveig Struksnes	
Keywords:	Frail elderly, home care services, Clinical Competence	
Number of pages/words: 47/10828		Number of appendix: 2
<p><b>Background:</b> Frail elderly people often have a complex medical history. This is a very vulnerable patient group, typically with a record of intermittent hospitalisation and frequently sent between different medical institutions. Every sixth person over the age of sixty globally fill the criteria of frailty. The need for good patient guidelines which give broad and systematic health and care is necessary to prevent acute functional decline.</p> <p><b>Purpose:</b> Highlight the competence a nurse needs when meeting with frail elderly to prevent acute functional decline with a purpose to avoid unnecessary hospitalisations.</p> <p><b>Method:</b> A wide scoping literature review based on subject and research-based knowledge, related to the chosen thesis question. “Cinahl Complete” and “Medline Ovid” are used as databases in the search. It included eight research papers, two were quantitative, five were qualitative and one was a systemic overview.</p> <p><b>Results:</b> The findings revealed five subject matters which contribute to prevent frailty and hospitalisations. These subjects were competence about frailty, observations- and diagnosis competency, prophylactic measures and interventions, the users experience and perspective and the last subject was cooperation.</p> <p><b>Conclusion:</b> There is a need for improved competence regarding frailty care. The recommendation would be to use CFS to identify, and the SAFE model to observe changes in loss of function. Physical activity, nutritional intervention and reduction of medication are all effective steps that should be prioritised. Safety and autonomy strengthen sense of accomplishment and participation. Interdisciplinary team carrying out preventative home visits reduce unnecessary hospitalisations. This implies especially to single home residents without a close network and coping strategies. Cooperation with voluntary elderly may contribute to improved social well-being and participation.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
<b>2.0 BAKGRUNN .....</b>	<b>5</b>
2.1 Eldre, gamle, de eldste og de skrøpelige .....	5
2.2 Akutt funksjonssvikt.....	8
2.3 Sykepleiers ansvar for den skrøpelige eldre.....	9
2.4 Utvikling av sykepleiekompetanse.....	10
2.5 Hensikt og problemstilling .....	12
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie.....	13
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.3 Litteratursøk og søkestrategi.....	15
3.4 Utvelgelsesprosessen.....	17
3.5 Analyse av artiklene.....	18
3.6 Kildekritikk .....	19
3.7 Etske overveielser .....	19
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>21</b>
4.1 Presentasjon av funn .....	21
4.2 Sammenfatning av funn .....	28
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>31</b>
5.1 Hvordan kan sykepleiere få bedre kunnskap om skrøpelighet? .....	31
5.2 Hvordan kan sykepleier forbedre observasjons- og vurderingskompetansen? .....	32
5.3 Hvordan finne hensiktsmessige forebyggende sykepleietiltak og intervensjoner?.....	34
5.4 Hvordan ivareta brukerens erfaringer og perspektiv?.....	36
5.5 Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for godt tverrfaglig samarbeid?.....	37
5.6 Metodekritikk .....	39
5.7 Innovasjon og sykepleieutvikling .....	40
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>41</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>42</b>

## 1.0 INNLEDNING

Pasienter og brukere med et komplekst sykdomsbilde blir ifølge Nilsen (2018) ikke alltid tilstrekkelig ivaretatt. Dette er en sårbar pasientgruppe, som typisk går inn og ut av sykehus og sendes mellom ulike omsorgsnivå. Forfatterne av denne oppgaven har erfart dette i praksisstudier og jobbsituasjoner der sykdomsbildet ofte er diffust med økt forvirring og falltendens. Noen ganger oppleves det at brukerne legges inn uten tilstrekkelig observasjon og tiltak hjemme. En hendelse fra praksis i hjemmetjenesten illustrerer godt et slikt forløp, hvor innleggelse kanskje kunne vært unngått:

“Olga” er en hjemmeboende bruker, som til vanlig klarer seg hjemme med rullator. En morgen blir hun funnet på gulvet av hjemmesykepleieren. “Olga” blir hjulpet opp og det blir konstatert at hun klarer å stå på bena og bevege seg. Ekstra tilsyn blir satt inn som tiltak for hendelsen. Dagen etter blir hun på nytt funnet på gulvet. Denne gangen er “Olga” i tillegg mer kognitivt redusert i form av forvirring. Ambulansen frakter henne til fastlegen, som ikke finner tegn til brudd. Hun blir deretter sendt hjem, med beskjed om ytterligere tilsyn. Senere på kvelden blir “Olga” sendt til legevakten og innlagt på medisinsk avdeling da hun igjen blir funnet på gulvet. På medisinsk avdeling får “Olga” blodtransfusjon grunnet alvorlig anemi og blir utskrevet til et korttidsopphold på omsorgssenteret. Etter endt korttidsopphold blir “Olga” sendt hjem med en betydelig kognitiv reduksjon og et økt hjelpebehov.

Dette er dessverre ikke en unik hendelse. Sykepleieren møter denne brukergruppen både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I denne oppgaven har vi fokusert på sykepleierens oppfølging av brukere i kommunehelsetjenesten. Utfallet av hendelser som beskrevet over, er en stor belastning for eldre skrøpelige som opplever en rekke alvorlige uønskede helseutfall (Junius-Walker *et al.*, 2018).

## 2.0 BAKGRUNN

I dette avsnittet gjøres det rede for begrepene eldre, gamle, de eldste og de skrøpelige. Videre forklares utfordringer knyttet til funksjonssvikt, sykepleieres ansvar for de skrøpelige eldre og sykepleierens kompetanseutvikling.

### 2.1 Eldre, gamle, de eldste og de skrøpelige

Ifølge Ranhoff (2019) defineres eldre normalt sett i aldersgruppen 65 - 75 år. De over 75 år blir som regel definert som gamle, mens de over 85 år er de eldste. I denne oppgaven omtaler vi de eldre fra 65 år og oppover.

Ifølge Mensen (2010) og Ranhoff (2019) skjer det ulike forandringer i den aldrende kroppen. En frisk 85-åring har bare 60% av normal nyrefunksjon og blir mer følsomme for legemidler, dehydrering og overhydrering. Vannet blir redusert med 10-15% og fettandelen øker med 30-45%. Flere endringer som tynnere hud og redusert fettlag reduserer evnen til å ta opp vann og øker faren for dehydrering. Det er økt risiko for decubitus og fare for hypotermi grunnet redusert fettlag. Tap av hjerneceller gir redusert hukommelse og risiko for delirium. Redusert motorikk og muskelmasse kan være medvirkende til økt fallfare.

Hansen (2016) påpeker også sammenheng mellom aldersforandringer i syn, vestibulærsystem, nervesystemet, sentralnervesystemet, sarkopeni, polyfarmasi og multimorbiditet som faktorer der falltendensen øker ytterligere. Fall øker faren for brudd grunnet redusert benmasse relatert til nedsatt kalsiumopptak (Mensen, 2010). Ranhoff (2019) sier videre at tap av muskelceller skjer også i hjertet, noe som fører til nedsatt pumpekraft og økt risiko for hjertesvikt og rytmeforstyrrelser. Blodtrykkets reguleringsmekanismer blir redusert, noe som kan føre til ortostatisk blodtrykksfall. Dette viser seg gjennom svimmelhet og økt falltendens når brukerne reiser seg. Lungene og brystveggen blir mindre elastiske samtidig som diffusjonsoverflaten og flimmerhårene reduseres. Dette resulterer i nedsatt evne til å kompensere for oksygenmangel og opphopning av karbondioksid som igjen gir økt risiko for pneumoni.

Det geriatriske biologiske fenomenet skrøpelighet er ifølge Clegg *et al.* (2013) og Junius-Walker *et al.* (2018) den mest sårbare gruppen av eldre. Fenomenet er ikke en del av normal aldring eller

klassifisert som sykdom, men gjenspeiler mer den biologiske alderen enn den kronologiske. Utviklingen er assosiert med en akselerert opphoping av celle- og molekylære skader i flere fysiologiske organsystemer. Dette resulterer i nedsatt fysiologisk reservekapasitet og homeostase, noe som gir økt sårbarhet ved stressfaktorer som små infeksjoner, et nytt medikament eller små kirurgiske inngrep. Skrøpelige dekompenierer hurtigere, og har dårligere evne til å restituere seg. Det er derfor høyere dødelighet, hyppigere forekomst av sykehusinnleggelse og økt hjelpebehov hos denne pasientgruppen sammenlignet med robuste eldre.

Det er uenighet om hvilket norsk ord som er mest dekkende for “frailty”. Til tross for at “skrøpelig” ikke dekker helt betydningen av ordet, har dette blitt et etablert uttrykk for fenomenet (Rostoft og Skar, 2017).

Det finnes mange definisjoner på skrøpelig. I to uavhengige metaanalyser (Barnabei *et al.*, 2017; Junius-Walker *et al.*, 2018) er det enighet om at definisjonen til World Health Organization (WHO) er den mest dekkende. WHO definerer skrøpelig som;

a progressive age-related decline in physiological systems that results in decreased reserves of intrinsic capacity, which confers extreme vulnerability to stressors and increases the risk of a range of adverse health outcomes (WHO, 2015 s. 63).

Clegg *et al.* (2013) deler inn den typiske klinikken som forekommer hyppigst ved skrøpelig i fire hovedgrupper. Det uspesifikke, fall, delirium og akutt forvirring og et svingende funksjonsnivå.

*Det uspesifikke* handler om at skrøpelige har en kronisk lavgradig betennelsestilstand. Det endokrine systemet er også påvirket gjennom blant annet forhøyet kortisol og redusert veksthormon. Dette gjenspeiler seg gjennom tretthet eller utmattelse, uforklart vekttap og gjentatte infeksjoner.

*Fallrisiko* er økt, da balanseproblemer og redusert ganghastighet er viktige kjennetegn hos den skrøpelige brukeren. I en systematisk oversikt bekrefter Cheng og Chang (2017) stor sannsynlighet for gjentagelse av fall. Videre viser de til at spontane fall oppstår hos mer alvorlige tilfeller, men pre-skrøpelige har også høyere risiko sammenlignet med den robuste eldre.

*Delirium/akutt forvirring* hos skrøpelige er preget av rask debut av forvirring og nedsatt bevissthet. Delirium er relatert til redusert kognitiv funksjon og uønskede helseutfall.



*Svingende funksjonsnivå* handler om at et ustabilt funksjonsnivå som svinger fra dag til dag er vanlig hos den skrøpelige eldre. Dette gir den skrøpelige gode og dårlige dager med økt helsehjelp (Clegg *et al.*, 2013).

Det er i dag uenighet om hvordan skrøpelighet kartlegges og skåres, men brukerens funksjonsnivå står sentralt i vurderingen (Rostoft og Skar, 2017). I geriatrisk avdeling har Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) blitt sett på som gullstandarden i kartlegging av skrøpelighet (Lewis *et al.*, 2019). Dette er imidlertid en omfattende og tidkrevende kartlegging. Lewis *et al.* (2019) og Darvall *et al.* (2019) har, i to uavhengige metaanalyser, konkludert med at Clinical frailty scale (CFS) passer best i en travel hverdag. Den kan i tillegg benyttes i både stabile og akutte situasjoner. CFS er oversatt til norsk (Flaatten og Sjøbø, 2018). (Se vedlegg 1). Screeningverktøyet er enkelt og hurtigere å bruke og kan benyttes av sykepleiere uten geriatrisk kompetanse. Identifiseringen kan benyttes som et “rødt flagg” for å vurdere tiltak og nytteverdien av ulike behandlinger og undersøkelser (Lewis *et al.*, 2019; Darvall *et al.*, 2019). Helsevesenet er i hovedsak organisert med tanke på å behandle og forebygge en spesifikk sykdom eller tilstand (Clegg *et al.*, 2013). Det finnes imidlertid ingen klare retningslinjer for denne komplekse pasientgruppen som i tillegg ofte har komorbiditet og polyfarmasi (Husebø *et al.*, 2017). Bakgrunnen for manglende retningslinjer kan være den faglige uenigheten om hvordan skrøpelighet skal defineres (Barnabei *et al.*, 2017; Junius-Walker *et al.*, 2018) og hva slags kriterier/kartleggingsverktøy som skal benyttes (Barnabei *et al.*, 2017; Lewis *et al.*, 2019).

Ifølge Richards *et al.* (2015) er det en høy andel av eldre som legges inn på sykehus. Av innlagte sykehuspasienter er det en prevalens på nærmere 50% som fyller kriteriene for skrøpelige. Sammenhengen mellom skrøpelighet, sammenlignet med robuste eldre på samme alder, og sykehusinnleggelse bekreftes i en metaanalyse utført av Chang, Lin og Cheng (2018). Den viser også at så fort eldre går inn i en pre-skrøpelig tilstand vil hyppigheten av innleggelse øke. De vanligste innleggelsesårsakene hos skrøpelige er generell svikt med symptomer som smerter, dyspne, dehydrering og anemi. Dernest kommer infeksjoner og fall (Gjesten, Brønnick og Testad, 2018).

Globalt fyller 1 av 6 voksne over 60 år kriteriene for skrøpelighet og pre-skrøpelighet (Ofori-Asenso *et al.*, 2019), mens halvparten av personer over 80 år defineres som skrøpelige (FHI,

2019). Frem mot 2040 antydes det en fordobling av antall personer over 80 år (SSB, 2018). Metaanalysen av Chang, Lin og Cheng (2018) hentyder at tidlig oppdagelse av skrøpeligheit og forebyggende tiltak kan redusere sykehusinnleggelser og funksjonstap.

## 2.2 Akutt funksjonssvikt

Ifølge Ranhoff (2014) vises de første tegnene på utvikling av funksjonssvikt som små endringer som økt ustøhet, sansereduksjoner, glemsomhet og eliminasjonsproblemer. Fosse (2015) påpeker videre at den sviktende funksjonsevnen ofte har en sammensatt årsak. Svikten blir ofte betraktet og oppfattet som en naturlig del av aldringen, men kan være et tegn på en alvorlig tilstand. Funksjonssvikt deles inn i akutt, subakutt og kronisk.

Kronisk funksjonssvikt defineres “som stabil funksjonssvikt som har vært til stede i minst tre måneder” (Fosse, 2015, s. 17). Kronisk sykdom, ettervirkning av sykdom og økte aldersforandringer kan gi funksjonssvikt i en mer stabil tilstand over tid. Pasientgruppen er sårbar og har behov for optimal behandling og forebyggende tiltak uten å utsette brukeren for uønskede belastninger. Målet er at brukerne skal bo trygt hjemme så lenge det er forsvarlig. Subakutt funksjonssvikt defineres som “nyoppstått, eller forverring av tidligere funksjonssvikt i løpet av to uker opptil tre måneder” (Fosse, 2015, s. 17). I mange tilfeller kan sykehusinnleggelse ved sub-akutt funksjonssvikt unngås dersom tilstanden oppdages og brukeren blir diagnostisert og behandlet raskt. Dette kan være tilstander som nyoppdaget diabetes, obstipasjon, urinretensjon og anemi.

Akutt funksjonssvikt defineres som “nyoppstått, eller forverring av tidligere funksjonssvikt i løpet av få dager opptil en uke” (Fosse, 2015, s. 17). Det kan være det mest fremtredende ved akutt sykdom hos eldre, og ifølge Ranhoff (2014) alltid en indikator på akutt sykdom, skade eller legemiddelbivirkning. Det er vanlig at en funksjon som er lett redusert fra før forverres. I henhold til retningslinjer utarbeidet av NHS England (2014) bør brukere med akutt funksjonssvikt ofte innlegges sykehus. Samtidig påpeker retningslinjene at sykehusinnleggelser kan gi uheldig helseutfall, under eller etter utskrivelse. De bør av den grunn kun innlegges dersom dette er helt nødvendig.

## 2.3 Sykepleiers ansvar for den skrøpelige eldre

I denne oppgaven fokuseres det på sykepleierens forebyggende funksjon knyttet til den skrøpelige. Sykepleier har en rolle som både behandlende, undervisende, administrerende og fagutviklende som beskrevet av Nortvedt og Grønseth (2017). Tellnes (2017) forklarer forebyggende helsearbeid som tiltak for å redusere risiko og hindre sykdom. I begrepet ligger det en forventning om å forebygge sykdom og skade, bremse utvikling eller forebygging ved å gi et best mulig liv.

Ifølge Fjørtoft (2016) skal sykepleier tilrettelegge og hjelpe den enkelte til å mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Brukeren skal oppleve trygghet i forbindelse med å bo hjemme og motta helsetjenester. Retningslinjer utarbeidet av NHS England (2014) poengterer at omsorg og pleie for den skrøpelige er like viktig som behandling. Eldre skal verdsettes og deres meninger skal lyttes til. De skal behandles med verdighet og respekt til enhver tid. Retningslinjene påpeker viktigheten av dyktige helsepersonell med engasjement og kompetanse for deres spesielle behov, da skrøpelige ofte krever en annen type omsorgsstøtte enn robuste eldre

Sykepleiefunksjonene omhandler sykepleieprosessen, og er i tråd med Ida Jean Orlando sin sykepleieteori. Orlando fremmer en teori der sykepleieren skal lage en effektiv sykepleieplan som er enkel å endre i takt med brukerens behov og helsetilstand (Schmieding, 2011). Nortvedt og Grønseth (2017) beskriver fasene og trinnene i sykepleieprosessen der sykepleier skal utføre en datasamling, vurdere, planlegge og igangsette tiltak, vurdere effekten av tiltakene og dokumentere sykepleien.

Sehested (2012) poengterer at eldre ofte har et komplekst sykdomsbilde med komorbiditet og polyfarmasi. Diagnostikk, forebygging og rehabilitering må av den grunn skje samtidig. Dette stiller høye krav til sykepleierens kompetanse i vurderingen av alvorlighets- og hastegrad.

Ommundsen og Heimdal (2016) har utarbeidet en prosedyre for eldre over 65 år med akutt funksjonssvikt. Datainnsamlingen bør inneholde opplysninger om sirkulasjon, respirasjon, hud, ernæring, munn- og tannstatus, smerte, søvn, mobilitet, eliminasjon, mental status/bevissthet, sosial funksjon og medikamenter for å kunne vurdere tiltak og observere endringer. For å fange opp endringer hos hver enkelt bruker, bør det brukes et skåringsverktøy, som for eksempel NEWS2 (National Early Warning Score 2). Denne guiden baserer seg på vitale tegn som

saturasjon, blodtrykk, puls, temperatur og bevissthet. Ut fra den samlede skåren vil det avdekkes hvor ofte brukeren skal skåres, og når en lege skal kontaktes (RCP, 2017). På denne måten vil en enkelt oppdage en eventuell forverring. I følge Gjevjon *et al.* (2019) er SAFE modellen et utviklet verktøy for helsepersonell i hjemmesykepleien for å tidlig oppdage tegn på en akutt funksjonssvikt. For å avdekke avvik, må brukerens “normale” vitalia være kartlagt før en forverring av helsetilstanden oppstår. Modellen er bygget på ABCDE prinsippet og har en integrert NEWS score.

Observasjonskompetansen grunner i kunnskap til teori, erfaring og klinisk blikk. Observasjonene danner et grunnlag for sykepleien som iverksettes. Vurderingene må være basert på ny forskning og teori for å være pålitelige (Nortvedt og Grønseth, 2017). Dette tydeliggjøres i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019) gjennom deres plikt til å holde seg faglig oppdatert slik at ny kunnskap kan benyttes i praksis.

## 2.4 Utvikling av sykepleiekompetanse

Ifølge Bjørk (2002) er kompetanse i sykepleiesammenheng en generell karakteristik. Det er en forventning at sykepleieren må ha kvalifikasjoner gjennom bestått eksamen og en offentlig godkjenning. Denne kompetansen handler om tilstrekkelig kvalitet i yrkesutøvelsen, som et minstekrav. Kravet til kvalitet er også regulert i Helsepersonelloven §4 (1999) som omhandler faglig forsvarlighet. I faglig forsvarlighet ligger det et krav om at helsepersonell ikke skal utføre helsetjenester de ikke er kvalifisert til. De skal utføre helsetjenesten som er forventet i den gitte situasjonen på en omsorgsfull og respektfull måte. Yrkesutøvelsen skal også utføres i samarbeid med annet kvalifisert personell når situasjonen krever det. Bjørk (2002) henviser videre til Fagermoen sin dynamiske forståelse av kompetanse.

Kompetanse er ikke noe en har – det er noe en viser i konkrete og virkelige situasjoner. Altså en synliggjør sin kompetanse ved å nyttiggjøre og omsette kunnskaper, ferdigheter og verdier i arbeidet...Kompetanse knyttes til det utøvende aspekt, dvs. begrepet er prosessrettet (Bjørk, 2002, s. 197).

Bjørk (2002) beskriver omfanget av kompetanse en sykepleier må ha, fra å håndtere en kritisk syk pasient til å kunne utføre forebyggende arbeid. Sykepleier må av den grunn benytte kunnskap, ulike ferdigheter og verdier for å overveie tiltak til brukerens beste. Denne

overveielser blir også belyst i de fire prinsippers etikk; velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2008). Sykepleieren må av den grunn tenke igjennom flere sider før handlingen utføres.

Patricia Benner (1995) beskriver kompetanseutvikling der sykepleieren utvikles i en prosess fra nybegynner til erfaren. Hun studerte hvordan ferske og erfarne sykepleiere reagerte på like situasjoner. Teori og praksis henger sammen, men den kliniske praksisen er ofte så kompleks at teorien ikke har klart å forberede sykepleieren på alle situasjoner. Ut fra studien delte Benner inn resultatene i kompetansegrupper innenfor sykepleiepraksisen. I denne oppgaven er det valgt å fokusere på de kompetansegruppene som bygger opp under problemstillingen i et forebyggende perspektiv. – “Den diagnostiske og overvåkende funksjon” omfatter å oppdage endringer i brukerens tilstand, og dokumentere dette enten ved hjelp av målinger som vitalia og blodprøver, eller dokumentere observerte kliniske endringer. Tilleggsopplysninger fra dokumenterte observasjoner de siste dagene er viktig i den sammenheng. Dette bidrar til mer presis kommunikasjon med annet helsepersonell. Benner (1995) registrerte at de erfarne sykepleierne hadde opparbeidet seg en erfaringsbasert kompetanse. Dette gjorde de i stand til å forutse situasjonen og handle på et tidligere tidspunkt. Ved å kun følge prosedyrer og kartleggingsverktøy, vil den erfarne sykepleier ha en klinisk kompetanse som ikke blir benyttet. “Effektiv håndtering av hurtig skiftende situasjoner” er viktig da sykepleieren som regel ser den skrøpelige oftest, og lettere ser endringer.

Det er også viktig at sykepleier kan koordinere og iverksette selvstendige tiltak. Sykepleier plikter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a (1999) å gi øyeblikkelig hjelp til pasient og brukere.

Med bakgrunn i presentert kunnskapsgrunnlag rettes denne oppgaven inn mot utvikling av sykepleieres kompetanse. Dette satt i tilknytning til ivaretagelse av skrøpelige eldre i hjemmesykepleien.

## **2.5 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med litteraturstudien er å belyse kompetansen en sykepleier må ha i møte med den skrøpelige eldre. Dette for å forebygge akutt funksjonssvikt og unngå unødvendige sykehusinnleggelser. Med unødvendige innleggelser menes innleggelser som kunne vært forebygget med tiltak i hjemmet. Faktorene som bidrar til kunnskapen, er belyst i denne oppgaven gjennom et holistisk perspektiv.

Da kunnskapsgrunnlaget viser at akutt funksjonssvikt er en vanlig årsak til innleggelser, blir problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge akutt funksjonssvikt hos skrøpelige eldre?*

## **3.0 METODE**

Ifølge Thidemann (2019) er metode en systematisk fremgangsmåte som blir brukt til å samle kunnskap til valgt problemstilling. Metodebeskrivelsen skal være så nøyaktig at samme konklusjon vil forekomme hvis den etterprøves. Ved å velge en presis problemstilling, vil det gi en god fremgangsmåte til hvordan fagkunnskapen kan anvendes.

### **3.1 Litteraturstudie**

I oppgaven benyttes litteraturstudie som metode, for å tilføre ny kunnskap. Litteraturstudie er en oppsummering av vitenskapelige artikler som er relevant for problemstillingen, sammen med eksisterende kunnskap om temaet. Funnene i artiklene og faglitteraturen må vurderes, evalueres og kombineres med en kritisk tilnærming (Aveyard, 2014).

Publiseringer i form av artikler kan presentere forskning med kvantitativ eller kvalitativ forskningsmetode. Aveyard beskriver kvantitativ forskning som en målbar metode i form av tall og statistikk. Kvantitativ forskning krever ofte et stort antall objekter for å kunne konkludere om eksempelvis en medisin gir signifikant mindre bivirkninger enn en annen i kontrollgruppen.

Metoden kan også for eksempel tallfeste forekomst av skrøpelige eldre som re-innlegges innen 10 dager. Kvalitativ forskningsmetode benyttes for å undersøke og beskrive menneskers meninger, opplevelser og erfaringer. Datainnsamlingen gjennomføres med et mindre antall dybdeintervjuer eller observasjoner, for innsikt og forståelse av valgt tema. Metoden kan for eksempel gi svar på hvordan sykepleiers erfaringer er i samarbeidet med legen til den skrøpelige brukeren (Aveyard, 2014).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Veldefinerte inklusjon- og eksklusjonskriterier bidrar til å finne relevante artikler til problemstillingen. De sørger for å holde fokus og kan benyttes som en sjekkliste i utvelgelsesprosessen (Aveyard, 2014). Nedenfor følger en matrise med inklusjons- og eksklusjonskriterier for denne litteraturstudien (se tabell 1).

*Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alder &gt;65 år</li> <li>• Pre-skrøpelige, skrøpelige eldre</li> <li>• Sykepleierelevante artikler</li> <li>• Hjemmeboende som mottar kommunale helsetjenester</li> <li>• Et forebyggende innhold</li> <li>• Publiserte artikler fra 2013 - 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehjemsbeboere</li> <li>• Innlagte sykehuspasienter</li> <li>• Pasienter med demens</li> <li>• Alvorlig psykisk lidelse</li> <li>• Terminale pasienter med forventet levetid &lt;12 måneder</li> <li>• Kreftpasienter</li> <li>• Artikler som ikke har skandinavisk eller engelsk tekst.</li> </ul>



### 3.3 Litteratursøk og søkestrategi

Søk etter litteratur danner det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for oppgaven, og som drøftes opp mot problemstillingen. Litteratursøkingen er rammebestemt av begrensinger som problemstillingen setter og kan ytterligere begrenses av fag, tid, språk og geografi (Dalland, 2012).

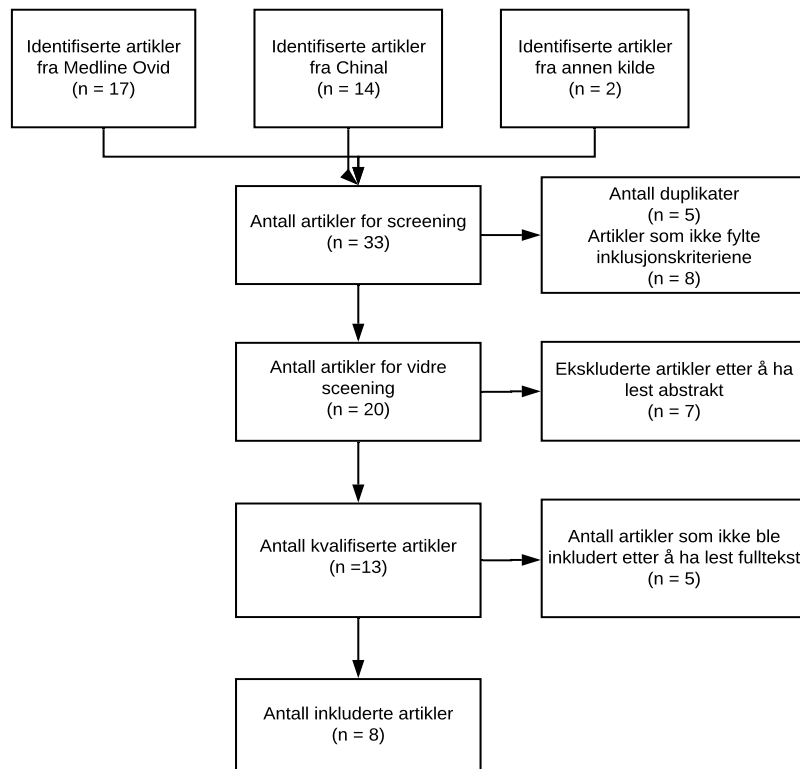
Søket etter resultatartikler startet i mars 2020. Flere søkematriser med ulike søkeord og kombinasjoner er benyttet i prosessen. Et konseptkart som systematiserer søkeordene, er grunnlaget for søkestrategien. Søkeordene inkluderer både MeSH term som benyttes i “Medline Ovid”, emneord fra “Cinahl Complete” og nøkkelord (keyword). Bruk av søkeord har endret seg gjennom prosessen, etter veiledning. Søkestrategien har vært omfattende, for ikke å gå glipp av viktige artikler med bakgrunn i det komplekse hos skrøpelige. I alle matrisene er det allikevel blitt fokusert på varianter av “frail” men noen av søkene har blitt utvidet til “aged” og “older adults” for å søke litt bredere for den aktuelle populasjonen. Det har også vært fokusert på å søke artikler som har en forklarende tilnærming, og som kan overføres til det norske helsevesenet. Det er av den grunn blitt benyttet emneord som “Qualitative Research” og “Norway”. Det er benyttet tilsvarende søkeord i databasene “Cinahl Complete” og “Medline Ovid” for å få et systematisk søk. Det er gjort begrensinger i søket med årstall fra 2013 til 2020. Bakgrunnen for dette er publikasjonen “Frailty in elderly people” av Clegg *et al.* (2013) som nyere forskning henviser til i forståelse av fenomenet skrøpelighet. Søkeprosessen er illustrert ved hjelp av en søkematrise (se tabell 2).

Tabell 2 - Søkematrise

#	Emneord/nøkkelord	Kombinasjon	Cinahl	Medline
1	Frail Elderly OR Frailty Syndrome OR Frail* Frailty OR Frail Elderly		6255	1894
2	Aged OR Aged, 80 and Over		344344	3082483
3	"older adults"		27868	74720
4	Gerontologic Nursing Geriatric Nursing		3362	13552
5	Home Health Care Home Care Services		13263	46905
6	Health Care Delivery, Integrated Delivery of Health Care, Integrated		5555	12626
7	Preventive Health Care Preventive Health Services		93568	588839
8	Hospitalization		41492	235806
9	Clinical Competence		18181	92257
10	Decision Making		55024	199201
11	Activities of Daily Living		29562	100662
12	Qualitative Studies Qualitative Research		71022	53757
13	Norway		6910	38550
14		1 OR 2	345505	3086064
15		1 OR 3	32792	90324
16		4 AND 9 AND 13 AND 14	2	1
17		1 AND 4 AND 5 AND 11	2	3
18		8 AND 10 AND 12 AND 15	4	8
19		5 AND 6 AND 8 AND 15	4	3
20		3 AND 7 AND 13 AND 14	2	2

### 3.4 Utvelgelsesprosessen

To av artiklene ble identifisert i forkant av det systematiske søket via en annen kilde. En av artiklene var en anbefaling og den andre, en systematisk oversikt, ble funnet i søk etter faglitteratur. Treffene i søkematriksen og de andre identifiserte artiklene ble gjennomgått systematisk ut fra inklusjonskriteriene, kvalitet og relevans for problemstillingen. 13 artikler oppfylte kriterier, og av disse ble 8 artikler inkludert. To av artiklene ble ikke benyttet i oppgaven da de var vurdert til å være på siden av problemstillingen. Den ene handlet om pårørendes” kamp” for sikre den beste pleien for brukeren. Den andre hadde fokus på kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som vanskeligjorde muligheten for at pasienten kunne behandles hjemme. Utvelgelsesprosessen er illustrert gjennom et flytskjema (se figur 1).



Figur 1 - Flytskjema for utvelgelsesprosessen

### 3.5 Analyse av artiklene

I analyseprosessen jobbes det reflekterende, beskrivende og analyserende. Å analysere en tekst er å undersøke hva som blir formidlet. Det første som bemerkes i teksten er hovedtema. Teksten blir lest i flere deler og omganger for å få en forståelse av innholdet og for å få tak på detaljene (Thidemann, 2019).

I arbeidet med artiklene ble det benyttet fargekoder for å merke og systematisere de ulike temaene. Analysen av resultatene etter utvelgelsesprosessen avdekker 5 temaer som kan belyse og gi svar på oppgavens problemstilling: “Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge akutt funksjonssvikt hos skrøpelige eldre?”

Første tema som ble identifisert er kompetanse blant sykepleiere, både når det gjelder kunnskap om skrøpelighet og observasjons- og vurderingskompetanse. Neste tema som ble avdekket var tiltak og intervensjoner. Videre ble det funnet tema som belyser brukerens erfaringer og perspektiv. Siste tema belyser ulike former for samarbeid. Fordeling av temaer mellom resultatartiklene er framstilt systematisk i en tabell (se tabell 3).

Tabell 3 - Tematisk fordeling mellom resultatartiklene

	Kunnskap om skrøpelige	Observasjons og vurderingskompetanse	Tiltak og intervensjoner	Brukerens erfaring og perspektiv	Ulike former for samarbeid
Bing-Jonsson <i>et al.</i>		x			
Dew og Wilkes	x		x	x	
Di Pollina <i>et al.</i>					x
Liu <i>et al.</i>			x		x
Næss <i>et al.</i>	x	x			
Obbia <i>et al.</i>	x				x
Tøien, Bjørk og Fagerstrøm			x	x	
van der Kluit, Dijkstra og de Rooij				x	x

### **3.6 Kildekritikk**

En kilde er ifølge Dalland (2012) opphavet til kunnskapen vi avdekker. Når kunnskap avdekkes må det vurderes om den er relevant til oppgaven og om det er en artikkel med kvalitet. Dette kalles kildekritikk.

Resultatartiklene er vurdert ifølge Thidemann (2019) sine punkter om kvalitetsvurdering. Artiklene har relevans til problemstillingen og kan overføres til kompetanseutvikling for sykepleiere. De er fagfellevurdert og det fremkommer hvilket tidsskrift de er utgitt i. Samtlige forfattere har tidligere utgitt studier innenfor relevante fagfelt. Datainnsamlingen er gyldig i henhold til ny kunnskap. Alle artiklene fyller ovennevnte punkter i tillegg til å ha IMRAD struktur.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) (u.å.) er et nasjonalt senter og arkiv for forskningsdata og har fokus på at forskning skal være et felles gode. Senteret vurderer om forskningen følger personvernlovgivningen. 7 av 8 artikler er publisert i tidsskrifter registrert i Register over vitenskapelige publiseringskanaler og er godkjent i forhold til kriterier stilt av NSD (2004). Kriterier for godkjenning stiller krav til blant annet fagfellevurdering og forfatterkrets. Videre skal det være en redaksjon som i hovedsak består av forskere ansatt ved en forskningsenhet (Førde, 2014).

I denne studien er det i hovedsak benyttet primærlitteratur, men noe sekundærlitteratur er også benyttet. Ifølge Dalland (2012) skal det som hovedregel benyttes primærlitteratur, da sekundærlitteratur refererer til primærkilden. Faren ved bruk av sekundærkilder er at dataene allerede har blitt tolket ut fra primærkilden.

### **3.7 Ethiske overveielser**

I henhold til De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) skal hensynet til deltakerne og deres integritet ivaretas. Det er et viktig punkt å “ikke skade” de inkluderte. Informert samtykke er lovfestet i helseforskningsloven §13 (2008). Deltakerne skal få tilstrekkelig informasjon, og

mulighet for å kunne stille spørsmål før de signerer og inkluderes. Det skal fremkomme tydelig hensikt og formål med studien i tillegg til mulige fordeler og ulemper. Deltakeren kan når som helst trekke seg fra studien.

Fire prinsipper som er sentrale i de generelle forskningsetiske retningslinjene er respekt, integritet, rettferdighet og gode konsekvenser. Disse prinsippene handler om at personene som deltar i forskningen, uansett metode, skal bli behandlet med respekt, at forskningen følger normer og regler og er utført på en rettferdig måte. Videre skal forskningen gi gode konsekvenser, dersom negative konsekvenser skal disse også være akseptable (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Helsinkideklarasjonen er retningslinjer i forskningsetikk og er utarbeidet av verdens legeforening. Det stilles krav til at forskningen følger sentrale prinsipper og at den utføres av kvalifisert personell. Det tas særlig hensyn til sårbare grupper og komiteene sørger for at det informerte samtykket ivaretas (Førde, 2014).

Halvorsen og Jerpseth (2019) nevner at en godkjenning av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller NSD stiller høye krav til etiske sider i kvalitative og kvantitative studier.

I følge De nasjonale forskningsetiske komiteer (2016) er det viktig at forskerne ikke har noen interessekonflikt. Dette for at sammenblanding av roller og relasjoner unngås og for at resultatet skal være troverdig.

## 4.0 RESULTAT

I denne delen presenteres resultatene av utvelgelsesprosessen. Temaer ble funnet i løpet av analyseprosessen. Disse belyses nærmere etter presentasjon av funn.

### 4.1 Presentasjon av funn

De åtte resultatartiklene presenteres i alfabetisk rekkefølge. De blir presentert med referanse, hensikt, metode, resultat og kildekritikk. Funn uten sykepleierrelevans er ikke tatt med i resultatene. I artiklene omtales pasientene og brukerne om hverandre, i denne oppgaven benevnes alle som brukere.

#### Artikkel 1

Bing-Jonsson *et al.* (2016) Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff, *BMC Nursing*.

*Hensikten* med studien er å vurdere om det er tilstrekkelig kompetanse om hjemmeboende eldre med komplekse helsebehov hos helsepersonell.

*Kvantitativ metode.* Tverrsnittstudie, med omfattende spørreskjema for å kartlegge kompetanse. Det var 1016 deltakere, herav 38% sykepleiere, 52% helsefagarbeidere/hjelpepleiere og 9% assistenter.

*Resultatene* i studien viser at sykepleier har generelt mest kompetanse. Ingen av helsepersonellgruppene oppnådde full skår på de ulike variablene. På enkelte var det et stort gap mellom maksimum skår og oppnådd gjennomsnittlig poengsum. De fant urovekkende mangler på kompetanse innen pasientobservasjon, systematiske målinger og vurderinger, igangsette sykepleietiltak, utføre avanserte prosedyrer, dokumentering av utført arbeid og samarbeid med medarbeidere ved behov. Studien viser også at helsepersonell som jobber i helse- og omsorgssenter har mer kompetanse enn personell i hjemmetjenesten. Eldre helsepersonell skårer gjennomsnittlig lavere enn yngre.

*Kildekritikk:* Ingen interessekonflikt. Deltakerne er inkludert fra forskjellige deler av landet, for å ha et representativt utvalg. Resultatet fra det lave antallet assistenter kan ikke benyttes.

Selvrapportert kompetansevurdering kan gi utslag med tanke på hvor selvkritisk deltakeren er.

## Artikkel 2

Dew og Wilkes (2018) Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: a qualitative study of high-risk patients in primary care., *British Journal of General Practice*.

*Hensikten* var å undersøke faktorer rundt adferd som bidrar til at eldre i risikogruppen unngår innleggelser.

*Kvalitativ metode.* Dybdeintervju av 21 brukere i risikogruppen for sykehusinnleggelse og 9 omsorgspersoner; 7 ektefeller, ett barnebarn og en betalt omsorgsgiver.

*Resultatene* i studien registrerte at deltakerne oppga faktorer som å kjenne sine begrensninger og det å fokusere på noe annet enn helsesituasjonen kunne bidra til å unngå sykehusinnleggelser. Å akseptere deres tilstand, inkludert det å bli gammel var en annen mestringsstrategi. De prøvde å ha et normalt liv med en positiv holdning til helsesituasjonen. Støtte fra familie, venner og naboer var viktig for å føle trygghet og for å få hjelp til praktiske oppgaver. Brukermedvirkning var en viktig faktor, men noen ønsket mer innflytelse. De oppga at et godt forhold til sin egen lege var viktig og at de hadde kjennskap til deres tilstand. Majoriteten hadde tiltro til helsepersonellet. Fire av åtte brukere som hadde akutte og hyppigere innleggelser før intervjuene bodde alene. De hadde i tillegg mer angst, spesielt når de oppdaget nye symptomer. Noen klarte ikke å akseptere den tilstanden de var i. Tanken på å ikke ha kontroll over helsen gjorde dem dårligere, noe som resulterte i hyppigere innleggelser. De fleste pasientene beskrev tilfeller der det var blitt tatt beslutninger uten at de var involvert. Noen fortalte om beslutninger som var gjort av pårørende. Hjelpemidler ga en trygghet ved å vite at de var tilgjengelige. Videre oppga de hjemmeboende deltakerne temaer som optimalisering av medisiner for kontroll av deres helseplager, ha en sunn livsstil, trening, frisk luft, hvile når de følte seg trette eller uvel og unngå røyk og alkohol som viktige faktorer for å unngå innleggelser.



*Kildekritikk:* Godkjent av etisk komite. Ingen interessekonflikt. Har et eget kapittel med styrker og svakhet ved studien. De inkluderte deltakerne burde vært mer homogent, resultatet er uansett personavhengig. Basert på det britiske helsesystemet som kan avvike fra det norske.

### **Artikkel 3**

Di Pollina *et al.* (2017) Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community- dwelling frail older adults: a prospective controlled trial, *BMC Geriatrics*.

*Hensikten* med studien er objektivt å vurdere om integrert kommunalt geriatrisk team (i tillegg til hjemmesykepleie) reduserer antall sykehusinnleggelser, akuttmottak- og legevaktbesøk og institusjonalisering. I tillegg om det øker sannsynligheten for å opprettholde helse- og omsorgsmål til brukere som ønsker å bo hjemme.

*Kvantitativ metode.* En prospektiv kontrollert studie med en kontrollgruppe (n = 179) og en intervensjonsgruppe (n = 122).

*Resultatet* viste en reduksjon av sykehusinnleggelser og hyppighet av legevaktbesøk etter det første året i intervensjonsgruppa. I tillegg så de en total reduksjon av unødvendige sykehusinnleggelser og økt andel brukere som døde hjemme etter eget ønske. Reduksjonen av de unødvendige sykehusinnleggelsene var relatert til årsaker av sosial karakter. De fant ingen forskjeller i antall totale sykehusinnleggelser, institusjonalisering eller dødelighet.

*Kildekritikk:* Godkjent av etisk komité. Ingen interessekonflikt. Basert på det franske helsevesenet som kan avvike fra det norske. Det omfattende geriatriske teamet i intervensjonsgruppa er vurdert til å ikke være overførbart til det norske helsevesenet.

#### Artikkel 4

Liu *et al.* (2019) Update on Interventions to Prevent or Reduce Frailty in Community-Dwelling Older Adults: a Scoping Review and Community Translation, *Current Geriatrics Reports*.

*Hensikten* med studien er å gi en oppdatering av nåværende kunnskap om intervensjoner for å redusere skrøpelighet hos eldre hjemmeboende og omsetningsverdien av dem i de vanlige omgivelser.

Systematisk oversikt som *metode* med en bred tilnærming. 10 primærstudier ble inkludert i perioden 2016 –2018. Denne oppdateringen er basert på en systematisk oversikt fra 2000 – 2016 som inkluderte 14 artikler om samme tematikk.

*Resultatene* i studien viser at forebygging av skrøpelighet gjennom fysisk trening er trygt og har effekt. Det er en sammenheng mellom fysisk skrøpelighet og underernæring og de påvirker hverandre begge veier. Intervensjoner i kombinasjoner har dobbelt så god effekt når brukere er compliant. Intervensjoner i grupper har best effekt og reduserer i tillegg usikkerhet rundt kosthold og forebygger isolasjon. Psykososialt velvære forbedrer deltakelse i trening, ernæring og annen intervensjon for å redusere skrøpelighet. De fremhever viktigheten av motivasjon og sosialt samhold i intervensjonsprogrammet for å redusere fysisk og sosial skrøpelighet.

Forekomsten av skrøpelighet avtok i samme grad i grupper der frivillig eldre ledet aktiviteter med fysisk trening, ernæringsprogram, kognitiv trening og sosial støtte. Studien anbefaler å redusere medikamentbruk hos skrøpelige da det er en klar sammenheng mellom skrøpelighet og polyfarmasi.

*Kildekritikk:* Ingen interessekonflikt. Artikkelen er utgitt av et forlag registrert i NSD (2004).

Funnene baserer seg på primærkilder fra flere land.

### **Artikkel 5**

Næss *et al.* (2017) Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study, BMC Health Services Research.

*Hensikten* med studien var å undersøke aspekter ved helse og funksjonsnivå hos de mest sårbare hjemmeboende eldre i et representativt utvalg. Videre var hensikten å indentifisere deres behov for sykepleie og hvordan disse behovene ble oppfylt.

Kvalitativ *metode* gjennomført som observasjonsstudier. Kartlegging av 83 hjemmeboende eldre (75 år og eldre) som mottok daglig hjemmesykepleie i Oslo.

*Resultatet* viser en høy prevalens av skrøpelighet blant hjemmeboende eldre. Til tross for et klart hjelpebehov, var det et gap mellom helsehjelpen brukeren mottok og deres faktiske behov. På de fleste områder fikk mindre enn én av ti brukere sine behov dekket. Best behovsdekning ble funnet for hud- og sårpleie, observasjon av blodsukker og støtte til matinntak hos brukere med spiseproblemer. De fant lite dokumentasjon om mulige bivirkninger, tegn på ukontrollerte symptomer og sykdomsprogresjon. Det ble heller ikke funnet dokumentasjon i sykepleiejournalen som beskrev brukerens årsak til helseplagene eller effekten av medikamentene.

*Kildekritikk:* Godkjent av REK. Ingen interessekonflikt. Ikke inkludert andre kommuner. Studien har et lavt antall inkluderte deltakere.

### **Artikkel 6**

Obbia *et al.* (2019) Preventing frailty in older people: An exploration of primary care professionals' experiences, *International Journal of Older People Nursing*.

*Hensikten* med denne studien var å undersøke hvilke synspunkter og erfaringer som helsepersonell har i arbeidet med skrøpelige i primærhelsetjenesten.

Kvalitativ *metode* med en fenomenologisk tilnærming basert på dybdeintervju. 4 grupper av 8 deltakere ble inkludert. Gruppene representerte ulike populasjoner fra et lite sted til en stor by.

*Resultatene* i studien viser at helsepersonellet hadde kunnskap om den psykososiale karakteren av skrøpeligheit. De hadde imidlertid liten kunnskap om viktigheten av å indentifisere skrøpeligheit på et tidlig tidspunkt. Skrøpeligheit ble betraktet som en naturleg del av aldringen. De kunne ikke redegjøre for forskjellen mellom skrøpeligheit, multimorbiditet og/eller uførhet. I intervjuene kom det frem at de oftest kun var i kontakt med de skrøpelige ved forverret helsetilstand, ved fall eller ved sykehusinnleggelser. Deltakerne anbefalte en systematisk og interprofesjonell tilnærming da effektive og forebyggende intervensjoner var sett på som komplekse. Denne tilnærmingen ble vurdert som gjennomførbar, men var avhengig av ressurser for å dekke behovene.

*Kildekritikk:* Godkjent av etisk komite. Ethiske overveielser er tatt med i artikkelen. Basert på italiensk helsevesen som kan avvike fra det norske.

## **Artikkel 7**

Tøien, Bjørk og Fagerström (2014) Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits, *Qualitative Health Research*.

*Hensikten* er å undersøke brukeren sin opplevelse og erfaringer med langtidsoppfølging av forebyggende hjemmebesøk.

Kvalitativ *metode* med hermeneutisk design. Intervjubasert med åpne spørsmål, men med en klar hensikt. 10 deltakere med en gjennomsnittsalder på 85,5 år, med  $\geq 6$  års erfaring med forebyggende hjemmebesøk.

*Resultatet* viser at de hjemmeboende deltakerne i studien rapporterte det "å føle seg trygg" som den viktigste fordelen da fremtiden opplevdes som usikker og truet. Deltakerne oppfattet helsepersonellet som profesjonelle og omsorgsfulle mennesker de kunne stole på i hverdagen. Ved økt trygghet økte deres selvtillit til mestring. Flertallet av brukerne verdsatte autonomi høyt, og flere deltakere rapporterte at sykepleierne delte relevant kunnskap som hjalp dem med å forbli autonome. Det var en trygghet å vite at det var en mulighet for å få hjelp – ikke hvis, men når det var behov. Brukerne opplevde å føle seg vel gjennom at sykepleier bidro til at brukerne kunne lette sine bekymringer om helse og fremtid. På den måten fikk de et bedre forhold til familie og

venner, i tillegg til å få hjelp til å ta opp manglende kontakt. Følelsen av “å være noen” var også en viktig faktor som reflekterte et ønske om verdighet, verdi og selvtillit. De hjemmeboende deltakerne rapporterte “å klare dagliglivets gjøremål” ved hjelp og tilrettelegging i hjemmet som viktig.

*Kildekritikk:* Godkjent av REK. Følger Helsinkideklarasjonen. Ingen interessekonflikt. Det er inkludert brukere som har deltatt med forebyggende hjemmebesøk i  $\geq 6$  år. Dette kan tyde på at de som deltar allerede er fornøyd, og at deltakerne som eksempelvis bare har deltatt i et 1 år kunne hatt en annen mening. Kun en kommune er inkludert i studien.

## Artikkel 8

van der Kluit, Dijkstra og de Rooij (2018) The decision-making process for unplanned admission to hospital unveiled in hospitalised older adults: a qualitative study, *BMC Geriatrics*.

*Hensikten* med studien var å få innsikt i hvordan beslutningen om sykehusinnleggelser ble tatt fra den eldre brukeren sitt perspektiv ved akutte sykehusinnleggelser.

Kvalitativ *metode* med åpne intervjuer. Beslutningsprosessen som førte til sykehusinnleggelser ble belyst gjennom 21 eldre og/eller deres pårørende.

*Resultatene* i studien viser at deltakerne ble innlagt akutt på sykehus til tross for at brukerens plager hadde vært til stede i en lengre periode. Deltakerne oppfattet innleggelse som uunngåelig på grunn av utilstrekkelig omsorgsmiljø hjemme. De fant ingen grunn til å diskutere andre muligheter. I tillegg hadde de en positiv forventning og håp til en sykehusinnleggelse. Alle var fornøyd med beslutningen om innleggelse grunnet nåværende hjemmesituasjon, og i tillegg oppga de fordeler som god mat og trygg helsehjelp. De ønsket å bli involvert i beslutninger om deres behandling, og noen ønsket selv å få bestemme. Noen brukere rapporterte om sykehusinnleggelse mot deres ønske da innleggende lege overlot dette ansvaret til pårørende. Behandlingsplan og delt beslutningstaking ble sjelden sett i intervjuene. Det var kun to brukere ved et sykehjem som hadde en avtale om hva som skulle føre til en eventuell innleggelse.

*Kildekritikk:* Godkjent av etisk komite. Ingen interessekonflikt. Basert på nederlandsk helsevesen som kan avvike fra det norske.

## 4.2 Sammenfatning av funn

Analysen av resultatartiklene ble sammenfattet i fem temaer, som svar på “Hvordan kan sykepleier i hjemmesykepleien forebygge akutt funksjonssvikt hos skrøpelige eldre?”

Temaene handler om at sykepleieren har kunnskap om skrøpelighet, har observasjons- og vurderingskompetanse, kan iverksette hensiktsmessige tiltak og intervensjoner, kan ivareta brukerens erfaringer og perspektiv og har evne til tverrprofesjonelt samarbeid?

### 4.2.1 Har kunnskap om skrøpelighet

Næss *et al.* (2017) fant en høy prevalens av skrøpelige eldre blant hjemmeboende. Studien avdekket et gap mellom helsehjelpen brukeren mottok og det faktiske behovet. Sykepleiere hadde i studien til Obbia *et al.* (2019) lite kunnskap om skrøpelighet og viktigheten av å identifisere fenomenet på et tidlig tidspunkt. De hadde vansker med å redegjøre for forskjellen mellom skrøpelighet, multimorbiditet og/eller uførhet. Skrøpelighet ble betraktet som en naturlig del av aldringen. De hadde imidlertid kunnskap om den psykososiale karakteren ved skrøpelighet. Deltakerne hadde oftest kontakt med de skrøpelige ved forverret helsetilstand, ved fall eller ved sykehusinnleggelser. Dew og Wilkes (2018) fant at fire av åtte brukere som hadde akutte og hyppigere innleggelser bodde alene. De hadde i tillegg mer angst, spesielt når de oppdaget nye symptomer.

### 4.2.2 Har observasjons- og vurderingskompetanse

I studien av Bing-Jonsson *et al.* (2016) viser sykepleiere manglende kunnskap på viktige sykepleiefunksjoner i kommunehelsetjenesten. De fant urovekkende mangler på kompetanse innen pasientobservasjon, systematiske målinger og vurderinger, igangsetting av sykepleietiltak, dokumentering av utført arbeid og samarbeid med medarbeidere ved behov. Studien viser en forskjell på kompetanse i forhold til omsorgsnivå der helsepersonell i hjemmesykepleien skårer lavest. I tillegg skårer eldre helsepersonell gjennomsnittlig lavere på kompetanse enn yngre. Dette kan ha sammenheng med funnene i studien av Næss *et al.* (2017) som viser et gap mellom helsehjelpen brukeren mottok og det faktiske behovet. Mindre enn én av ti brukere fikk dekket

sine behov. De utførte imidlertid gode observasjoner og vurderinger på hud- og sårpleie, blodsukker og støtte til matinntak hos brukere med spiseproblemer. Det var mangelfull dokumentasjon på observasjoner om mulige bivirkninger, tegn til ukontrollerte symptomer og sykdomsprogresjon. Det ble heller ikke funnet dokumentasjon i sykepleiejournalen som beskrev brukerens årsak til helseplagene eller effekten av medikamentene.

#### 4.2.3 Tiltak og intervensjoner

Liu *et al.* (2019) bekrefter at forebygging av skrøpelighet gjennom fysisk trening er trygt og har effekt uavhengig av alder. De fant en sammenheng mellom fysisk skrøpelighet og underernæring som påvirker hverandre begge veier. Intervensjoner i kombinasjon har dobbelt så god effekt når brukere er compliant. Intervensjoner i grupper har best effekt og reduserer i tillegg usikkerhet rundt kosthold, og forebygger isolasjon. Deltakerne i studien av Dew og Wilkes (2018) oppga sunn livsstil som en viktig faktor for å unngå innleggelser. Liu *et al.* (2019) fremhever viktigheten av motivasjon og sosialt samhold i intervensjonsprogrammet for å redusere fysisk og sosial skrøpelighet. Psykososialt velvære forbedrer deltakelse i trening, ernæring og annen intervensjon for å redusere skrøpelighet. Studien anbefaler også å redusere medikamentbruk da det er en klar sammenheng mellom skrøpelighet og polyfarmasi. Deltakerne i studien av Dew og Wilkes (2018) oppga det å få optimalisert medisinene som en faktor for å få kontroll av deres helseplager. Tiltak som å få tilrettelagt hjemmet med blant annet hjelpemidler var trygghetsskapende faktorer som ble funnet i studien av Tøien, Bjørk og Fagerström (2014) og Dew og Wilkes (2018).

#### 4.2.4 Brukerens erfaringer og perspektiv

Deltakerne i studien av Dew og Wilkes (2018) oppga å ha mestringsstrategier som viktige faktorer for å unngå sykehusinnleggelse. Støtte fra familie, venner og naboer virket trygghetsskapende og ga mulighet for hjelp til praktiske oppgaver. Noen klarte ikke å ha denne positive holdningen og strategien. Tanken på å ikke ha kontroll over helsen gjorde dem dårligere, noe som resulterte i hyppigere innleggelser. Brukermedvirkning ble oppgitt som en viktig faktor (Tøien, Bjørk og Fagerström, 2014; Dew og Wilkes, 2018; van der Kluit, Dijkstra og de Rooij,

2018). I studien av Tøien, Bjørk og Fagerström (2014) oppga deltakerne at sykepleierne delte relevant kunnskap som hjalp dem med å forbli autonome. Mulighet for å få hjelp fra helsepersonell ga en trygghet da fremtiden følt usikker. Deltakerne opplevde å få et bedre forhold til sine nærmeste når de fikk uttrykt sine bekymringer om helseplagene til helsepersonellet. Følelsen av verdighet, verdi og selvtillit ble styrket gjennom følelsen av “å være noen”. Majoriteten hadde tiltro til helsepersonellet (Dew og Wilkes, 2018) som de oppfattet som profesjonelle og omsorgsfulle (Tøien, Bjørk og Fagerström, 2014).

Deltakerne i studien av van der Kluit, Dijkstra og de Rooij (2018) oppfattet innleggelse som uunngåelig på grunn av utilstrekkelig omsorgsmiljø hjemme. De fant ingen grunn til å diskutere andre muligheter. I tillegg hadde de en positiv forventning til sykehusinnleggelsen. Håp og fordeler som god mat og trygg helsehjelp ble nevnt som årsaker. Noen brukere rapporterte om sykehusinnleggelse mot deres ønske da innleggende lege overlot dette ansvaret til pårørende. Dette ble også funnet i studien av Dew og Wilkes (2018) der deltakerne beskrev tilfeller der det var blitt tatt beslutninger uten at de var involvert.

#### 4.2.5 Samarbeid

Resultatene fra studien av Di Pollina *et al.* (2017) viste en reduksjon av sykehusinnleggelse og hyppighet av legevaktbesøk etter det første året med tverrfaglig intervensjonsgruppe. I tillegg så de en reduksjon av unødvendige sykehusinnleggelse. Reduksjonen av de unødvendige sykehusinnleggelsene var relatert til årsaker av sosial karakter. De fant ingen forskjeller i antall totale sykehusinnleggelse, institusjonalisering eller dødelighet. I studien av van der Kluit, Dijkstra og de Rooij (2018) ble det funnet at deltakerne ble innlagt akutt på sykehus til tross for at pasientenes plager hadde vært til stede i en lengre periode. Behandlingsplan og delt beslutningstaking, ble sjelden sett i intervjuene. Deltakerne i studien av Obbia *et al.* (2019) anbefalte en systematisk og interprofesjonell tilnærming da effektive og forebyggende intervensjoner var sett på som komplekse. Denne tilnærmingen ble vurdert som gjennomførbar, men var avhengig av ressurser for å dekke behovene. Det var kun to brukere ved et sykehjem som hadde en avtale om hva som skulle føre til en eventuell innleggelse. Liu *et al.* (2019) registrerte i sin studie at forekomsten av skrøpelig avtok i samme grad i grupper der frivillig eldre ledet ulike aktiviteter.



## 5.0 DRØFTING

I denne delen drøftes studiens resultater opp mot relevant teori, og aktuell fag- og forskningsbasert kunnskap med vekt på resultatets betydning for klinisk sykepleie.

Overordnet hensikt med studien var å finne svar på hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan bidra til å unngå at skrøpelige eldre skal unngåunødvendige innleggelser i sykehus. Dette kan ifølge studier best forhindres ved å forebygge akutt funksjonssvikt hos de skrøpelige hjemmeboende eldre.

### 5.1 Hvordan kan sykepleiere få bedre kunnskap om skrøpeligheit?

Skrøpelige er betydelig mer utsatt for sykehusinnleggelse enn robuste eldre. Det bekreftes at så fort eldre går inn i en pre-skrøpelig tilstand vil hyppigheten av innleggelser øke (Chang, Lin og Cheng, 2018). Akutte innleggelser ble hyppigst sett hos aleneboende (Dew og Wilkes, 2018). Metaanalysen av Chang, Lin og Cheng (2018) indikerer at tidlig oppdagelse av skrøpeligheit kan redusere sykehusinnleggelser i tillegg til funksjonssvikt og død. Det er imidlertid for lite kunnskap om skrøpeligheit og viktigheten av å identifisere på et tidlig tidspunkt (Obbia *et al.* 2019). Lite kunnskap om skrøpeligheit ble også funnet i en studie av Næss, Wyller og Kirkevold (2019), der noen sykepleiere mente at det ikke var noen forskjell på å gi pleie til skrøpelige eldre kontra yngre brukere. Dette kan også ha sammenheng med manglende retningslinjer (Husebø *et al.*, 2017), og uenighet om hvordan skrøpeligheit skal identifiseres (Rostoft og Skar, 2017) og defineres (Barnabei *et al.*, 2017; Junius-Walker *et al.*, 2018). Selv om begge metaanalysene anbefaler WHO (2015) sin definisjon er det nødvendig om en enighet for å kunne tilpasse den riktige pleien til denne pasientgruppen. For å identifisere skrøpelige er det behov for å ha implementert et hensiktsmessig kartleggingsverktøy (Barnabei *et al.*, 2017). Av erfaring er hverdagen ute i kommunen preget av begrenset tid hos hver bruker. Dette styrker bruk av blant annet CFS som er raskt og enkelt å bruke i tillegg til å være validert og verifisert (Lewis *et al.*, 2019; Darvall *et al.*, 2019).

Næss *et al.* (2017) fant en høy forekomst av skrøpelige hjemmeboende eldre. I tillegg er det urovekkende at skrøpelige eldre ikke får dekket sine behov. Dette gir en klar indikasjon på at kompetansen om skrøpelighet må styrkes. Selv om hver sykepleier plikter å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2019), må det være tilstrekkelige ressurser slik at sykepleiere kan utføre pleie og omsorg på en forsvarlig måte. Resultatene fra studien av Obbia *et al.* (2019) viser imidlertid et gap mellom behov og de ressursene. Videre plikter kommunen, i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), å sikre nødvendig helse- og omsorgstjenester, deriblant forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Dette er i tråd med Tellnes (2017) sin forklaring av forebyggende helsearbeid. Det er imidlertid opp til hver kommune hvordan de velger å overholde disse pliktene. Det kan av den grunn være ulike satsning, organisering, midler og utstyr i de ulike kommunene.

Alder kan også se ut til å ha en faktor på kompetanseutvikling da eldre helsepersonell skårer lavere enn yngre (Næss *et al.*, 2017). Dette viser at lang erfaring ikke er ensbetydende med ekspertnivå slik Benner (1995) beskriver i prosessen med kompetanseutvikling. Dette tydeliggjør plikten og nødvendigheten til å holde seg faglig oppdatert (NSF, 2019), og kompetansebegrepets betydning om å omsette kunnskap, ferdigheter og verdier i konkrete situasjoner (Bjørk, 2002). Mastergraden Avansert Klinisk Sykepleie ble etablert i et forsøk på å svare på behovet for kompetansen som kreves i hjemmesykepleien. Graden skal gi sykepleiere en bred kompetanse for å møte brukere med komplekse og sammensatte behov. (Regjeringen, 2019; NTNU, u.å.).

## **5.2 Hvordan kan sykepleier forbedre observasjons- og vurderingskompetansen?**

Det er en forventning til at sykepleieren må ha kvalifikasjoner gjennom bestått eksamen og en offentlig godkjenning. Denne kompetansen handler om tilstrekkelig kvalitet i yrkesutøvelsen, som et minstekrav (Bjørk, 2002). Det er imidlertid kompetansemangel på viktige sykepleiefunksjoner som vises i studien til Bing-Jonsson *et al.* (2016). Selv om dette er en studie basert på sykepleiers egenrapporterte kunnskapsnivå, antydes det at kvaliteten er for dårlig for å sikre god sykepleie og behandling uten forsinkelser til den skrøpelige eldre. Studien viser også at helsepersonell som jobber i helse- og omsorgssenter har mer kompetanse enn personell i

hjemmetjenesten. Dette kan ha sammenheng med at helsepersonell på et omsorgssenter har et lettere samarbeid med lege og annet helsepersonell og lettere tilgang på utstyr og prosedyrer.

Observasjoner og vurderinger av hud, blodsukker og ernæring er behov som blir godt dekket i kommunen (Næss *et al.* 2017). En mulig årsak til dette er at helsepersonell utfører kjent sykepleie, i mangel på kunnskap om skrøpelige eldre. Dette vil gå ut over “den diagnostiske og overvåkende funksjonen” Benner (1995) beskriver, som omfatter å oppdage endringer i brukerens tilstand. I tillegg til SAFE modellen (Gjevjon *et al.*, 2019) finnes det prosedyrer og beskrivelser for å oppdage akutt funksjonssvikt (Ommundsen og Heimdal, 2016) på en systematisk måte som er i tråd med sykepleieprosessen (Schmieding, 2011); Nortvedt og Grønseth, 2017). Uten systematisk kartlegging og observasjoner ved en akutt funksjonssvikt kan beslutninger bli tatt på feil grunnlag dersom det er mangelfull dokumentasjon. Benner (1995) på sin side fant ut at den erfaringsbaserte kunnskapen spiller en stor rolle i å forutse situasjoner og handle på et tidligere tidspunkt. Ut fra Benners forskning er det derfor viktig med det kliniske blikk, og ikke slavisk forholde seg til prosedyrer og kartleggingsverktøy. Dette er i tråd med konklusjonen i studien av Næss *et al.* (2017) som anbefaler behov for kvalifiserte observasjoner, tilpassede sykepleietiltak og mer fleksibel og proaktiv bruk av ressurser og kunnskap i hjemmesykepleien. Med kunnskap om de vanligste årsakene til innleggelser (Gjesten, Brønnick og Testad, 2018) må sykepleiere også være spesielt obs på symptomutvikling relatert til dette. Benner (1995) påpekte også viktigheten av at sykepleier skal kunne effektivt håndtere skiftende og akutte situasjoner. SAFE eller NEWS2 er systematiske verktøy som er enkle, lette å tolke og kan forutsi forløpet for å igangsette tidlig tiltak. De gir i tillegg et felles språk på tvers av profesjoner og spesialiteter. NEWS2 kan imidlertid ikke erstatte klinisk skjønn og det bør vises spesiell varsomhet av tolkningen hos eldre (Downey *et al.*, 2017). Næss, Wyller og Kirkevold, (2019) fant imidlertid ikke tradisjon for bruk av systematiske kartleggingsverktøy i hjemmetjenesten i Norge. De undersøkte i sin studie om SAFE kunne fungere som en sjekklister for skrøpelige hjemmeboende eldre. Majoriteten av sykepleierne fant SAFE nyttig i form av å oppdage endringer på et tidlig tidspunkt samt et godt verktøy i kommunikasjon med lege. Andre sykepleiere oppfattet sjekklisten som et pålegg fra leder uten nytteverdi. De mente å dokumentere endringene like bra uten verktøyet gjennom å kjenne brukeren godt.

### 5.3 Hvordan finne hensiktsmessige forebyggende sykepleietiltak og intervensjoner?

Økt fallrisiko er et vanlig kjennetegn hos skrøpelige eldre (Clegg *et al.*, 2013; Cheng og Chang, 2017). I tillegg bidrar den vanlige aldringsprosessen til økt fallfare som følge av blant annet redusert muskelmasse og motorikk (Mensen, 2010; Hansen, 2016; Ranhoff, 2019). Det er av den grunn viktig å kartlegge skrøpelighet ved å benytte CFS (Lewis *et al.*, 2019; Darvall *et al.*, 2019). Chang, Lin og Cheng (2018) anbefaler i sin metaanalyse å sette i gang forebyggende tiltak som blant annet trening- og kostholds intervensjon for å redusere sykehusinnleggelse i tillegg til funksjonstap og død. Målrettede intervensjoner for å forbedre balanse og muskelstyrke har blant annet vist seg å redusere fallrisiko, og påfølgende sykehusinnleggelse (Kidd *et al.*, 2019). Resultater fra Liu *et al.* (2019) bekrefter dette. I tillegg ble det ikke rapportert bivirkninger relatert til intervensjonen uavhengig av alder. Sykepleier må tilrettelegge for deltakelse i grupper med tanke på den godt dokumenterte effekten av fysisk trening. Eldre har i tillegg kunnskap om verdien av fysisk aktivitet og en sunn livsstil (Dew og Wilkes 2018). Denne kunnskapen må sykepleiere legge vekt på for å motivere (Liu *et al.*, 2019) samt bidra til å skape en trygg treningsarena for økt mestring (Tøien, Bjørk og Fagerström, 2014; Fjørtoft, 2016).

En kjent utfordring blant de hjemmeboende skrøpelige eldre er imidlertid frykten for å falle uavhengig om de tidligere har opplevd et fall. Frykt kan lede til fremtidige fall uten tidligere registrert fallrisiko. Bekymringene kan gi negative konsekvenser som immobilitet, sosial isolasjon, angst og symptomer på depresjon, fysisk skrøpelighet og lav livskvalitet (Dorresteyn *et al.*, 2013). Det er derfor viktig å håndtere bekymringene for fall ved å opprettholde de daglige funksjonene og uavhengighet gjennom å tilrettelegge for trygghet og mestring (Fjørtoft, 2016). Dette ble registrert i studien av Tøien, Bjørk og Fagerström (2014) der deltakerne fikk økt mestring gjennom trygghetsskapende tiltak. Hjelpemidler i hjemmet ble oppgitt som viktige faktorer for å bidra til å forhindre sykehusinnleggelse (Tøien, Bjørk og Fagerström, 2014; Dew og Wilkes, 2018). Dette kan tolkes til at den psykologiske faktoren spiller en like viktig rolle som hjelpemiddelet i seg selv. Det kreves god planlegging og brukermedvirkning for å integrere teknologi som en naturlig del av hverdagen (Hauvik og Eines, 2019). Den systematiske oversikten gjennomført av Kidd *et al.* (2019) antyder at intervensjoner kan leveres eksternt via telefon, mobilapplikasjoner og virtuell teknologi. De første resultatene virker lovende, men er

foreløpig ikke testet ut på skrøpelige. Denne teknologien må da kun være et supplement til den nære og persontilpassede pleie- og omsorgstjenesten.

Hansen (2016) viser til sammenheng mellom økt falltendens og polyfarmasi. I studien av Næss *et al.* (2017) ble det funnet et gjennomsnittlig legemiddelforbruk på ni tabletter med en rekke mulige bivirkninger som kan gi økt risiko for delirium og falltendens. Mange brukere benytter i tillegg multidose, noe som antydes å redusere sykepleiers ansvar for å evaluere og observere effekten av dem. Saum *et al.* (2016) fant også at personer med polyfarmasi hadde høyere risiko for å utvikle skrøpeligheit i løpet av 3 år, uavhengig av komorbiditet og alvorlighetsgrad. Tiltak for å redusere medikamentbruk anbefales (Liu *et al.*, 2019).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2015) har utarbeidet en tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten. Der kommer det frem at det er viktig med tverrfaglig legemiddelgjennomgang med sykepleier, fastlege og eventuelt en farmasøyt. Gjennomgangene kan bidra til at sykepleiere blir mer bevisst på observasjon og dokumentasjon av effekt og eventuelle bivirkninger.

Intervensjoner har best effekt når de kombineres, spesielt trening og ernæringstiltak. Fysisk skrøpeligheit er utbredt blant underernærte eldre og dårlig ernæring er også en underliggende årsak til skrøpeligheit (Liu *et al.*, 2019). Pasientsikkerhetsprogrammet (2018) påpeker viktigheten av å ha en dialog med brukere og pårørende om hva de selv kan gjøre for å forebygge underernæring. I tillegg skal helsepersonell gjøre en risikovurdering av bruker og eventuelt gå videre til en kartlegging av årsak, sette inn tiltak og dokumentere. Kidd *et al.* (2019) er imidlertid kritisk til ernæringsintervensjoner da det ikke har gitt helt ensbetydende effekt på skrøpeligheit. Studien understreker at ernæringsintervensjoner skal forbeholdes skrøpelige som er underernærte eller står i fare for å bli det. Ernæringsssituasjonen kan i tillegg være utfordrende da reduserte sanser er en følge av aldringsprosessen. Nedsatt smak og luktesans kan gi dårligere matlyst. Matlysten kan også påvirkes av miljøet rundt måltidet. Sykepleieren må derfor tilrettelegge for gode måltidsituasjoner og tilby mat med mer smak og lukt. Nedsatt muskulatur spiller inn og kan gjøre det utfordrende å tygge, noen kan også trenge bistand i matsituasjon (Brodtkorb, 2014). Ifølge Samson og Strand (2014) og Brodtkorb (2014) er redusert spyttsekresjon en risikofaktor for infeksjonsutvikling i munnhulen og dårlig tannstatus.

## 5.4 Hvordan ivareta brukerens erfaringer og perspektiv?

Skrøpelige eldre skal behandles med verdighet og respekt, og deres mening skal lyttes til og verdsettes (NHS England, 2014). I tillegg skal sykepleiere tilrettelegge slik at den enkelte kan føle trygghet og mestring i eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2016). Dette bekreftes av deltakerne i studien av Tøien, Bjørk og Fagerström (2014).

Erfaringer fra praksis bekreftet behovet for trygghet da en bruker med KOLS fikk hyppige innleggelses etter avsluttet vedtak om tilsyn. Dette kan relateres til skrøpeligheitsfenomenet som gir økt sårbarhet ved stressfaktorer (Clegg *et al.*, (2013); Junius-Walker *et al.*, 2018). Deltakerne i studien av Tøien, Bjørk og Fagerström (2014) beskrev fremtiden som usikker og truet. Det er derfor viktig, slik deltakerne beskriver, at sykepleiere opptrer omsorgsfulle og profesjonelle. Hjelp og støtte fra familie, venner og gode naboer er en god trygghetsfaktor (Dew og Wilkes, 2018). Samtidig har brukere også gitt uttrykk for at det er godt å kunne lette sine bekymringer om helse og fremtid til helsepersonell. Dette gjorde det lettere å ha et bedre forhold til familie og venner (Tøien, Bjørk og Fagerström, 2014). Det kan av den grunn se ut til at brukere gjerne ønsker hjelp av familie til det organisatoriske og praktiske, men ønsker å ha en viss avstand når det gjelder deres bekymringer om fremtid og sykdom. Sykepleiere bør være bevisst på disse faktorene.

Deltakerne i studien av Dew og Wilkes (2018) oppga en del mestringsstrategier som var viktig for å unngå sykehusinnleggelse. Andre manglet positive strategier. Tanken på å ikke ha kontroll over helsen gjorde dem dårligere, noe som resulterte i hyppigere innleggelses. Sykepleier kan oppmuntre bruker til å finne noen strategier som kan fungere for vedkommende.

Videre ble autonomi verdsatt og ansett som en viktig faktor for brukeren (Tøien, Bjørk og Fagerström, 2014; Dew og Wilkes, 2018; van der Kluit, Dijkstra og de Rooij, 2018). Dette kan ha sammenheng med at brukeren har et eierskap til tiltakene og eventuelle mål. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (1999), har bruker rett til medvirkning og tilpasset informasjon ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Sykepleiere skal dele relevant kunnskap for å hjelpe brukeren med å forbli autonome, slik det ble beskrevet i studiene. Det er viktig at brukeren får tilpasset informasjon for å få innsikt i sin egen helsetilstand. Behovet for informasjon til brukeren blir tydeliggjort i en studie av Van Rijn *et al.* (2016) som avdekker

manglende erkjennelse av geriatrike symptomer. Ut fra et kartleggingsverktøy hadde forskerne kartlagt gjennomsnittlig 8 symptomer hos eldre, mens brukerne selv anerkjente i gjennomsnitt ett av symptomene som et problem de ønsket hjelp til.

## **5.5 Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for godt tverrfaglig samarbeid?**

Grunnet det komplekse sykdomsbildet som eldre ofte har, anbefaler Sehested (2012) en omsorgstilnærming som innebærer at diagnostikk, forebygging og rehabilitering skjer samtidig. Dette støttes av Obbia *et al.* (2019) som anbefaler en interprofesjonell og systematisk tilnærming. En slik tilnærming ble sett på som krevende, men gjennomførbar av deltakerne. Dette forutsetter blant annet at det er nok ressurser til å dekke behovene. Intervensjonen i studien av Di Pollina *et al.* (2017) viste ingen signifikante forskjeller på den totale innleggelsesraten. Unødvendige innleggelser ble imidlertid redusert i intervensjonsgruppa, spesielt på bakgrunn av sosiale grunner. Dette kan ha en sammenheng med funn fra studien av Dew og Wilkes (2018) som oppdaget en økt innleggelse hos aleneboende brukere. De hadde i tillegg mer plager med angst. Noen brukere manglet også mestringsstrategier. Tanken på å ikke ha kontroll over helsen gjorde dem dårligere, noe som resulterte i hyppigere innleggelser. En annen faktor som bidrar til unødvendige innleggelser, er brukerens opplevelse av et utilstrekkelig omsorgsmiljø hjemme. Dette viser resultatene i studien av van der Kluit, Dijkstra og de Rooij (2018) der deltakerne ble innlagt til tross for at pasientenes plager hadde vært til stede i en lengre periode. Ut fra disse resultatene kan det antydes at ressursene i et tverrfaglig team bør prioritere aleneboende brukere med lite nettverk og mestringsstrategier. Helsedirektoratet (2019) anbefaler forebyggende hjemmebesøk. Besøkene kan oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet rettet mot eldre. Tilbudet er i utgangspunktet ment for eldre som har begrenset tjeneste fra kommunen. Dette kan blant annet gjelde pre-skrøpelige, men bør omfatte alle skrøpelige for å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser. Helsepersonell i studien av Liaaen og Vik (2019) avdekket imidlertid en balansegang mellom å gi støtte til brukerens egendefinerte mål kontra å hjelpe. Grunnen til dette var brukerens egne forventninger til hva intensjonen i de forebyggende hjemmebesøkene skulle inneholde. Helsepersonellet følte seg også forpliktet til å anbefale mål på bekostning av sosiale aktiviteter. Tverrfaglig samarbeid ga imidlertid

sykepleiere en opplevelse av å få benyttet sin kompetanse i tillegg til mulighet til å lære av andre profesjonsutøvere.

En annen ressurs som sykepleier kan samarbeide med er frivillige eldre. Liu *et al.* (2019) registrerte i sine funn at forekomsten av skrøpelig avtok i samme grad i grupper der frivillig deltok i ulike aktiviteter. Av dette antydes det at relasjonen er viktig for det psykososiale velværet for brukerne.

Sykepleier plikter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a (1999) å gi øyeblikkelig hjelp til bruker, men må samtidig overveie hva som er de beste tiltakene (Bjørk, 2002). Dette i samråd med lege, AMK eller annet helsepersonell for å sikre forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999), da en sykehusinnleggelse i seg selv kan gi uheldige helseutfall (NHS England, 2014). Akutt funksjonssvikt, i henhold til kriteriene (Fosse, 2015), er indikasjon på akutt sykdom, skade eller bivirkning (Ranhoff, 2014) og bør imidlertid oftest innlegges sykehus (NHS England, 2014). Akutte innleggelser kan imidlertid være et resultat av en lang prosess der omsorgssituasjonen til brukeren til slutt ikke blir funnet forsvarlig eller tilstrekkelig uten at det er en direkte akutt situasjon (van der Kluit, Dijkstra og de Rooij, 2018). Gode avtaler og oppfølging for hver bruker er av den grunn essensielt for å unngå uønskede helseutfall. Et tettere samarbeid med fastlegen, pasienten og deres pårørende kan i tillegg være avklarende og gi en forutsigbarhet for alle parter når behov og spørsmål om innleggelse melder seg. Resultatene fra studien av van der Kluit, Dijkstra og de Rooij (2018) viser imidlertid at kun to brukere ved et sykehjem hadde en avtale og plan ved en eventuell innleggelse. Resultatene påpeker viktigheten av å ha kunnskap om hva brukeren selv ønsker av innleggelser, og lage en plan sammen med bruker og pårørende. Tidlig identifisering av skrøpelige er da av stor nytteverdi i denne prosessen (Lewis *et al.*, 2019; Darvall *et al.*, 2019). Videre viser resultatene i studien av van der Kluit, Dijkstra og de Rooij (2018) at pårørende fikk i oppgave å bestemme om brukeren skulle innlegges på sykehus eller få annet helsetilbud. Pårørende kan settes i en vanskelig situasjon der de ofte ikke har kompetanse eller er objektive i slike avgjørelser. Dette kan føre til unødvendig innleggelser hvor pårørende ikke ser noen annen utvei, når daværende hjemmesituasjon er uholdbar. Dette kan illustreres i en studie av Cohen, Knobf og Fried (2017) der sykehjem som hadde høy sykehusinnleggelse ble sammenlignet med de med lav. Til tross for at det var bred enighet om at innleggelse potensielt var en stor belastning for beboeren, beskrev personell i sykehjem med høy



innleggelsesfrekvens en tendens til å overlate komplekse valg til familien. De omsorgssentrene som la inn færre beboere på sykehus la vekt på sitt engasjement i beslutningene rundt hver innleggelse. De var villige til å være uenige med familiemedlemmer og argumentere faglig for deres vurdering. Ut fra dette stilles det krav til kompetanse hos sykepleier, i form av organisering av helsetjenestetilbud og til informasjon og involvering av brukeren og pårørende.

Disse beslutningsprosessene involverer også etiske dilemma. Sykepleier må i hvert tilfelle vurdere hver sak ut fra de etiske retningslinjene (Brinchmann, 2008). Det er viktig å stille seg spørsmål om dette potensielt er en merbelastning for brukeren.

## 5.6 Metodekritikk

I denne litteraturstudien er det benyttet relevant teori for å gi leseren en forståelse av skrøpelighet og kompleksiteten ved både fenomenet og omsorgsaspektene. Teori og forskningsartiklene er av nyere dato.

Etter ferdigstilt søkematrise ble det gjort endringer i valg av artikler da det var ønskelig å få en bredere forståelse for beslutningsprosessen som fører til innleggelser.

Av resultatartikler er både kvalitativ og kvantitativ forskning inkludert, for å få belyst tema på en hensiktsmessig måte. Det er lagt vekt på å inkludere studier som har sykepleierrelevans og som kan overføres til det norske helsevesenet. Artiklene av Bing-Jonsson *et al.* (2016) og Næss *et al.* (2017) er norske studier som omhandler sykepleierens kompetanse, og den pleie og omsorg den hjemmeboende brukeren får i det norske helsevesenet. Begge studiene har noen begrensinger. Deltakerne i studien av Bing-Jonsson *et al.* (2016) vurderte sin egen kunnskap noe som kan gi utslag i form av hvor kritisk den enkelte deltakere er til sin egen kompetanse. I studien av Næss *et al.* (2017) er dataene samlet fra 3 av 15 bydeler i Oslo kommune. Forskerne har prøvd å få et representativt utvalg ut ifra sosioøkonomisk status. Likevel kunne resultatet muligens blitt annerledes om forskerne hadde inkludert flere kommuner i andre deler av landet. De andre studiene som er inkludert er vurdert å være mer universell med tanke på de mellommenneskelige faktorene. Det kan allikevel være kulturforskjeller som påvirker overføringsverdien.

Samtlige artikler er skrevet på engelsk. Dette kan ha medført til mistolkning av data. Noen artikler omhandler helsepersonell, inkludert sykepleiere. Dette kan ha påvirket resultatet i oppgaven da det er forsøkt å tolke denne dataen i sykepleiesammenheng.

Kompleksiteten i fenomenet har resultert i en bred tilnærming gjennom de åtte inkluderte studiene. Dette har sine begrensninger i mulighet for å fordype seg. Resultatene og konklusjonen ville vært mer representativt dersom det ble inkludert flere artikler under hvert av valgte tema. Det ble allikevel ikke funnet ønskelig å begrense søket av hensyn til en helhetsforståelse.

## **5.7 Innovasjon og sykepleieutvikling**

I innovasjonsprosessen skal sykepleiere, ifølge NSF (u.å.), ta i bruk kunnskap og erfaringer på en systematisk og målrettet måte. Dette for å synliggjøre endringer som kan løse utfordringer innenfor sykepleierens virkeområde. Utviklingen i sykepleietjenesten har vært påvirket av fagutvikling, utdanning og forskning.

Med en høy andel av skrøpelige eldre i kommunene er det viktig å utvikle tverrfaglig arbeidsverktøy for en helhetlig pleie og omsorg. Det finnes allerede verktøy (RCP, 2017; Flaatten og Sjøbø, 2018; Gjevjon *et al.*, 2019) samt en prosedyre Ommundsen og Heimdal, 2016), som kan integreres til et felles kartleggings- og observasjonsdokument til hver bruker. Dette sikrer en lik tilnærming, men med individuelle tilpasninger og tiltak. SAFE modellen er tilpasset populasjonen, men det er ønskelig å integrere CFS, dokumentasjon av antall legemidler og komorbiditet for en bredere kartlegging i ett verktøy. Dette vil gi en bedre mulighet for tiltak og behandlingsplan. For å øke kompetansen i kommunen kan en ny versjon av SAFE integreres i eksisterende opplæringsprogram for hver kommune. Mange kommuner benytter ProAct kurs, med egne instruktører, som gir kompetanse i å observere pasienter systematisk etter ABCDE prinsippene, bruk av NEWS2 og kommunikasjonsverktøyet ISBAR (ProAct Norge, u.å.).

## 6.0 KONKLUSJON

Hensikten med studien var å belyse kompetansen en sykepleier må ha i møte med den skrøpelige eldre for å forebygge akutt funksjonssvikt, med mål om å unngå unødvendige sykehusinnleggelser.

Den skrøpelige eldre har et komplekst sykdomsbilde. Funnene avdekker imidlertid for lite kunnskap om skrøpelighet, i tillegg til mangler i viktige sykepleiefunksjoner. Bruk av CFS og SAFE gjør det mulig å identifisere skrøpelige eldre, samt systematisk observere endringer i brukerens funksjonsnivå. Det anbefales i tillegg økt fokus på videreutdanning i kommunen. Videre viser funnene god effekt av fysisk trening, ernæringsintervensjon og medikamentgjennomgang. Dette krever god dokumentasjon av effekt og bivirkninger på medisiner som videreformidles videre til brukerens fastlege.

Videre må brukeren involveres for å øke deres eierskap til tiltak og behandlingsplan. Kartlegging av brukerens ressurser og behov er nødvendig for å øke trygghet i hjemmet.

Aleneboende skrøpelige brukere uten nettverk og mestringsstrategier er spesielt sårbare med hyppigere unødvendige innleggelser. Forebyggende hjemmebesøk i et tverrfaglig team anbefales. Samarbeid med frivillige eldre bør benyttes som en ressurs i ulike grupper for økt sosialt velvære og brukerdeltakelse.

Det oppfordres til å utvide ProAct med SAFE modellen, men i en oppdatert versjon. Effekten burde etterprøves i en klinisk studie for å se om unødvendige innleggelser reduseres.

## 7.0 LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. 2.utg. Berkshire: Open University Press.

Barnabei, R. et al (2017) *Knowing frailty at individual level: A systematic review*. Tilgjengelig fra: [Knowing Frailty at Individual Level: A Systematic Review WP ...advantageja.eu › images › WP4-Knowing-frailty-at-in...](#) (Hentet: 1.november 2019).

Benner, P. (1995) *Fra novice til ekspert*. Oversatt fra From novice to expert av G. Have. København: Munksgaard.

Bing-Jonsson, P. C. et al. (2016) Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff, *BMC Nursing*, 15. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>

Bjørk, I. T. (2002) Kompetanse i sykepleie. i Bjørk, I. T, Helseth, S. og Nortvedt, F. (red) *Møte mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 193 – 207.

Brinchmann, B. S. (2008) De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B. S (red) *Etikk i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS, s. 81-96.

Brodtkorb, K. (2014) Ernæring, mat og måltider, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 301-315.

Chang, S.-F., Lin, H.-C. og Cheng, C.-L. (2018) The Relationship of Frailty and Hospitalization Among Older People: Evidence From a Meta-Analysis, *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), s. 383-391. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12397>

Cheng, M. H. og Chang, S. F. (2017) Frailty as a Risk Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis, *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), s. 529-536. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12322>

Clegg, A. et al. (2013) Frailty in elderly people, *The Lancet*, 381(9868), 752-762. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Cohen, A. B., Knopf, T. og Fried, T. (2017) Avoiding Hospitalizations From Nursing Homes for Potentially Burdensome Care - Results of a Qualitative Study, *JAMA Internal Medicine*, 177(1), s. 137-139. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7128

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Darvall, J. N. et al. (2019) Contributors to frailty in critical illness: Multi-dimensional analysis of the Clinical Frailty Scale, *Journal of Critical Care*, 52, s. 193-199. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.04.032>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 18.mai 2020).

Dew, R. og Wilkes, S. (2018) Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: a qualitative study of high-risk patients in primary care., *British Journal of General Practice*, 68(672), s. 460-468. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp18X697493>

Di Pollina, L. *et al.* (2017) Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial, *BMC Geriatrics*, 17. doi: 10.1186/s12877-017-0449-9

Dorresteijn, T. A. C. *et al.* (2013) Feasibility of a nurse-led in-home cognitive behavioral program to manage concerns about falls in frail older people: a process evaluation, *Research in Nursing & Health*, 36(3), s. 257-270. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.21534>

Downey C.L. *et al.* (2017) Strengths and limitations of early warning scores: A systematic review and narrative synthesis, *International Journal of Nursing Studies*, 76, s. 106-119. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003>

FHI (2019) Skrøpeligheit hos eldre. Tilgjengelig fra: <https://fhi.no/nyheter/2019/skroepelighet-hos-eldre/> (Hentet: 16.november 2019).

Fjørtoft, A.-K. (2016) *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og mulighet*. 3. utg. Oslo: Fagbokforlaget.

Flaatten, H. og Sjøbø, B. (2018) *Clinical Frailty Scale - Norsk versjon*. Tilgjengelig fra: [https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/clinical-frailty-scale-norsk\\_.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/clinical-frailty-scale-norsk_.pdf) (Hentet: 15.november 2019).

Fosse, A. (2015) *Funksjonssvikt hos eldre – målrettet utredning i førstelinjetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.utposten.no/asset/2015/2015-01-17-20.pdf> (Hentet: 28.januar 2020).

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 05.mai 2020).

Gjestsen, M. T., Brønnick, K. og Testad, I. (2018) Characteristics and predictors for hospitalizations of home-dwelling older persons receiving community care: a cohort study from Norway, *BMC Geriatrics* 18. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0887-z>

Gjevjon, E. R. *et al.* (2019) SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre, *Sykepleien*, 107. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76084>

Halvorsen, K. og Jerpseth, H. (2019) Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier, *Forskningens ABC - Sykepleien* s. 66-71. doi: 10.4220/sykepleinf.2019.57440

Hansen, P. D. (2016) Svimmelhet, postural instabilitet og fald. , i Rønholt Hansen, F. og Holm, E. A. (red.) *Geriatri*. 1.utg. København: Munksgaard, s. 409 – 423.

Hauvik, S. og Eines, T. F. (2019) Slik kan ny teknologi gi økt trygghet i hjemmet, *Sykepleien*, 107. doi: 10.4220/Sykepleiens.2019.76626

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 16.februar 2020).

Helsedirektoratet (2019) Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen> (Hentet: 6.mai 2020).

Helseforskningsloven (2008) Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (*helseforskningsloven*). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven> (Hentet: 20.mai 2020).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 16.februar 2020).

Husebø, B. S. et al. (2017) *Helsehjelp til eldre - Kunnskapsoppsummering*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/011017\\_kunnskapsoppsummering\\_helsehjelp\\_sefas.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf) (Hentet: 28.januar 2020).

Junius-Walker, U. et al. (2018) The essence of frailty: A systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions, *European Journal of Internal Medicine*, 56, s. 3-10. Tilgjengelig fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0953620518301778> (Hentet: 1.november 2019).

Kidd, T. et al. (2019) What are the most effective interventions to improve physical performance in pre-frail and frail adults? A systematic review of randomised control trials, *BMC Geriatrics*, 19. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1196-x>

Lewis, E. T. et al. (2019) Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 8, s. 104-114. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.11.002>

Liaaen, J. og Vik, K. (2019) Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement, *International Journal of Older People Nursing*, 14(4). doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12270>

Liu, X. et al. (2019) Update on Interventions to Prevent or Reduce Frailty in Community-Dwelling Older Adults: a Scoping Review and Community Translation, *Current Geriatrics Reports*, 8, s. 72-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s13670-019-0277-1>

Mensen, L (2010) Biologisk aldring, i Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A H (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 51-56.

NHS England (2014) *Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway: practical guidance for commissioners, providers and nursing, medical and allied health professional leaders*. Tilgjengelig fra: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/safe-comp-care.pdf> (Hentet: 23.januar 2020).

Nilsen, L. (2018) Én prosent av pasientene står for 22 prosent av ressursbruken, *Dagens Medisin*. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/09/en-prosent-av-pasientene-star-for-22-prosent-av-ressursbruken/> (Hentet: 23.mars 2020).

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2017) Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse i Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s.17-67.

NSD (u.å.) *Om NSD*. Tilgjengelig fra: <https://nsd.no/om/index.html> (Hentet: 19.mai 2020).

NSD (2004) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier> (Hentet: 05.mai 2020).

NSF (u.å.) *Politisk plattform for innovasjon og tjenesteutvikling 2017-2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3291875/cache=20172403121205/Revidert%20plattform%20innovasjon%20og%20tjenesteutvikling%202017-2020.pdf> (Hentet: 19.mai 2020).

NSF (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 29.januar 2020).

NTNU (u.å.) *Videreutdanning i Trondheim, Avansert sykepleie – Læringsutbytte*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/studier/spvaksp/laringsutbytte> (Hentet: 14.mai 2020).

Næss G., Wyller T. B. og Kirkevold M (2019) Structured follow-up of frail home-dwelling older people in primary health care: is there a special need, and could a checklist be of any benefit? A qualitative study of experiences from registered nurses and their leaders, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, s. 675-690 doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S212283>

Næss, G. *et al.* (2017) Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study, *BMC Health Services Research*, 17. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>

Obbia, P. *et al.* (2019) Preventing frailty in older people: An exploration of primary care professionals' experiences, *International Journal of Older People Nursing*. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12297>

Ofori-Asenso, R. *et al.* (2019) Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults - A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA Network Open*, 2(8). doi: [10.1001/jamanetworkopen.2019.8398](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8398)

Ommundsen, N. og Heimdal, R. (2016) *Akutt funksjonssvikt hos eldre - versjon 2*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/geriatri-akutt-funksjonssvikt-hos-eldre?fbclid=IwAR3cVXsYtxKjLx892k53g-qNrP2kPwCYcjlhWK7DStod8YFLdZOP13iTIRU#preparation> (Hentet: 31.januar 2020).

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 05.mai 2020).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2015) Tiltakspakke for Samstemming av legemiddellister. Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/samstemming-av-legemiddellister/\\_/attachment/inline/33b5eb0c-4f62-4d42-862f-b9f95f09423c:12bcc5de3b8e1ff2e4bdb9937951300d8d6f35cc/tiltakspakke-for-samstemming-av-legemiddellister.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/samstemming-av-legemiddellister/_/attachment/inline/33b5eb0c-4f62-4d42-862f-b9f95f09423c:12bcc5de3b8e1ff2e4bdb9937951300d8d6f35cc/tiltakspakke-for-samstemming-av-legemiddellister.pdf) (Hentet: 13.mai 2020).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2018) *Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjeneste)*. Tilgjengelig fra: [https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/\\_attachment/inline/d0be1367-1eee-40ec-a65d-e3a214129b24:58b59e2908d43a34df74e673fce069dfdc4a21ad/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering-i-hjemmetjenesten.pdf](https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/ernaering/_attachment/inline/d0be1367-1eee-40ec-a65d-e3a214129b24:58b59e2908d43a34df74e673fce069dfdc4a21ad/tiltakspakke-for-forebygging-og-behandling-av-underernaering-i-hjemmetjenesten.pdf) (Hentet: 13.mai 2020).

ProAct Norge (u.å.) *Grunnkurs – ABCDE+F*. Tilgjengelig fra: <https://www.proactnorge.org/grunnkurs>. (Hentet: 18. Mai 2020).

Ranhoff, A. H. (2014) Akutt funksjonssvikt – et vanlig klinisk problem hos eldre pasienter, *Indremedisinen*, 1. Tilgjengelig fra: <https://indremedisinen.no/2014/04/akutt-funksjonssvikt-et-vanlig-klinisk-problem-hos-eldre-pasienter/>. (Hentet 1.november 2019).

Ranhoff, A. H. (2019) Akuttmedisinske tilstander hos eldre og kronisk syke. Haugen, J. E. (red) *Akuttmedisin - utenfor sykehus*. 4. utg. Oslo: Gyldendal s. 303 – 316.

RCP (2017) *National Early Warning Score (NEWS) 2*. Tilgjengelig fra: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> (Hentet: 18.mai 2020).

Regjeringen (2019) *Ny masterutdanning skal gi bedre helsetjenester i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-masterutdanning-skal-gi-bedre-helsetjenester-i-kommunene/id2639575/> (Hentet: 14. mai 2020).

Richards, S. J. G. *et al.* (2019) Prevalence of frailty in a tertiary hospital: A point prevalence observational study, *Plos One*, 14(7). doi: 10.1371/journal.pone.0219083

Rostoft, S. og Skaar, E. (2017) Er pasienten min skrøpelig?, *Indremedisinen*. Tilgjengelig fra: <https://indremedisinen.no/2017/01/er-pasienten-min-skrøpelig/>. (Hentet: 1. nov 2019).

Samson, H. og Strand, G. V. (2014) Munnhelse, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 316-323.

Saum, K. *et al.* (2016) Is Polypharmacy Associated with Frailty in Older People? Results From the ESTHER Cohort Study, *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 65(2), s. 27-32. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.14718>

Schmieding, N. J. (2011) Ida Jean Orlando (Pelletier), i Tomey, A. M. og Alligood, M. R. (red.) *Sygeplejeteoretikere - Bidrag og betydning i moderne sygepleje*. Oversatt fra Nursing theorists and their work av S. W. Jørgensen København: Munksgaard Danmark, s. 381-406.

Sehested, P. (2012) Den akut syge ældre patient, i Jastrup, S. (red) *Akut sygepleje*. København: Munksgaard.

SSB (2018) *Befolkningsframskrivninger i kommunene. 2018-2014*. Tilgjengelig fra: <http://ssb1.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=59ccdd3707ef4a76bdab47e760e7674a> (Hentet: 16.november 2019).



Tellnes, G. (2017) Forklaring av ord og begreper brukt i folkehelse og samfunnsmedisin, i Tellnes, G. (red.) *Helsefremmende samhandling - Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 193-196.

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Tøien, M., Bjørk, I. T. og Fagerström, L. (2014) Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits, *Qualitative Health Research*, 25(5), s. 700-712.  
doi: <https://doi.org/10.1177/1049732314553595>

van der Kluit, M. J., Dijkstra, G. J. og de Rooij, S. E. (2018) The decision-making process for unplanned admission to hospital unveiled in hospitalised older adults: a qualitative study, *BMC Geriatrics*, 18. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1013-y>

Van Rijn, M. *et al.* (2016) Comprehensive geriatric assessment: recognition of identified geriatric conditions by community-dwelling older persons, *Age and Ageing*, 45 (6), s. 894–899. doi: 10.1093/ageing/afw157

WHO (2015) World report on ageing and health. Tilgjengelig fra: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf) (Hentet: 16.november 2019).

