

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Skrøpelighet hos hjemmeboende eldre



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 05.05.2022]

X

Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Den norske befolkningen vil innen få år bestå av nesten dobbelt så mange 80-åringer enn i dag (Folkehelseinstituttet, 2014). Det antydes at forekomsten av skrøpelighet blant hjemmeboende eldre i Europa kan ligge på ca. 15 %, men er sterkt stigende med alder slik at om lag halvparten av de over 80 år kan karakteriseres som skrøpelige (Folkehelseinstituttet, 2019). Eldre pasienter med skrøpelighet er en sårbar pasientgruppe som ikke alltid blir tilstrekkelig ivaretatt. De er mer utsatt for sykdom og skader, og konsekvensene blir gjerne mer alvorlig enn hos eldre uten skrøpelighet.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleieres erfaringer og opplevelser relatert til skrøpelighet hos hjemmeboende eldre, og belyse hvordan disse kan hjelpe oss til å ivareta disse pasientenes behov.

Metode

I denne oppgaven har vi brukt integrativ litteraturoversikt som metode. Fem forskningsartikler ble analysert. Gjennomgående resultater fra forskningsartiklene, relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Sykepleiere erfarer det utfordrende å identifisere skrøpelighet på grunn av manglende kompetanse og ser behovet for systematisk kartlegging. Skrøpelighet blir først oppdaget når den kommer tydelig til uttrykk. Ensomhet og manglende sosial kontakt øker risikoen både for utvikling og forverring av skrøpelighet. Økende kompleksitet i hjelpebehovet til den eldre krever bedre koordinering av tjenester. Det mangler tverrprofesjonelt samarbeidsnettverk mellom ulike helse- og sosialtjenester. Samtidig oppleves det utfordringer knyttet til tilgang til på andre profesjoners ressurser. Det trengs en holdningsendring både blant helsepersonell og eldre, og det må bygges en tro på at

[5317, 5339, 5246]

forebyggende strategier vil kunne forebygge og bremse utvikling av skrøpelighet, og opprettholde god livskvalitet. Forebygging av skrøpelighet krever en helhetlig kartlegging av pasienten samt effektiv kommunikasjon mellom ulike profesjoner.

Nøkkelord: skrøpelighet, hjemmeboende eldre, helhetlig sykepleie, kartlegging, tverrprofesjonelt samarbeid, ensomhet

1.0	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Problemformulering	7
1.3	Hensikt/formål med oppgaven	7
1.4	Begrepsavklaring skrøpeligheit	7
2.0	TEORI	9
2.1	Skrøpeligheit	9
2.1.1	Årsaker og konsekvenser	9
2.2	Joyce Travelbee	10
2.2.1	Menneske-til-menneske forhold	10
2.2.2	Den subjektive opplevelsen av sykdom	10
2.2.3	Lidelse som tapets følgesvenn	10
2.2.4	Søken etter mening og håp	11
2.3	Sykepleiers funksjoner og ansvarsområder knyttet til skrøpeligheit	11
2.3.1	Helsefremming og primærforebygging	11
2.3.3	Faglig kompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid	12
2.3.5	Sosial omsorg	13
3.0	METODE	15
3.1	Integrativ litteraturoversikt	15
3.2	Søkeprosessen	15
3.2.1	Søkestrategi	15
3.2.2	Valg av database	16
3.2.3	Valg av søkeord	16
3.2.4	Valg av artikler	17
3.3	Analyse av artikler	20
4.0	RESULTATER	21
4.1	Psykososiale aspekter ved skrøpeligheit	21
4.1.1	Ensamhet og manglende sosial kontakt	21
4.2	Forutsetninger for behandling og forebygging av skrøpeligheit	22
4.2.1	Helhetlig sykepleie	22
4.2.2	Tverrprofesjonelt samarbeid og koordinering av tjenester	23
4.2.3	Identifisering og kartlegging av skrøpeligheit	24
4.2.4	Kompetanse- og utdanningsbehov	25

5.0	DISKUSJON	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.1.1	Valg av metode	26
5.1.2	Kvalitativ tilnærming	26
5.1.3	Studiernes deltagere	27
5.1.4	Land, arena og språk	28
5.1.5	Forskernes bakgrunn	28
5.2	Resultatdiskusjon	28
5.2.1	Forebygging ved helhetlig tilnærming	28
5.2.2	Tverrprofesjonelt samarbeid	30
5.2.3	Kompetanse om identifisering og kartlegging av skrøpelighet	31
5.2.4	Sosial deltagelse, fellesskap og hverdagsliv	32
6.0	AVSLUTNING OG RESULTATENES IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	35
	LITTERATUR	37
	VEDLEGG 1. SØKELOGG	41
	VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE	43

Antall ord: 7952

1.0 INNLEDNING

Aldring er en naturlig prosess som innebærer fysiologiske forandringer. Kroppen fungerer dårligere enn den gjorde da den var ung. Økt hjelpebehov og funksjonssvikt kan ikke alltid forklares med høy alder. Samtidig som de fleste gamle er friske, er de fleste syke gamle. En stor andel av de syke gamle er skrøpelige, og disse har andre behov for ivaretagelse og hjelp for å forebygge varig tap av funksjon. Derfor er det av stor betydning at helsepersonell på alle omsorgsnivåer gjenkjenner pasienter som tilhører denne kategorien (Fosse, 2012, avsn. 1).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Befolkningssammensetningen har endret seg betydelig i løpet av de siste 100 årene. Den norske befolkningen blir stadig eldre, og innen få år vil det være nesten dobbelt så mange 80-åringer som i dag (Folkehelseinstituttet, 2014). Regjeringens nye helse- og sykehusplan for 2020–2023 har valgt ut de «skrøpelige eldre» som en av sine viktigste målgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er et uttrykt politisk ønske at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig og motta helsetjenester som dekker deres behov der. Imidlertid finnes det begrenset kunnskap om sykkelighet, funksjonsnivå og skrøpelighet hos eldre som mottar helsetjenester i hjemmet (Krogseth, Rostoft, Benth, Selbæk & Wyller, 2021, s. 2).

Vi har gjennom både praksisstudier og jobbsituasjoner gjort oss erfaringer med hjemmesykepleien som en arena med en stor andel eldre pasienter med skrøpelighet. Dette er en sårbar pasientgruppe som ikke alltid blir tilstrekkelig ivaretatt. De er mer utsatt for sykdom og skader, og konsekvensene blir gjerne mer alvorlig enn hos robuste eldre.

1.2 Problemformulering

Det antydes at forekomsten av skrøpeligheit blant hjemmeboende eldre (65 år+) i Europa kan ligge på ca. 15 %, men er sterkt stigende med alder, slik at om lag halvparten av de over 80 år kan karakteriseres som skrøpelige (Folkehelseinstituttet, 2014). Redusert fysisk og kognitiv funksjon medfører høye kostnader både for den enkelte, for den nære familien og for samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2014). Skrøpelige eldre har betydelig redusert reservekapasitet og økt sårbarhet for påkjenninger. De er mer utsatt for fall, underernæring, sen rehabilitering og alvorlig sykdom, faktorer som kan gi redusert selvhjelpsevne, tap av selvstendighet og mindre engasjement i eget liv. Dette kan føre til en selvforsterkende ond sirkel.

Vi ønsker å undersøke sykepleieres erfaringer og opplevelser relatert til skrøpeligheit hos hjemmeboende eldre. Og vil finne ut hvordan disse kan bidra til at vi som sykepleiere kan ivareta deres behov på en god måte. Vårt utgangspunkt er at dersom eldre opprettholder god funksjon lengst mulig kan de oppleve god livskvalitet og verdighet. Økt søkelys på skrøpeligheit hos denne gruppen, vil i tillegg til å ivareta pasientens fysiske kapasitet, bidra til bedre psykisk helse og sosial deltagelse.

1.3 Hensikt/formål med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke sykepleieres erfaringer og opplevelser relatert til skrøpeligheit hos hjemmeboende eldre, og belyse hvordan disse kan hjelpe oss til å ivareta disse pasientenes behov.

1.4 Begrepsavklaring skrøpeligheit

Skrøpeligheit som begrep blir benyttet av ulike helsepersonellgrupper i ulike sammenhenger, og i tillegg brukes det av myndigheter, politikere og i hverdagslig tale. Ordet kan ha ulikt innhold avhengig av sammenheng. I denne oppgaven benyttes skrøpeligheit som en oversettelse av det engelske begrepet *frailty*. *Frailty* kunne vært oversatt med sårbarhet, men ordet *vulnerable* brukes gjerne på engelsk om pasienter med økt risiko for å utvikle *frailty*. Derfor holder vi oss til skrøpeligheit.

Skulle vi komme til å skrive skrøpelige eldre i stedet for eldre med skrøpeligheit ønsker vi å klargjøre at vi ikke beskriver eldre som gruppe betraktet. Skrøpeligheit er i medisinsk sammenheng et distinkt syndrom, og ansees å være et eget fenomen som ofte sammenfaller med høy alder og økt sykkelighet (Hubbard & Woodhouse, 2010, s. 635).

2.0 TEORI

2.1 Skrøpeligheit

Fried definerer skrøpeligheit som en ren kroppslig tilstand, som kan opptre både med og uten sykdom. Ifølge Fried har en skrøpelig person tre eller flere av følgende karakteristika: lav fysisk aktivitet; muskelsvakhett (svekket gripestyrke); langsam ganghastighet; tretthett/lav utholdenhet; ufrivillig vekttao. Andre mener skrøpeligheit er summen av flere negative faktorer, slik som kroppslige og mentale sykdommer, aldersforandringar og fysiske svekkelser (Kirkevold et al., 2014, s. 81).

2.1.1 Årsaker og konsekvenser

Aldersforandringar, som redusert organkapasitet og svekket homøostase, er de viktigste årsakene til utvikling av skrøpeligheit. Andre faktorer som røyking, depresjon, kroniske sykdommer og undervekt gjør personer mer utsatt for skrøpeligheit. Tap av muskelstyrke og nedsatt funksjon er en følge av reduserende muskelmasse med økende alder, men kan også komme av inaktivitet og proteinfattig kosthold. Ved inaktivitet oppleves bevegelse tyngre og funksjonsnivået blir dårligere, som igjen kan føre til mindre aktivitet. Dårligere fysisk form kan gi tyngre rehabiliteringstid etter sykdom. Inaktivitet kan også påvirke den psykiske helsen negativt. Underernæring kan være årsak til og konsekvens av skrøpeligheit. Undervekt gir økt risiko for beinskjørhet, redusert muskelstyrke, redusert immunforsvar, dårlig beskyttelse for kulde og trykksår samt økt risiko for fall. Hos hjemmeboende er en KMI under 20 assosiert med økt dødelighet.

Aldring, sykdom og funksjonstap er tett forbundet. Aldersforandringar øker forekomsten av sykdom som igjen kan føre til funksjonstap. Funksjonstap gir redusert aktivitetsnivå som påvirker aldriingsprosessen negativt. Fysisk aktivitet, hjernetrim, sosialt samvær og et næringsrikt kosthold kan bremse aldriingsprosessen som starter allerede ved 25 års alderen. Funksjonsnivået ved en bestemt alder kan derfor være ulikt fra person til person basert på livsstil og sykdom (Kirkevold et al., 2014, s. 53-83).

Lett kognitiv svekkelse som redusert nærhukommelse, økt tretthett ved mental aktivitet og redusert konsentrasjon er også normale aldersforandringar. Redusert kognitiv funksjon kan medføre økt sårbarhet for stress hos eldre med skrøpeligheit. Og mulige følger kan

være delir, feilmedisinering og forsinket kontakt med helsevesenet ved sykdom (Kirkevold et al., 2014, s. 83).

2.2 Joyce Travelbee

2.2.1 Menneske-til-menneske forhold

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee vektlegger det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie. Sykepleiehandlinger i seg selv er ikke målet. Hensikten med sykepleien er å hjelpe personer til å mestre situasjonen de er kommet i og finne mening i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom. Vi må hjelpe pasientene å akseptere egen sårbarhet og styrke opplevelsen av egen verdi. Vår viktigste metode for å nå dette målet er ifølge Travelbee å opparbeide et menneske-til-menneske-forhold. Slike forhold bygges over tid basert på likeverd, gjensidig tillit og ekte interesse. Sykepleierens kunnskap og evne til å anvende den, og at sykepleieren klarer 'å bruke seg selv terapeutisk' i samhandling med pasienten, er forutsetninger for å etablere og opprettholde et slikt forhold (Travelbee, 1999, s. 41-45).

2.2.2 Den subjektive opplevelsen av sykdom

En grunnleggende tanke hos Travelbee er at det enkelte individ skal stå i sentrum. Ethvert menneske er unikt – likt, men også ulikt alle andre. Derfor snakker hun ikke om pasienter, men om personer og mennesker. Kommunikasjon er vårt viktigste hjelpemiddel, og det er gjennom den at vi kan oppdage det unike ved det andre mennesket. Travelbee vektlegger den subjektive opplevelsen av helse og sykdom. Å kjenne til og utforske pasientens opplevelse av egen situasjon og hvilken mening vedkommende selv tillegger den er viktig. Hun anser individuell behandling som en grunnleggende verdi i sykepleien (Kristoffersen, 2016, s. 29 og 34).

2.2.3 Lidelse som tapets følgesvenn

Lidelse og tap er fellesmenneskelige erfaringer. Den enkeltes opplevelse knyttet til dette er likevel høyst personlig. Lidelse er en sammensatt opplevelse som kan ha både fysiske og

psykiske grunner. Den kan oppstå som følge av tap av status, anseelse eller integritet. Og den kan oppstå når personen føler seg isolert fra andre, ikke får være en del av fellesskapet og erfarer å stå utenfor livet. Å være avhengig av andre kan skape en følelse av verdiløshet. Og å innse at man ikke lenger klarer det samme som før og bli vitne til at kroppen svekkes kan oppleves skremmende (Travelbee, 1999, s. 101-106).

2.2.4 Søken etter mening og håp

Ifølge Travelbee har vi mennesker en tilbøyelighet til å søke mening i møtet med lidelser og sykdom. Mening finnes ikke i selve lidelsen. Det innebærer å finne fram til gode erfaringer og opplevelse av egen verdi og betydning. Travelbee sier at håp øker mestring. En person som håper, har tro på at livet kan bli bedre, mer meningsfylt og godt å leve. Håp gir mulighet for valg, og valgmuligheter gir en følelse av frihet og selvbestemmelse. Som sykepleiere må vi hjelpe personen å gjenvinne og opprettholde håpet. Uten håp mangler vi initiativ og motivasjon til å gjøre endringer i eget liv. Når egne ressurser er utilstrekkelig, vil forvissning om at en mottar hjelp og støtte når det er nødvendig, hjelpe å bevare håpet. Personsentrert sykepleie hvor det er plass til samtaler om livet, verdier og eksistensielle spørsmål kan være klargjørende for begge parter og fremme verdighet (Travelbee, 1999, s. 122-123).

2.3 Sykepleiers funksjoner og ansvarsområder knyttet til skrøpelighet

Aktuelle ansvarsområder innenfor utøvelse av sykepleierfaget i forhold til skrøpelighet er blant annet helsefremming, forebygging, faglig kompetanse, tverrprofesjonelt samarbeid og sosial omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.3.1 Helsefremming og primærforebygging

Helsefremmende tiltak i sykepleien skal gjøre personer i stand til å forbedre egen helse. Sentralt i dette arbeidet står begrepet empowerment eller myndiggjøring, som innebærer å styrke og ivareta pasientens egne ressurser. I praksis hjelper sykepleier pasienten å forløse prosesser som styrker og aktiverer mestringsevnen (Kristoffersen et al., 2016, s. 351).

Primærforebyggende tiltak har som målsetning å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper, ved å opprettholde deres funksjoner (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Helsesvikt uttrykkes ofte ved redusert allmenntilstand, funksjonstap og nedsatt evne til å utføre daglige aktiviteter. Tidlig identifisering vil kunne bremse en negativ utvikling. Sykepleier har plikt til å vurdere den enkeltes behov og iverksette nødvendige tiltak for å forebygge helsesvikt og funksjonstap (Kirkevold et al., 2014, s. 122).

Forebygging bør være det primære målet for sykepleie til skrøpelige eldre. Sykepleier må jevnlig vurdere risikoen for utvikling av skrøpelighet hos den enkelte gjennom observasjon av aktivitet, næringsinntak, vekt, trøtthet og lav utholdenhet. Negative endringer må følges opp med forebyggende tiltak som hindrer uønsket funksjonstap, og som stimulerer til fysisk og mental aktivitet. God ernæring vil legge til rette for, og motivere til økt aktivitet. (Kristoffersen et al., 2016, s. 18, Kirkevold et al., 2014, s. 84).

Nedsatt kognitiv funksjon kan gjøre det vanskelig å formidle subjektive symptomer. Eldre pasienter har uspesifikke sykdomsuttrykk. Derfor må sykepleier gjøre en helhetsvurdering basert på gode observasjoner og sanselig tilstedeværelse. Å fange opp endringer i pasientens daglige funksjon og adferd kan ha stor betydning for å sette inn riktige tiltak på et tidlig nok tidspunkt. Dette kan være endringer i spisemønster, fysisk aktivitet, egenomsorg, sosial aktivitet, søvn og hvile. Vitale målinger bør inkluderes i en helhetlig vurdering ved endringer hos pasienten (Kirkevold et al., 2014, s. 124).

Det kan være utfordrende å dokumentere subtile endringer på en konkret og tydelig måte. Mangelfull dokumentasjon kan medføre at observasjoner ikke tas på alvor og få negative konsekvenser for pleien pasienten mottar. En systematisering av kartleggingen vil forbedre kvaliteten i vurderingen og gjøre det mulig å gi individuell omsorg tilpasset den enkelte (Kirkevold et al., 2014, s. 122-123).

2.3.3 Faglig kompetanse og tverrprofesjonelt samarbeid

Sykepleiere har et faglig og personlig ansvar for å opprettholde egen kompetanse, og oppdatere seg på nyere forskning og utvikling innenfor egne fagområder. De skal også bidra til at ny kunnskap anvendes i praksisfeltet (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å utøve forsvarlig helsehjelp må sykepleier delta i nødvendig opplæring og etterspørre

undervisning ved manglende kunnskap. Kompetansedeling, oppøvelse av ferdigheter og refleksjoner rundt eget arbeid er viktig for å opprettholde kunnskapsnivået i helsetjenestene. Sykepleier må forstå viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeid og kunne koordinere ulike tjenestetilbud pasienten har behov for (Kristoffersen et al., 2016, s. 19, Kirkevold et al., 2014, 127).

Behovet for tverrprofesjonelt samarbeid oppstår når pasientens situasjon er sammensatt eller uavklart. Tverrprofesjonelt samarbeid defineres som et teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå et felles mål, og der resultatet forventes å bli bedre når ulike kompetanse samarbeider (Kristoffersen, 2016, s. 231). Systematisk tverrprofesjonelt samarbeid fører til redusert mortalitet og morbiditet blant gamle skrøpelige pasienter, og har derfor blitt et etablert prinsipp innen geriatrien. Standardiserte kartleggingsskjemaer bidrar til mer presis observasjon og dokumentasjon, og gir tydeligere kommunikasjon i tverrprofesjonelt samarbeid (Kirkevold et al., 2014, s. 123, 125).

2.3.5 Sosial omsorg

Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 slår fast at tjenestene skal «fremme sosial trygghet, forebygge sosiale problemer samt sikre at den enkelte får mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre». I tillegg står det i forskriftene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) i § 3, at kommunen skal etablere et system som søker å sikre blant annet «sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.»

Sosial omsorg innebærer å se og anerkjenne folk som hele mennesker, og tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og sosiale relasjoner. Forskning viser at sosial omsorg i praksis nedprioriteres sammenlignet med tjenester som medisinsk behandling og praktisk bistand. (Munkejord, Schönfelder og Eggebø 2018, s. 300 og 303).

Aktivitet, fellesskap og deltagelse er et hovedsatsingsområde i reformen 'Leve hele livet' og er også nøkkelpunkter i personsentrert omsorg (Meld. St. 15 (2017 –2018), Sudmann 2017, s. 11). Aktiviteter er å bruke kroppen til noe meningsfylt, og kan være alt fra dagligdagse gjøremål som å koke kaffe til å gå på besøk, eller bevege seg ute. Deltakelse refererer også til noe mennesker gjør, som å delta i en sosial situasjon eller relasjon.

Eldre kan oppleve sosial isolasjon. Dårligere helse gjør det vanskeligere å komme seg ut, spesielt for aleneboende. Tap av venner grunnet sykdom og død følger med økende alder, og det oppleves vanskeligere å etablere nye relasjoner. For mange er familie er den viktigste sosiale kontakten, og bor familiemedlemmer langt fra hverandre svekkes muligheten for sosial støtte. Redusert sosial kontakt kan øke risikoen for påkjenninger og sykdommer. Opplevd ensomhet har negative følelsesmessige følger og kan føre til understimulering (Kirkevold, 2014, s. 130).

3.0 METODE

3.1 Integrativ litteraturoversikt

Vi har valgt å skrive en integrativ litteraturoversikt. Målet for en integrativ litteraturoversikt er ikke å fremstille ny kunnskap, men å sammenstille allerede publiserte forskningsresultater til en ny helhet. Dette innebærer en systematisk og kritisk gjennomgang av empirisk forskning, og koble analyserte funn til relevant teori (Friberg 2017, s. 135 og 141).

Studiens design må gi tilgang til den type kunnskap vi ønsker å finne. Vi har valgt kvalitative studier fordi vi ønsker mer kunnskap om sykepleieres erfaringer og opplevelser. Kvalitative forskningsmetoder er velegnet til å kartlegge menneskers oppfatninger og opplevelser, og gir en dypere forståelse av menneskelige fenomener og sammenhenger (Dalland 2012, s. 113).

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Søkestrategi

Å velge litteraturoversikt som metode fordrer at det finnes tilstrekkelige studier av god kvalitet som gir oss gyldig og pålitelig informasjon. Et godt planlagt, strategisk litteratursøk vil være sentralt da det danner rammeverket for oppgaven.

Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier har vi gjort avgrensninger i litteratursøket. Disse avgrensningene er satt opp i en tabell under.

Tabell 1: Oversikt over inklusjons- eksklusjonskriterier.

Kriterier for artiklene	Fagfellevurderte forskningsartikler da disse er grundig vurdert av upartiske eksperter innen fagområdet, noe som øker troverdigheten og kvalitetssikringen.
Tidsperiode	Artikler publisert etter 2012 fordi vi ønsker mest mulig oppdatert kunnskap.
Type studie	Kvalitative studier da dette designet best svarer på vår hensikt.
Geografisk avgrensning	Studier utført i Europa for størst mulig overføringsverdi til norske forhold.

Språk	Artikler publisert på engelsk da det er det mest anvendte språket for forskningslitteratur.
Alder	Deltagere eldre enn 65 år da tema vårt er skrøpeligheit hos eldre personer.

3.2.2 Valg av database

Vi har i hovedsak gjennomført søk i databasen CINAHL. Den er blant verdens mest omfattende referansedatabaser innen sykepleie og tilgrensende fag, og i tillegg er det også den beste databasen for kvalitativ forskning innen fagområdet (UiO 2020, s. 2). Vi har supplert med enkelte søk i PubMed, som er en annen database for helsevitenskaplig forskning. Vi anså disse som gode valg for å finne aktuell forskningslitteratur knyttet til vår hensikt. Databasene var tilgjengelig for oss gjennom universitetsbiblioteket ved UiS. Søkene ble gjennomført i perioden 14.03.22 til 05.04.22. Samtlige artikler som er tatt med i oppgaven, med unntak av en, er funnet ved søk i CINAHL. Den siste artikkelen ble vurdert og inkludert etter tips fra veileder ved UiS.

3.2.3 Valg av søkeord

Søkeord er en sentral del av søkestrategien, og et nyttig verktøy for å avgrense søket ytterligere. Friberg (2012, s. 65) forklarer at forutsetningene for språklig kommunikasjon ser annerledes ut i møtet med databaser, og valg av søkeord og kombinasjon av disse kan være utfordrende.

PICo er et verktøy for å planlegge en effektiv og systematisk søkestrategi, og er egnet til spørsmål som besvares med kvalitative forskningsdesign. Med utgangspunkt i de tre elementene i PICo startet vi de innledende søkene med ordene frailty, prevent og homebound. Videre la vi til contribute, experiences og nurse da vi var ute etter studier med sykepleierperspektiv. Vi fant synonymer til søkeorden med Cinahl subject headings. For eksempel viste frailty syndrome, som ofte brukes i helsesammenheng å være et nøkkelord som bidro til gode resultater.

Bruk av AND og OR har gitt kombinasjoner av søkeordene spisset mot vår hensikt. Flere søk med ulik sammensetning av søkeord har resultert i flere relevante treff på samme søkestreng. For å ikke ekskludere relevante artikler har vi brukt trunkering bak ord, som for eksempel; nurse*. Vi har satt opp en søketabell med nøkkelord og synonymer brukt i søkestrengen.

05.04.22 gjorde vi et siste søk i et forsøk på å finne en artikkel med en større andel sykepleiere blant deltagerne. Vi brukte da kun frailty AND homebound OR home dwelling som søkeord. Søket gav 74 treff, men ingen ble funnet relevante. Søkelogg (vedlegg 1) gir en oversikt over hvilke søk som har resultert i inkluderte artikler.

Tabell 2: Oversikt over nøkkelord og synonymer brukt i søkeprosessen.

Nøkkelord	Skrøpelighet	Forebygge	Hjemmeboende	Tiltak	Erfaringer	Sykepleiere
Engelsk	Frailty	Prevent	Homebound	Contribute	Experiences	Nurse
Synonymer	Frailty syndrome Frail elderly	Preclude	Home dwelling Home living Municipal care Home nursing	Interventions Measures	Perceptions Attitudes	Primary health care Nursing care Nursing practice

3.2.4 Valg av artikler

Søk og valg av artikler har vært tidkrevende og utfordrende. Vi har valgt artikler som oppfyller våre inklusjonskriterier (se under kap. 3.4.1). Vi ønsket et sykepleieperspektiv i oppgaven vår. Alle de inkluderte artiklene har sykepleiere blant deltagerne, men noen av studiene har også deltagere med andre perspektiver. Vi ekskluderte artikler med manglende relevans som ikke var egnet til å belyse vårt tema. Fokuset vårt har vært at artiklenes hensikt sammenfaller med vår egen.

Vi har vektlagt at artiklene presenterer resultater som er gyldige og holdbare. Derfor har vi inkludert artikler som følger IMRaD-strukturens krav til innhold og form, og gjort en vurdering av valg av design og analyse sett i lys av deres hensikt. Sekundærsøk på

forfattere, kilder og tidsskrift har vært nyttig i utvelgelsen. I tillegg har vi undersøkt om det er tatt etiske hensyn i gjennomføringen av studiene.

Tabell 3 under viser en oversikt over de valgte artiklene.

Tabell 3: Oversikt over valgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Strømme, T., Aase, K. & Tjoflåt, I. (2020). Norge Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study	Observasjonskompetanse knyttet til skrøpelighet	Å få kunnskap om observasjonskompetanse blant helsepersonell i kommunehelsetjenesten knyttet til tidlig oppdagelse av klinisk forverring hos eldre pasienter med skrøpelighet.	Sykepleier Helsefagarbeider Assistent	Utforskende kvalitativ metode med observasjon og supplerende intervju av seks fokusgrupper.
Obbia, P., Graham, C., Duffy, F.J. R. & Gobbens, R. J. J. (2019). Italia Preventing frailty in older people: An exploration of primary care professionals' experiences	Erfaringer og synspunkter knyttet til skrøpelighet og forebygging av denne tilstanden hos eldre.	Utforske synspunkter på skrøpelighet og erfaringer knyttet til tidlig oppdagelse og forebygging av skrøpelighet blant helsepersonell som arbeider med eldre i primærhelsetjenesten.	Personell i primærhelsetjeneste, inkludert sykepleiere, som jobber med eldre.	Beskrivende kvalitativ metode med intervju av fire tverrfaglige fokusgrupper.
Papadopoulou, C., Barrie, J., Andrew, M., Martin, J., Birt, A., Duffy, F.J. R. & Hendry, A. (2021). Skottland Perceptions, practices and	Sykepleieres oppfatninger av skrøpelighet -opplevelser av utfordringer knyttet til skrøpelighet	Å forstå sykepleieres i kommunehelsetjenesten sine oppfatninger av skrøpelighet, og å kartlegge deres behov for utdanning og opplæring i	Sykepleiere i kommunehelsetjenesten	Utforskende kvalitativ metode, med fenomenologisk analyse basert, på intervju av fokusgrupper.

educational needs of community nurses to manage frailty	- behov for kunnskap og opplæring	vurdering og håndtering av skrøpelighet.		
<p>Shaw, R. L., Gwyther, H., Holland, C. Bujnowska, M., Kurpas, D. Cano, A. Marcucci, M. Riva, S. & D'Avanzo, B.</p> <p>(2017). Polen, Italia og Storbritannia</p> <p>Understanding frailty: meanings and beliefs about screening and prevention across key stakeholder groups in Europe</p>	Forståelse og opplevelse av skrøpelighet, samt synspunkter på screening og forebygging.	<p>Studien har en tredelt hensikt:</p> <p>Å undersøke ulike gruppers opplevelse av skrøpelighet og betydningen av skrøpelighet for den enkelte</p> <p>Å kartlegge de ulike gruppernes forståelse av, overbevisninger om og synspunkter på screening og tiltak for å forebygge skrøpelighet</p> <p>Å belyse utviklingen og evalueringen av tiltak som vil kunne gjennomføres i klinisk praksis</p>	Eldre med skrøpelighet Eldre ikke-skrøpelige Pårørende Helsepersonell, inkludert sykepleiere Sosialarbeidere	Kvalitativt studie med intervju av fem ulike fokusgrupper i tre europeiske land.
<p>Nord, M., Östgren, C.J., Marcusson, J. & Johansson, M.</p> <p>(2020). Sverige</p> <p>Staff experiences of a new tool for comprehensive geriatric assessment in primary care (PASTEL): a focus group study</p>	Erfaringer med bruk av et nytt helhetlig kartleggings-verktøy, PASTEL, møte med eldre pasienter med skrøpelighet.	Å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av et nytt verktøy for geriatrisk vurdering: Primary care Assessment Tool for Elderly (PASTEL).	Sykepleiere i primærhelse-tjenesten	Kvalitativ studie med fokusgrupper og intervjuer.

3.3 Analyse av artikler

Gjennom analyse granskes artiklenes resultater for å finne ut hva materialet 'har å fortelle' (Friberg, 2012, s. 87). I denne prosessen skjer det en bevegelse fra helhet, til deler og deretter til en ny helhet (2012, s. 127). Det innebærer å 'plukke fra hverandre' resultatene i artiklene, identifisere meningsbærende enheter som svarer til vår egen hensikt og gjøre en sammenfatning og tolkning av disse.

Først leste vi artiklene grundig, med hovedfokus på deres resultatdel. Vi gjorde markeringer og notater ved det vi fant relevant for vår hensikt. Ved å skrive sammendrag tilegnet vi oss en god forståelse av resultatene fra hver artikkel. Sammendragene samlet vi i et eget dokument med rådata. Vi brukte fargekoder for å tydeliggjøre resultater som kunne knyttes til samme tema på tvers av artiklene. Så gjennomførte vi en datareduksjon ved å identifisere de meningsbærende enhetene som var gjennomgående og sterke, og satte disse i en tabell for å få et systematisk overblikk. Vi sammenlignet resultatene i tabellen og kartla likheter, ulikheter og underliggende mønstre. Avslutningsvis foretok vi en ny gjennomgang av sammenstilte tema, organiserte dem i hovedfunn og underkategorier som vi mener gir et nytt forståelig bilde av resultatene, og svarer på vår hensikt. Disse blir presentert i neste kapittel.

4.0 RESULTATER

Gjennom analysearbeidet satt vi igjen med 2 hovedkategorier, med henholdsvis 2 og 4 underkategorier som belyser sykepleieres erfaringer med skrøpeligheit. Disse vil bli presentert i dette kapittelet.

Tabell 4: Oversikt over gjennomgående kategorier i resultatene fra forskningsartiklene

Hovedkategorier	Underkategorier
Psykososiale aspekter ved skrøpeligheit	Ensomhet og manglende sosial kontakt
	Tap av uavhengighet
Forutsetninger for behandling og forebygging av skrøpeligheit	Helhetlig sykepleie
	Tverrprofesjonelt samarbeid og koordinering av tjenester
	Kartlegging og identifisering av skrøpeligheit
	Kompetanse- og utdanningsbehov

4.1 Psykososiale aspekter ved skrøpeligheit

4.1.1 Ensomhet og manglende sosial kontakt

Helsepersonell knyttet skrøpeligheit hos eldre personer til sosiale, relasjonelle og psykologiske faktorer (Obbia, Graham, Duffy & Gobbens, 2019). I tre av studiene peker sykepleiere på at ensomhet og manglende sosial kontakt gir økt risiko for utvikling og forverring av skrøpeligheit (Obbia et al., 2019, Papadopoulou et al., 2021 og Shaw et al., 2018). Enkelte sykepleiere erfarte at skrøpelige eldre fikk færre besøk og at hjemmesykepleien kunne være den eneste mellommenneskelige kontakten enkelte opplevde (Papadopoulou et al., 2021).

Endringer i familiestruktur og mangel på sosiale møteplasser i nærmiljøet blir identifisert som årsaker til ensomhet i tre av studiene (Obbia et al., 2019, Papadopoulou et al., 2021 og Shaw et al., 2018). Eldre som hadde støtte fra pårørende, naboer eller andre

omsorgspersoner håndterte funksjonstap bedre. Sykepleierne observerte oftere anstrengte familierelasjoner og mindre støtte fra familie hos skrøpelige eldre (Obbia et al., 2019). Manglende sosial kontakt medførte ytterligere sosial tilbaketrekking, økt sårbarhet og gradvis forverring av skrøpelighet (Obbia et al., 2019 og Shaw et al., 2018).

Shaw et al. (2018) fant at omgivelser som legger til rette for sosialt nettverk og engasjement kan forsinke utviklingen av skrøpelighet. I to av studiene pekte sykepleierne på at å være begrenset til eget hjem gir mindre tilgang til fellesskapet og gjør det vanskelig å opprettholde sosiale kontakter og deltagelse i aktiviteter (Shaw et al., 2018 og Obbia et al., 2021).

4.1.2 Tap av uavhengighet

Papadopoulou et al. (2021) identifiserer ulike typer tap som konsekvens av skrøpelighet; tap av håp, tap av identitet, tap av sosial kontakt, tap av uavhengighet og selvstendighet. Sykepleierne pekte på aktører som gjør det utfordrende å avdekke skrøpelighet på et tidlig tidspunkt. Eldre personer dekker over funksjonstap og kognitiv svekkelse i frykt for å bli stigmatisert, miste sin uavhengighet og tape verdighet i nærmiljøet (Obbia et al., 2019). Shaw et al. (2018) fant at økende hjelpebehov er en tilpasningsprosess hvor behovet for hjelp må erkjennes av pasienten. Erfaringene var at god relasjonell og personorientert omsorg underletter denne prosessen.

4.2 Forutsetninger for behandling og forebygging av skrøpelighet

4.2.1 Helhetlig sykepleie

Fire av fem studier fant at forebygging av skrøpelighet krever helhetlig tilnærming som inkluderer psykiske og sosiale faktorer, i tillegg til fysisk funksjon (Papadopoulou et al., 2021, Obbia et al., 2019, Shaw et al., 2018 og Nord, Östberg, Marcusson, & Johansson, 2020). Papadopoulou et al. (2021) understreker behovet for å ta med klinisk historie, bosituasjon, familieforhold og fysiske omgivelser i kartleggingen. Risikofaktorer blir da identifisert på et tidlig tidspunkt og gjør det mulig å redusere eller eliminere disse. Helsepersonell mente at forebygging av skrøpelighet var av viktig trass i høy alder fordi

økende funksjonstap ikke er ensbetydende med redusert livskvalitet eller trivsel (Shaw et al., 2018).

Deltagerne i studien til Shaw et al. (2018) erfarte at både fysiske og psykiske faktorer var involvert i utviklingen av skrøpeligheit. Samspillet mellom disse to dimensjonene kan enten styrke motstandsdyktigheten hos den eldre eller svekke uavhengighet og identitet. Kognitiv stimuli og sosialt engasjement underbygget livskvalitet på tross av fysisk skrøpeligheit.

Personorientert og relasjonell omsorg ble sett på som viktige deler av helhetlig sykepleie (Shaw et al., 2018 og Papadopoulou et al., 2021). Sykepleierne opplyste at god kjennskap til den pasienten ble brukt ved vurdering av endringer i pasientens tilstand (Strømme, Aase & Tjøflåt 2020). Helsepersonell erfarte at oppmuntring, støtte, veiledning og rådgivning styrket psyken til den eldre pasienten fordi de følte seg ivaretatt. Dette gav dem styrke til å mestre skrøpeligheit bedre (Papadopoulou et al., 2021). Sykepleierne i studien til Strømme et al. (2020) opplevde at å jobbe etter forhåndsplanlagte pleieplaner gav mindre rom for observasjon og sanselig tilstedeværelse hos pasienten fordi arbeidet ble oppgavefokuset. Papadopoulou et al. (2021) identifiserte at tidsmangel gjorde pleien mer oppgavefokuset enn personorientert.

4.2.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og koordinering av tjenester

I studien til Obbia et al. (2019) anså de effektiv kommunikasjon mellom ulike profesjoner som et viktig element i forebygging og pleie av skrøpeligheit. Manglende tverrprofesjonelt samarbeidsnettverk mellom ulike helse- og sosialtjenester opplevdes som et hovedproblem. Papadopoulou et al. (2021) fant at omsorgen opplevdes mer fragmentert grunnet kommunikasjonsproblemer når flere tjenester var involvert, og deltakerne mente bedre bruk av tverrprofesjonell kompetanse ville gi bedre resultater av tiltak.

I studien til Nord et al. (2020) erfarte deltagerne at kartleggingsverktøyet PASTEL gav en felles forståelse av pasientens tilstand og omsorgsbehov, på tvers av profesjoner. Verktøyet innbefattet planlagt teammøte mellom sykepleier og fastlege etter sykepleier har kartlagt pasienten. Sykepleierne erfarte at teammøtet resulterte i at legen igangsatte tiltak. Det var viktig for god informasjonsoverføring å gjennomføre teammøte raskt etter kartleggingen. Regelmessige teammøter ble også framholdt som nyttig.

Sykepleierne erfarte manglende tilgang på ressurser som kunne hjelpe eldre å forbli hjemmeboende. De utførte oppgaver utenfor arbeidsbeskrivelse for å hjelpe pasienten. Sykepleierne rapporterte at økende kompleksitet i hjelpebehov krevde bedre koordinering av tjenester, og det å finne løsninger på tvers av tjenester var en tilfredsstillende del av sykepleierrollen (Papadopoulou et al. 2021). Shaw et al. (2018) fant at tjenester som sikrer sosial kontak koordinerte løsninger bør inkludere tjenester som sikrer sosial kontakt og engasjement, da dette ble nevnt som viktige tiltak for å bremse utviklingen av skrøpeligheit.

Nord et al. (2020) avdekket et ønske om større samarbeid med ergoterapeuter og fysioterapeuter. Helsefagarbeiderne i studien til Strømme et al. (2020) opplevde at det kunne være vanskelig å få tak i sykepleiere på grunn av hjemmetjenestens oppbygging og organisering. Sykepleierne erfaring var manglende selvtillit blant helsefagarbeiderne når det kom til vurdering av pasienters kliniske tilstand, og det kompliserte samarbeidet. En sykepleier i studien til Obbia et al. (2019) uttalte at mangel på kunnskap om andre profesjoners fagfelt var et problem.

4.2.3 Identifisering og kartlegging av skrøpeligheit

Obbia et al. (2019) fant at skrøpeligheit avdekkes etter at uønskede hendelser inntreffer, eller helsepersonell blir kontaktet etter at skrøpeligheit har oppstått. Strømme et al. (2020) fant at det manglet retningslinjer for klinisk vurdering rundt skrøpeligheit, og at identifisering av skrøpeligheit derfor ble gjort individuelt.

I studien til Papadopoulou et al. (2021) forteller sykepleierne at observasjoner av skrøpeligheit gikk innunder generelle vurderinger. Intuisjon og erfaring gjennom arbeid gjorde at erfarne sykepleiere identifiserte skrøpeligheit på et tidligere tidspunkt enn nyutdannede sykepleiere. Strømme et al. (2020) fant at kunnskap om pasientens vanlige funksjonsnivå er nødvendig for å kunne avdekke forverring. Og kommunikasjon, observasjon og dokumentasjon var sentrale tiltak for å vurdere skrøpeligheit.

Tre av studiene peker på systematisk kartlegging ved bruk av screeningverktøy vil være nyttig for å identifisere skrøpeligheit. Helsepersonell mener bruken av screeningverktøy vil gi en objektiv og konsistent vurdering (Papadopoulou et al., 2021, Strømme et al., 2020 og Nord et al., 2020) Resultatene til Shaw et al. (2018) vektlegger at kartlegging må knyttes til

konkrete tiltak og tilgang på nødvendige tjenester for å tjene en hensikt. Det var enighet blant deltakerne om at kartlegging og økt bevissthet ville være nyttig.

Nord et al. (2020) forsket på PASTEL som screeningverktøy. Målet med verktøyet var tredelt; gi pasienter mulighet til å uttrykke egne tanker og ønsker, legge til rette for bedre samarbeid primærhelsetjenesten, og fremme individuelle behov og prioriteringer.

Deltakerne så på intervjuene som god forberedelse til kartlegging og identifisering av tiltak. Deltakerne opplevde at PASTEL motiverte til langsiktige og forebyggende tankegang. Sykepleiere, støttet av fastleger, var enige om at PASTEL hadde ført til iverksettelse av flere tiltak, og at disse tiltakene kunne ha en forebyggende effekt.

4.2.4 Kompetanse- og utdanningsbehov

Helsepersonellet i studien til Papadopoulou et al. (2021) mente det var nødvendig med konkret opplæring knyttet til skrøpelighet. Svært få sykepleiere husket den siste opplæringsøkten om skrøpelighet, og det kom frem at arbeidet rundt skrøpelighet kunne forbedres. Shaw et al. (2018) poengterer at mangel på kompetanse om skrøpelighet vil kunne gi utfordringer med gjennomføring av screening. Videre finner de i sine resultater at det vil være nødvendig å få endret holdningene rundt skrøpelighet slik at både helsepersonell og eldre har en tro på at det er mulig med forebyggende strategier som vil kunne reversere og forebygge skrøpelighet, og opprettholde en god livskvalitet. Det avdekkes også et behov for at helse- og omsorgstjenestene sprer informasjon om temaet og hvilke tilbud som finnes til eldre og deres pårørende.

I Strømme et al. (2020) sin artikkel kommer det frem at sykepleiere jobber veldig ulikt, at vurderinger av pasienters kliniske tilstand blir individuelle grunnet manglende retningslinjer ved forverring av tilstand. Hvilke vitale målinger som ble utført var ulikt, både blant sykepleiere og annet helsepersonell, ut fra intuisjon og erfaring. Sykepleierne opplevde et gap mellom pasientens kliniske tilstand og vurderingen av denne.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Valg av metode

Oppgavens omfang, samt tid til rådighet, gjør litteraturoversikt velegnet som metode. Den har gitt oss mulighet til å vurdere sammenhengen mellom resultatene fra de inkluderte studiene, og trekke egne konklusjoner basert på våre funn (Friberg 2012, s. 131). Gjennom analysearbeidet har vi tilegnet oss kunnskap som har gitt økt faglig innsikt og som kan få praktiske implikasjoner for vårt videre arbeid som sykepleiere.

Vi har justert vår hensikt underveis i arbeidet. Vi startet med et ønske om fokus på sykepleieres erfaringer knyttet til forebygging av skrøpeligheit. Det var utfordrende å finne relevante studier som satte søkelys på forebygging alene. Dette kan skyldes at denne pasientgruppen først fanges opp etter at skrøpeligheit er et faktum. Det kan også skyldes svakheter ved vår søkestrategi da vi har begrenset erfaring med dette. Vi har valgt et sykepleieperspektiv, men fant at flere studier også inkluderte andre grupper helsepersonell (Strømme et al., 2020, Obbia et al., 2019 og Shaw et al., 2018). Vi har valgt å inkludere disse studiene på bakgrunn av at andre grupper helsepersonell også er involvert i pasientbehandlingen til hjemmeboende eldre, og deres erfaringer er fra perspektivet til helsepersonell. Vi har også funnet det relevant da et av resultatene våre er tverrprofesjonelt samarbeid.

Metoden har også sine svakheter, slik som mulighet til kun å inkludere et svært begrenset antall studier og risikoen for å gjøre et selektivt utvalg basert på egen forforståelse (Friberg 2012, s. 134). Derfor er det viktig å være oppmerksom på å tillate flere synspunkter. Ved å ha en kritisk tilnærming til eget arbeid gjennom prosessen har vi forsøkt å minimere disse svakhetene. Temaet vi har valgt har stor kompleksitet, og vi har derfor ikke mulighet til å belyse hensikten vår fullstendig. Vi mener likevel at antall artikler og utvalget av disse artiklene har vært tilstrekkelig til å belyse hensikten vår innenfor de satte rammene.

5.1.2 Kvalitativ tilnærming

Vi trenger vitenskapelige tilnærminger hvor sykdom og helse anerkjennes som dynamiske prosesser hos individuelle mennesker som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng.

Kvalitative metoder egner seg der problemstillingen er sammensatt slik at vi får frem mangfold og nyanser. (Malterud 2002, s. 2468). Samtlige studier vi har inkludert i oppgaven har kvalitativ tilnærming. Det har passet til vår hensikt hvor vi har ønsket å få en dybdeforståelse av sykepleieres erfaringer og opplevelser med skrøpelighet.

Studiene har samlet data via intervju av fokusgrupper. Metoden egner seg til å få kunnskap om erfaringer i et miljø hvor mennesker samhandler. Intervju innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Forskerne må ha god forståelse av samspillet mellom intervjuer og deltagere, og hvilken betydning dette har for tolkning og funn. Informasjonen må tolkes i lojalitet til deltagerens egen versjon, og tolkningen må gi rom for flertydighet. Obbia et al (2019) benyttet seg av en observatør til å følge med på deltagerens ikke-verbale kommunikasjon under intervjuene. I studien til Strømme et al. (2021) tok to av forskerne feltnotater og gjorde observasjoner av samhandlingen innad i gruppene. Nord et al. peker på å tilrettelegge for god gruppedynamikk som en viktig funksjon for den som leder intervjuene. De to siste studiene har ikke berørt dette i sine metodebeskrivelser.

Studien til Strømme et al. (2020) benyttet i tillegg observasjon som metode. Observasjon gir et innenfra perspektiv. En utfordring er at forskeren i vekslende grad selv har vært aktør (Malterud, 2002, s. 2469) og at de som blir observert blir påvirket av observatørens tilstedeværelse. Forfatterne viser at de er bevisst dette da de har tatt det med som en begrensning ved eget studie.

5.1.3 Studienes deltagere

I kvalitative studier er det vanlig med et relativt lite utvalg deltagere for å oppnå et rikt beskrivende datamateriale (Helsebiblioteket, 2016, avsn. 3). Dette gjenspeiles i våre inkluderte studier hvor antallet deltagere varierer fra 12 til 115. Alle studiene hadde sykepleiere blant sine deltagere, og deres yrkeserfaring strakk seg fra 2 til 40 år. Som tidligere nevnt inkluderte tre av studiene andre helsepersonellgrupper også. I studien til Shaw et al. (2018) var det også pårørende og eldre blant deltagerne, men disse var i egne fokusgrupper.

5.1.4 Land, arena og språk

Et av studiene ble utført i Norge, de fire andre ble utført i Sverige, Italia, Polen, Storbritannia og Skottland. Som forfatterne av de respektive studiene selv påpeker, begrenses generaliserbarheten av at det er forholdsvis små studier gjort i en lokal kontekst. Unntaket er studien til Shaw et al. (2018) som inkluderer tre land. Forskningen er gjennomført i land med etablerte helsetjenester som kan relateres til norske forhold og høyt utdannet helsepersonell. Vår analyse viser at flere resultater går igjen på tvers av landegrensener. Det hadde vært ønskelig med kun forskning fra Norge, men vi mener at valgte artikler er relevant og svarer til hensikten vår.

Vår arena er hjemmeboende eldre. Vi mener at hjemmet er en virkningsfull arena for tiltak som kan forebygge utvikling og forverring av skrøpeligheit, og det var dette vi ønsket å lære mer om.

Nyanser ved resultatene kan ha gått tapt i oversettelsen vår da alle de inkluderte artiklene var på engelsk. Kun to av studiene er utført helt eller delvis i engelsktalende land (Shaw et al., 2018 og Obbia et al., 2019), noe som innebærer at også datamaterialet vi har benyttet har vært oversatt tidligere.

5.1.5 Forskernes bakgrunn

Vi har gjennomført sekundærsøk for å undersøke forskernes faglige bakgrunn. Vi fant at samtlige av forskerne hadde medisinskfaglig kompetanse, og at flertallet også hadde forskerkompetanse på master- eller doktorgradsnivå. Kompetanse og erfaring, både helsefaglig og på forskning, bidrar til å sikre gyldighet og troverdighet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Forebygging ved helhetlig tilnærming

Både forskning og teori vektlegger at helhetlig sykepleie er viktig. Hva er noen viktige faktorer for en helhetlig tilnærming i møtet med eldre og skrøpeligheit?

En helhetlig tilnærming til pasienten er en god strategi for å forebygge og eliminere risikofaktorer (Papadopoulou et al., 2021, Obbia et al., 2019, Shaw et al., 2018 og Nord et al., 2020). Forebygging er det viktigste tiltaket mot skrøpeligheit ifølge Kirkevold (2014). Hun beskriver ulike risikofaktorer for utvikling av skrøpeligheit, deriblant aldersforandringar, sykdom, inaktivitet, underernæring og depresjon. Kunnskap om betydninga av disse og hvordan vi kan identifisere dem vil hjelpe oss å iverksette forebyggjende tiltak. I følge Shaw et al. (2018) var både fysiske og psykiske faktorer involvert i utviklinga av skrøpeligheit.

Personorientert og relasjonell omsorg ble også betraktet som en viktig del av helhetlig sykepleie (Shaw et al., 2018 og Papadopoulou et al., 2021). Sykepleier kan bygge en god allianse med pasienten gjennom evne og vilje til å utvikle et menneske-til-menneske-forhold og å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). Dette kan innbefatte at sykepleier har en personlig og individuell tilnærming med direkte spørsmål om hva som gir pasienten en følelse av velvære og helse (Shaw et al., 2018 og Papadopoulou et al., 2021). Et viktig spørsmål i rehabiliteringskulturen er «hva er viktig for deg?» (Bredland, Linge & Vik, 2011). Spørsmålet ansvarliggjør pasienten samtidig som det åpner for medvirkning og selvbestemmelse (Kristoffersen, 2016).

Sykepleier har et ansvar for å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.2). Travelbee peker på at lidelse kan ha både fysiske og psykiske grunner. Alle former for tap kan medføre lidelse. Og det kan oppleves skremmende at kroppen svekkes slik at en ikke lenger kan klare det samme som før (Travelbee, 1999, s. 101-106). Å fremme velvære og helse innebærer å ivareta og styrke pasientens ressurser, og å gjøre tiltak som bidrar til opprettholdelse av funksjon og forhindrer helsesvikt (Kirkevold et al., 2014). Kognitiv stimuli og sosialt engasjement gav de eldre en følelse av velvære og underbygget deres livskvalitet på tross av fysisk skrøpeligheit (Shaw et al., 2018). Og en opplevelse av å bli ivaretatt gjennom oppmuntring, støtte, veiledning og rådgivning styrket pasientene psykisk (Papadopoulou et al., 2021). Sykepleier må også ha kunnskap om tiltak som hjelper pasienten å opprettholde sin fysiske funksjon. Gode tiltak bygger på kompetansen til å se sammenheng mellom ulike risikofaktorer som for eksempel økt fallfare, underernæring og boforhold (Kirkevold et al., 2014).

5.2.2 *Tverrprofesjonelt samarbeid*

Shaw et al. (2018) erfarte at økende kompleksitet i hjelpebehovet til den eldre krevde bedre koordinering av tjenester. Kristoffersen (2016, s. 231) mener behovet for tverrfaglig samarbeid er til stede når pasientens situasjon er sammensatt eller uavklart. Ifølge nasjonal veileder for rehabilitering forventes det at alt helsepersonell skal ha nok kompetanse til å kunne identifisere om en pasient har behov for rehabilitering og melde dette videre (Helsedirektoratet, 2020). Dette forutsetter at sykepleier har kunnskaper om hva rehabilitering er, og organisatorisk kompetanse til å kunne vite hvor behovet skal meldes. I studien til Strømme et al. (2020) opplevde imidlertid sykepleier at å jobbe etter ferdiglagte pleieplaner forstyrret den sanselige tilstedeværelsen. Dette kan bety at sykepleier ikke kjenner sitt ansvar for å vurdere om tiltak fører frem, eller at sykepleier ikke har rom og tid for å sanse en pasientsituasjon som uavklart, eller mangler forståelsen av at tverrprofesjonelt samarbeid kan hindre utvikling av skrøpeligheit. Studien til Papadopoulou et al. (2021) peker på hvordan tidsmangel gjorde omsorgen mer oppgavefokustert enn personorientert, dette bekrefter hvordan tidsmangler er til hinder for å vurdere situasjonen.

I flere av studiene poengteres utfordringer knyttet til tilgang på andre profesjoners ressurser (Strømme et al., 2020, Papadopoulou et al., 2021, Shaw et al. 2018 og Nord et al., 2020). I tillegg peker Obbia et al. (2019) på at det mangler tverrprofesjonelt samarbeidsnettverk mellom ulike helse- og sosialtjenester. Ifølge Forskrift om habilitering og rehabilitering § 5, har kommunen plikt til å tilby utredning ved behov for rehabilitering. Samtidig ifølge §12, skal helseforetakene tilrettelegge for at helsepersonell kan melde fra om rehabiliteringsbehov (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §5 og §12). Kommunens virksomhet må med andre ord ta sitt ansvar for økt fokus og anerkjennelse av tverrprofesjonelt samarbeid i forhold til skrøpeligheit. Det må anerkjennes at tverrprofesjonelt samarbeid kan bidra til å bedre omsorgen og kvaliteten for pasienter (Aase, 2018, s. 213). De må sørge for at kommunen har tilgjengelige tjenester som fysioterapeut, ergoterapeut og psykiatrisk sykepleier, og legge til rette for tid og sted for samarbeid. Samtidig peker Vasset (2018, s.163) på at manglende kunnskap om andre profesjoners roller og kompetansefelt er til hinder for tverrprofesjonelt samarbeid. Det kan derfor tenkes at dersom virksomheten legger til rette for at ulike profesjoner møtes som for eksempel at de spiser lunsj sammen, kan det være med å styrke videre tverrprofesjonelt samarbeid.

Obbia et al. (2019) anser effektiv kommunikasjon som en forutsetning og utfordring i forhold til tverrprofesjonelt samarbeid. En standardisert måte å kommunisere på kan bedre kommunikasjonen mellom profesjoner ved å gjøre den mer effektiv og nøyaktig. Kartleggingsverktøyet PASTEL gir en felles forståelse av pasientens tilstand og omsorgsbehov på tvers av ulike profesjoner (Nord et al., 2020). Et nødvendig utgangspunkt for å sette tiltak i sammenheng mot felles målsetning er nettopp felles forståelse av pasientens situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 232). Det kan derfor være hensiktsmessig å bruke et screeningverktøy i forhold til kartlegging, og kommunikasjon om pasientens tilstand, til det tverrprofesjonelle teamet.

5.2.3 Kompetanse om identifisering og kartlegging av skrøpелighet

Sykepleiere har behov for økt kunnskap og identifisering av skrøpелighet. Resultatene fra tre av studiene viser at helsepersonell finner det utfordrende å identifisere skrøpелighet, spesielt i tidlige stadier av utviklingen (Strømme et al., 2020, Obbia et al., Shaw et al., 2018 og Papadopoulou et al., 2021). En av erfaringene som kom frem er at skrøpелighet først blir oppdaget når den er kommet tydelig til uttrykk eller ved at uønskede hendelser oppstår (Obbia et al., 2019). Sykepleiere i flere studier henviser til lite konkrete retningslinjer rundt kartlegging og identifisering av skrøpелighet. Og at målinger og vurderinger blir utført basert på intuisjon eller erfaring, framfor konkrete retningslinjer og tiltak (Papadopoulou et al., 2021, Strømme et al., 2020 og Shaw et al., 2018). Som sykepleier stilles det krav til faglig forsvarlighet. Sykepleiere har plikt til å vurdere pasienters individuelle behov og iverksette nødvendige tiltak for å forebygge eller bedre helse- og funksjonssvikt (Helsepersonelloven, §4, 1999). Likevel viser det seg ofte at eldre pasienter ikke blir vurdert systematisk. Dette utgjør en risiko for at hjemmeboende eldre med vage symptomer på sykdom eller funksjonsnedsettelse blir oversett frem til en akutt situasjon oppstår. Rehabilitering av helse- og funksjonstap krever mye mer tid og blir en tyngre vei å gå, i motsetning til å arbeide med systematisk forebygging (Kirkevold, 2014, s. 122).

Forskningen til Nord et al. (2020) fant at screeningverktøy som PASTEL, ga økt motivasjon til å jobbe mer med en forebyggende tilnærming i pleien. I tillegg var sykepleiere, med støtte fra fastleger, enige om at forebyggende tiltak ble iverksatt som et

resultat av PASTEL. Bruk av standardiserte skjemaer har vist seg å forbedre kvaliteten på helsepersonells vurderinger, men på tross av dette er det likevel lite praktisert. Det må nevnes at slike skjemaer, som PASTEL, ikke kan brukes som tiltak alene, men som et hjelpemiddel til å identifisere og kartlegge informasjon. Dette vil kunne være med å skape en systematisering av kartlegging og identifisering, for å spisse sykepleien mot individuell behandling (Kirkevold, 2014, s. 122). For å kunne forebygge skrøpeligheit er det avgjørende at sykepleier kartlegger pasientens psyke, sosiale deltagelse, ernæring, aktivitetsnivå og boforhold. Det er viktig å skape et helhetlig vurderingsgrunnlag, slik at man kan iverksette forebyggende tiltak der det observeres negative endringer (Kirkevold, 2014, s. 84, 163).

For å utføre god systematisk identifisering og forebygging, er man avhengig av kunnskap og kompetanse. Foruten kunnskap og en tanke om at skrøpeligheit er et distinkt syndrom, vil det naturlig nok bli vanskelig å identifisere tidlige tegn og utvikling til skrøpeligheit (Hubbard & Woodhouse, 2010, s. 635). Funnene til Papadopoulou et al. (2021) viser at helsepersonell trenger mer konkret opplæring knyttet til skrøpeligheit. Også Shaw et al. (2018) støtter opp om denne påstanden. Det må skje en holdningsendring både blant helsepersonell og eldre, og det må bygges en tro på at forebyggende strategier faktisk vil kunne forebygge og bremse utvikling av skrøpeligheit og opprettholde god livskvalitet.

5.2.4 Sosial deltagelse, fellesskap og hverdagsliv

Lovverk og politiske føringer sier tydelig at kommunale helse- og omsorgstjenester har en plikt til å yte sosial omsorg (Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 og Meld. St. 15 (2017 – 2018)). Hvorfor er sosial omsorg en viktig del av sykepleien til skrøpelige eldre?

Kirkevold (2014, s. 130) peker på at opplevd ensomhet har negative følelsesmessige konsekvenser og kan føre til understimulering. Sykepleierne i tre av studiene opplever at ensomhet og manglende sosial kontakt øker risikoen for skrøpeligheit (Obbia et al., 2019, Papadopoulou et al., 2021 og Shaw et al., 2018). Helsepersonell erfarer at tilgang på sosial støtte utover helsetjenester var gunstig for hvordan eldre pasienter håndterer helsesvikt og rehabilitering (Obbia et al., 2019).

I forskningen vi har sett på identifiseres to faktorer som gjør det utfordrende for eldre å opprettholde en sosial kontaktflate. Den første er tap av relasjoner. For mange eldre er

familien den viktigste sosiale kontakten (Kirkevold, 2014, s.130). Manglende støtte fra familie, enten på grunn av endringer i familiestruktur, tap av familiemedlemmer eller anstrengte relasjoner ble oftere observert hos pasienter med skrøpelighet, og sykepleierne opplevde at det gjorde dem ekstra sårbare for påkjenninger (Obbia et al., 2019). Økende alder medfører også tap av venner grunnet sykdom og død, og det oppleves vanskeligere å etablere nye relasjoner (Kirkevold, 2014, s. 130).

Den andre faktoren er knyttet til pasientenes omgivelser. Sykepleiernes erfaringer viste at hvis eldre skal delta sosialt, må omgivelsene være tilrettelagt og gi mulighet for større sosialt engasjement. Det er vanskelig å delta i fellesskapet dersom du er avhengig av hjelp fra andre for å kunne delta på aktiviteter utenfor hjemmet (Shaw et al., 2018 og Obbia et al. 2021). Dette stemmer godt overens med Kirkevold (2014, s. 130) som sier at dårligere helse gjør det vanskeligere for eldre, spesielt aleneboende, å komme seg ut. Konsekvensene kan ifølge henne bli ensomhet og sosial isolasjon. Å oppleve seg alene og utenfor fellesskapet kan føre til lidelse ifølge Travelbee (1999, s.101-106).

Tap av status, anseelse og integritet kan være årsak til lidelse. Avhengighet av andre kan skape en følelse av verdiløshet, og ikke lenger makte det samme som tidligere kan oppleves skremmende (Travelbee 1999, s. 101-106). Sykepleiere erfarer at mange eldre maskerer fysisk og mentalt funksjonstap fordi det føles stigmatiserende å være avhengig av helsepersonell. Helsepersonell opplevde at eldre var redd for å miste uavhengighet og autonomi (Obbia et al., 2021). Relasjonell og personorientert omsorg ble framholdt som viktig for å hjelpe pasientene å tilpasse seg en endret livssituasjon og erkjenne behovet for hjelp og støtte (Shaw et al., 2018).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) i § 3, sier at kommunen skal sikre at sosiale behov dekkes og at det legges til rette for mulighet til sosialt samvær og fellesskap. Det er viktig at sykepleiere er bevisst dette og søker å påvirke systemet innenfra, slik at sosial omsorg får den plassen det skal ha og ikke nedprioriteres, sammenlignet med andre oppgaver på grunn av mangel på ressurser og tid (Munkejord, Schönfelder og Eggebø 2018, s. 303).

Vi må også yte sosial omsorg i møtet med den enkelte pasient. Vi kan hjelpe dem å akseptere egen sårbarhet og opprettholde håpet. Håp vil gi tro på at livet kan være meningsfylt og gi motivasjon for endring (Travelbee, 1999). Aktivitet og sosialt fellesskap

handler om å gjøre noe som føles meningsfylt for den enkelte pasient (Sudman, 2017, s. 11). Vi må ha kjennskap til hvordan den enkelte opplever sin situasjon, og forstå hva som gir meningsinnhold til deres hverdag og subjektive opplevelse av helse, for å kunne gi riktig støtte og hjelp (Kristoffersen, 2016, s. 29 1999).

6.0 AVSLUTNING OG RESULTATENES IMPLIKASJON FOR PRAKSIS

Tidlig identifisering og vurdering av skrøpeligheit, vil sammen med målrettede og persontilpassede tiltak og tjenester, bidra til at eldre hjemmeboende kan oppleve selvstendighet og god livskvalitet lengst mulig. Hjelpen som ytes må bygge på et helhetlig menneskesyn hvor eldre menneskers psykiske, åndelige og sosiale behov inkluderes i samme utstrekning som deres fysiske behov. For å oppnå dette bør det innføres rutiner for hvordan systematisk kartlegging av interesser, ønsker og behov blant eldre som får hjelp av hjemmesykepleien, skal gjennomføres. Det bør også vurderes om forebyggende hjemmebesøk til eldre personer som ennå ikke mottar tjenester kan være et nyttig helsefremmende og forebyggende tiltak, da det vil gjøre det mulig å fange opp personer som har økt risiko for utvikling av skrøpeligheit. Begge disse tiltakene skaper også mulighet for å gi muntlig og skriftlig informasjon til målgruppen om aktuelle tilbud og tjenester i lokalsamfunnet. For å forebygge ensomhet og sosial isolasjon må samtalen ha fokus på aktiviteter og sosiale fellesskap, og det er viktig at det følges opp med konkrete tiltak og tilbud.

Personalet er den viktigste ressursen i hjemmesykepleien, og derfor blir deres kompetanse og kunnskap helt avgjørende. Gjennom denne oppgaven har vi sett at det er behov for en kompetanseheving knyttet til skrøpeligheit hos eldre, og dette behovet er det sykepleierne selv som aktualiserer. Det etterlyses rutiner og klare retningslinjer for vurdering og observasjon slik at hjelpen som ytes ikke bestemmes av den enkelte sykepleiers erfaring og intuisjon. Bruk av kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleiere å identifisere eldre i risikogruppen og gi mer objektive vurderinger. Det bør innføres rutiner på god dokumentasjon knyttet til sosial omsorg, og det bør utarbeides rutinebeskrivelser og arbeidslistor som inkluderer dette aspektet ved helsehjelpen.

Som en offentlig helsetjeneste opererer hjemmesykepleien innenfor bestemte rammer når det kommer til organisatoriske strukturer og tilgjengelige ressurser. Ledelsen bør jobbe for å utvikle avdelinger med en organisasjonskultur som anerkjenner viktigheten av kompetanse på skrøpeligheit og sosial omsorg. Ansatte med lang erfaring og god kompetanse bør ivaretas og brukes aktivt til erfaringsdeling. Et arbeidsmiljø hvor nye ideer og løsninger blir tatt på alvor vil gi rom for utvikling. Og interessante fagdager kan bidra til økt bevissthet og engasjement. Ledelsen bør styrke det tverrfaglige samarbeidet og bygge opp en flerfaglig kompetanse med aktivt samarbeid med øvrige kommunale

[5317, 5339, 5246]

tjenester. Å la sykepleierne aktivt ta del i samarbeid og samhandling, og bidra i fagutvikling og tjenesteutvikling, kan skape større engasjement og trygghet på et tverrprofesjonelt nivå.

LITTERATUR

- Bredland, E. L., Linge, O. A., Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode- og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Helse hos eldre i Norge. Hvilke sykdommer og helseplager vi har i eldre år, levevaner og sosiale forskjeller. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/pro/forskrift/2011-12-16-1256>
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Fosse, A. (2012, 17. August). Eldre: Fra hår i suppa – til sjernestatus i helsevesenet? *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2012/08/17/eldre-fra-har-i-suppa---til-sjernestatus-i-helsevesenet/?x=MjAxNi0xMi0xMyAwNDowNjozNQ==&x=MjAxNi0xMi0xMyAwNDowNjozNQ==>
- Friber, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats - väglednings för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kvalitativ metode. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsedirektoratet. (2020, 02.juli). Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra [Aktører i habilitering og rehabilitering - Helsedirektoratet](#)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. (Meld. St. 7 2019-2020). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hubbard, R. E. & Woodhouse, K. W. (2010). Frailty, inflammation and the elderly. *Biogerontology* 11(5), 635-641. <https://doi.org/10.1007/s10522-010-9292-5>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie* (3. utg, bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsebø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie* (3. utg, bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsoppgaver i helsetjenesten. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie* (3. utg, bind 1, s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie* (3. utg, bind 3, s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Krogseth, M., Rostoft, S., Benth, J. S., Selbæk, G. & Wyller, T. B. (2021). Skrøpeligheit blant eldre pasienter med hjemmesykepleie. *Tidsskriftet for Den norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0688>
- Malterud, Kirsti. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet for Den norske Legeforening*, 2002(25),

2468-2472. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Munkejord, M. C., Schönfelder, W. & Eggebø, H. (2018). Sosial omsorg – fra blind flekk til sentralt innsatsområde i hjemmebasert eldreomsorg? *Tidsskrift for omsorgsforskning* 4(3), 298-306. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-5984-2018-03-12>

Nord, M., Östberg, C. J., Marcusson, J. & Johansson, M. (2020). Staff experiences of a new tool for comprehensive geriatric assessment in primary care (PASTEL): a focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2), 132-145. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1755786>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra [Yrkesetiske retningslinjer \(nsf.no\)](https://www.yrkesetiske.no/retningslinjer)

Obbia, P., Graham, C., Duffy, F. J. R. & Gobbens, J. J. R. (2019). Preventing frailty in older people: An exploration of primary care professionals' experiences. *International Journal of Older People Nursing*, 15(2), 1-13. <https://doi.org/10.1111/opn.12297>

Papadopoulou, C, Barrie, J., Andrew, M., Martin, J., Birt, A. Duffy, F. J. R. & Hendry, A. (2021). Perceptions, practices and educational needs of community nurses to manage frailty. *British Journal of Community Nursing*, 26(3), 136-142. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.3.136>

Shaw, R. L., Gwyther, H., Holland, C., Bujnowska, M., Kurpas, D., Cano, ..., D'Avanzo, B. (2018). Understanding frailty: meanings and beliefs about screening and prevention across key stakeholder groups in Europe. *Ageing & Society*, 38(6), 1223-1252. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000745>

Strømme, T., Aase, K. & Tjoflåt, I. (2020). Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2429-2440. <https://doi.org/10.1111/jocn.15255>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Universitetet i Oslo (2020). CINAHL (EBSCO) *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Søkeveiledning*. [Brosjyre]. Oslo: Helsefagbiblioteket OsloMet.

Vasset, F. (2018). Samhandlingsforskning. I *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS): for bachelorstudenter i helse- og sosialfag* (1. utg., s. 159-172). Bergen: Fagbokforlaget.

Aase, K. (Red.). (2018). *Pasientsikkerhet: Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG 1. SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	Cinahl	Frailty AND prevent AND homebound OR «homedwelling»	Aged 65+ Continental Europe English language 2012-2022 Peer review	50	7	2	1
18.03.22	Cinahl	Frailty AND prevent* OR preclude homebound OR “home dwelling”	Aged 65 + Continental Europe English language 2012-2022 Peer review	253	10	2	0
24.03.22	Cinahl	Frailty AND prevent OR preclude AND homebound OR “home dwelling” AND contribute AND nurse* AND interventions	Aged 65 + Continental Europe English language	428	8	2	0

[5317, 5339, 5246]

			2012-2022 Peer review				
24.03.22	Cinahl	Frailty AND prevent OR preclude AND homebound OR "home dwelling" AND contribute AND nurse* AND interventions	Aged 65 + Continental Europe English language 2012-2022 Peer review Frailty syndrome	146	15	4	4
05.04.22	Cinahl	frailty AND homebound OR home dwelling	Aged 65 + Continental Europe English language 2012-2022 Peer review Frailty syndrome	74	20	0	0

VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater
Torunn Strømme, T., Aase, K. & Tjøflåt, I. 2020 <i>Journal of Clinical Nursing</i> Norge	Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study	Å få kjennskap til hjemmetjeneste personell sine observasjons kompetanse i tidlig oppdagelse av forverring i skrøpelige eldres tilstand	Sykepleier Helsefagarbeider Assistent	Utforskende kvalitativ blandet metode kjernedata fra 62 timers observasjon, supplerende data fra 6 fokusgruppe intervju Kvalitativ innholdsanalyse	30 engasjerte og villige informanter fra 2 ulike kommunehelsetjenester i Vest Norge bestående av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, som jobbet som i hjemmesykepleien, rekruttert av lederne	Hovedtema 1: Pasient-situasjon vurdering av endring i klinisk tilstand Med 3 subtema: 1: Kjennskap til pasienten 2: Forandring i fysisk og mental funksjon 3: Basiskunnskap om vitale tegn Hovedtema 2: Organisatorisk miljø Med 2 subtema: 1: Fokus på planlagte praktiske oppgaver 2: Samarbeid og kollegial støtte

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkelittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater
Obbia, P. Graham, C. Duffy, F.J. R. Gobbens, R. J. J. 2019 <i>International Journal of Older People Nursing</i> Italia	Preventing frailty in older people: An exploration of primary care professionals' experiences	Utforske helsepersonells synspunkter og erfaringer med tidlig avdekking og forebygging av skrøpelighet.	primærhelse personell, inkludert sykepleiere	Kvalitativ tilnærming. Det ble dannet 4 tverrfaglige fokusgrupper, en gruppe i hver virksomhet. Beskrivende fenomenologisk metodikk ble brukt for analyse av gruppeintervju fra hver gruppe.	Totalt 33 deltagere. Inklusjonskriteriet var helsepersonell som daglig arbeidet med eldre. Utvalg var 4 ulike lokale helsevirksomheter i Piedmont, Italia. Det ble dannet 4 tverrfaglige fokusgrupper, en gruppe i hver virksomhet. Følgende profesjoner og deltagere var representert i hver gruppe: 2-3 sykepleiere 1 allmennlege, 1 fysioterapeut, 1-2 sosialarbeidere 1-2 helsefagarbeidere. Deltagerne hadde fra 10 til 35 års erfaring	Tre hovedtemaer dukket opp: 1) Den psykososiale naturen til Skrøpelig 2) Sen påvisning av skrøpelig 3) Barrierer for muligheten til forebygging. Profesjonelle synspunkter omfattet typiske mønstre for den skrøpelige pasient som aldring, ensomhet, komorbiditet (forekomst av flere ulike sykdommer/lidelser samtidig), funksjonshemming og livsslutt. Fysisk skrøpelig ble ansett som en bestanddel av aldring, som anerkjente tilstedeværelsen av et ferdighetsgap relatert til påvisning av de tidlige tegn på skrøpelig. Nåværende helse og sosiale omsorgssystemer er ikke utformet for å forhindre skrøpelig, og kompetansen som kreves av helsepersonell er vanligvis ikke inkludert som en del av deres opplæring av læreplaner. Dette kan hindre muligheter til å gripe inn med tiltak for å forhindre at eldre får funksjonstap.

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkelittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater
Papadopoulou, C., Barrie, J., Andrew, M., Martin, J., Birt, A., Duffy, FJ. R. & Hendry, A. 2021 <i>British Journal of Community Nursing.</i> Skottland	Perceptions, practices and educational needs of community nurses to manage frailty.	Målet for studien var å forstå sykepleieres oppfatning av skrøpelighet i et samfunnsperspektiv og deres behov for utdanning om vurdering og håndtering av skrøpelighet.	Sykepleiere	Utforskende kvalitativ metode. Sykepleiere fra kommunehelsetjenesten i et spesifikt område i Skottland, deltok i tre fokusgrupper à 53-70 min. Data ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse	Tre sykepleieledere fra ulike helse- og sosialpartnerskap i Skottland, valgte ut 17 sykepleiere som ble intervjuet. I tillegg ble en leder intervjuet. Intervjuobjektene har erfaringsspenn fra 2-20 år.	Studien indikerer at dagens praksis i stor grad er motvirkende, påvirket av profesjonelt skjønn og intuisjon, med lite systematisk skrøpelighetsspesifikk screening og vurdering.

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater
Shaw, R. L. Gwyther, H. Holland, C. Bujnowska, M. Kurpas, D. Cano, A. Marcucci, M. Riva, S. & D'Avanzo, B. 2017 <i>Cambridge University Press</i> Italia Polen Storbritannia	Understanding frailty: meanings and beliefs about screening and prevention across key stakeholder groups in Europe	Hensikten med denne studien var (a) å utforske interessenters erfaringer med skrøpelighet og betydningen av skrøpelighet til enkeltpersoner; (b) for å fastslå forståelse, tro og syn på formbarheten av skrøpelighet gjennom screening- og forebyggingsprogrammer; og (c) for å informere utviklingen og evaluering av intervensjoner som vil være gjennomførbare i klinisk praksis.	Eldre Helsepersonell Pårørende	Kvalitative studie som er en del av et større forskningsprogram innen Europeisk innovasjonspartnerskap for aktiv og sund aldring (Del av EU program «Frailty Management Optimisation Through EIP-AHA») Prosjektet har som mål å konsolidere evidensbasert informasjon om skrøpelighet og pre-skrøpelighet gjennom en rekke systematiske gjennomganger av bevisene, grundig analyse av interessenters perspektiver og gjennom utvikling og testing av evidensbaserte intervensjoner designet for å forhindre eller reversere effekten av skrøpelighet.	Fem interessentgrupper skulle målrettes for å samle bevis fra sektor i tre europeiske land, Italia, Polen og Storbritannia skrøpelige og ikke-skrøpelige eldre voksne, familiepleiegivere, helsepersonell og sosialarbeidere. Ikke-skrøpelige eldre voksne (over 65 år) ble hentet fra gjennom invitasjoner til frivillighetspanel i forskningssenteret, gjennom annonser i sosiale sentre, inkludert rekreasjonssentre, kirker, skoler, eldre voksenopplærings- og læringsfasiliteter, pensjonslandsbyer og i fastlegeklinikker.	Tematisk analyse identifiserte fire temaer: synkronitet mellom det fysiske og den psykologiske i skrøpelighet, som lever med skrøpelighet i den sosiale verden, behovet for en ny type omsorg, og screening for og forebygging av skrøpelighet. Funnene understreket behov for en helhetlig tilnærming til skrøpelig omsorg og tidlig intervensjon. Integrert pleie tjenester og påvirkning var viktig i organiseringen av omsorgen.

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater
Nord M, Östgren CJ., Marcusson J & Johansson M., 2020 <i>Scandinavian journal of primary health care</i> Sverige	Staff experiences of a new tool for comprehensive geriatric assessment in primary care (PASTEL): a focus group study.	Omfattende geriatrisk vurdering (CGA) anbefales for håndtering av skrøpeligheit. Lite er kjent om fagfolks erfaringer med CGA; derfor ønsket vi å undersøke erfaringene til ansatte i primærhelsetjenesten ved å bruke et nytt CGA-verktøy: Primary care Assessment Tool for Elderly (PASTEL).	Sykepleiere	Fokusgruppeintervjuer. Kvalitativ innholdsanalyse.	Ni sykepleiere, fem fastleger og en farmasøyt ble delt inn i tre fokusgrupper Sverige	Deltakerne rapporterte at PASTEL, et verktøy for CGA, ga et helhetlig bilde av den eldre personen og var til hjelp i omsorgsplanlegging. Nøkkelpunkter for å håndtere skrøpeligheit ved hjelp av omfattende geriatrisk utredning (CGA) i primærhelsetjenesten: Det er behov for verktøy som er effektive, brukervennlig og som støtter pasientinvolvering og samarbeid. Denne studien fant at Primary Care Assessment Tool for Elderly (PASTEL) anses som både verdifullt og gjennomførbart av primærhelsepersonell PASTEL-verktøyet støtter prosessen med å identifisere handlinger for å håndtere skrøpeligheit hos eldre voksne. Teamarbeid knyttet til verktøyet og CGA i primærhelsetjenesten må undersøkes og utvikles videre.