

Kandidatnummer: 1886 og 1885

**BSYBAC\_6**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Tidlig oppdagelse av forverring hos eldre pasienter i hjemmesykepleien*



Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 02 01 2024*

*studie*  *Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på*

## SAMMENDRAG

### *Bakgrunn*

De hjemmeboende eldre er en sårbar gruppe grunnet aldersforandringer, funksjonssvikt og komorbiditet. Hjemmesykepleieren er ofte det eneste helsepersonell som har ansvar for å vurdere den eldre pasientens helsetilstand, og det kan være kritisk å oppdage forverring i somatisk tilstand tidlig slik at pasienten kan unngå akutt kritisk sykdom, komplikasjoner eller i verste fall - død.

### *Hensikt*

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva som gjør det mulig for sykepleier som jobber i hjemmetjenesten å oppdage en forverring i somatisk tilstand hos de hjemmeboende eldre pasientene tidligere.

### *Metode*

Bacheloroppgaven vår er litteraturbasert. Vi har benyttet en integrativ litteraturoversikt som metode, hvor seks forskningsartikler ble analysert. Funn i disse artiklene, teori og egne erfaringer har dannet grunnlaget for å belyse problemstillingen.

### *Resultater*

Funnene viste at det er en sammensatt prosess som involverer flere faktorer: grundig kartlegging, korrekte observasjoner og vurderinger, og organisatoriske aspekter innenfor hjemmesykepleien.

*Nøkkelord:* Eldre, hjemmetjeneste, hjemmesykepleie, tidlig oppdagelse og forverring.

## INNHOOLD

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>INNHOOLD</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Problemformulering</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Hensikt</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1. Den eldre pasient</b> .....	<b>7</b>
2.1.1 <i>Skropelighet</i> .....	7
2.1.2 <i>Sykdomsbilde hos eldre</i> .....	7
2.1.3 <i>Kjønnsforskjeller</i> .....	8
<b>2.2 Hjemmesykepleie</b> .....	<b>9</b>
2.2.1 <i>Lovverk</i> .....	9
2.2.2 <i>Pasientsikkerhet</i> .....	9
<b>2.3 Sykepleierens rolle og ansvar</b> .....	<b>10</b>
2.3.1 <i>Kunnskap og observasjonskompetanse</i> .....	10
2.3.2 <i>Personsentrert omsorg</i> .....	11
2.3.3 <i>Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon</i> .....	11
<b>2.4 Systematisk kartlegging og vurdering</b> .....	<b>11</b>
2.4.1 <i>Early Warning Score</i> .....	12
2.4.2 <i>SAFE-sjekklister</i> .....	13
<b>2.5 Teoretisk bakgrunn</b> .....	<b>14</b>
2.5.1 <i>Florence Nightingale</i> .....	14
2.5.2 <i>Callista Roy</i> .....	14
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Metodevalg</b> .....	<b>15</b>
<b>3.2 Litteratursøk</b> .....	<b>15</b>
3.2.1 <i>Kunnskapsbasert forskning</i> .....	15
3.2.2 <i>PICO-verktøy</i> .....	16
3.2.3 <i>Valg av databaser</i> .....	16
3.2.4 <i>Valg av søkeord</i> .....	16
3.2.5 <i>Avgrensninger</i> .....	17
3.2.6 <i>Inklusjon/eksklusjon</i> .....	17
3.2.7 <i>Valg av artikler</i> .....	18
<b>3.3 Analyse</b> .....	<b>19</b>
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1 Kartlegging</b> .....	<b>21</b>
4.1.1 <i>Identifisering av sårbar pasientgruppe/funksjonsnedgang</i> .....	21
4.1.2 <i>Vurderingsverktøy/observasjonsskjemaer</i> .....	22

<b>4.2 Kunnskap og kompetanse .....</b>	<b>23</b>
4.2.1 <i>Observasjon og vurdering</i> .....	23
4.2.2 <i>Trening og simulering</i> .....	24
<b>4.3 Organisering.....</b>	<b>25</b>
4.3.1 <i>Hjemmesykepleien som arbeidsplass</i> .....	25
4.3.2 <i>Arbeidsflyt</i> .....	25
4.3.3 <i>Samarbeid</i> .....	26
<b>5.0 DISKUSJON.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Metodediskusjon .....</b>	<b>27</b>
5.1.1 <i>Anvendt metode og egen gjennomførelse</i> .....	27
5.1.2 <i>Kildekritikk</i> .....	27
<b>5.2 Resultatdiskusjon.....</b>	<b>28</b>
5.2.1 <i>Kartlegging</i> .....	28
5.2.2 <i>Kunnskap og kompetanse</i> .....	30
5.2.3 <i>Organisering</i> .....	32
<b>6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS/AVSLUTNING.....</b>	<b>34</b>
<b>LITTERATUR.....</b>	<b>37</b>
<b>VEDLEGG.....</b>	<b>42</b>

Antall ord: 7979

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ideen til temaet for denne bacheloroppgaven ble dannet under praksis i hjemmetjenesten. Spesielt én hendelse vekket et sterkt ønske om å utdype egen kunnskap om eldre pasienter og finne ut hvordan sykepleier kan overvinne utfordringer med å ta vare på dem i hjemmet. Mens vi diskuterte mulige temaer mellom oss ble denne opplevelsen hentet inn, og begge var enige om at det var noe vi ønsket å utforske.

*Det var en typisk dag med en travel rute, men uten spesielle utfordringer. Rett før slutten av vekten ble en av pasientene, en gammel dame, funnet i sengen av helsefagarbeider som opplevde hun som lite kontaktbar. Sykepleier ble tilkalt og kom til å vurdere pasientens tilstand. Målinger ble tatt og var i normalt område, men bevissthetsnivå var et tegn på at noe var galt. Det ble bestemt at det var grunn til å kontakte legevakt, som etter samtale bestemte å sende ambulanse. Da ambulansen kom kviknet damen opp og ble overrasket over så mange mennesker rundt henne. Hun ønsket ikke å dra noe sted, og ambulanspersonell besluttet at hun må ha vært dehydrert og derfor ikke nødvendig med tur til sykehus. Et par dager senere ble den samme damen funnet liggende i buskene av en lokal ungdom, og innlagt på sykehus med lungebetennelse. Kunne dette forhindres? Var det noe hjelpemidler som kunne vise forverringen tidligere? Var det kommunikasjonsfeil mellom sykepleier og ambulanspersonell?*

### 1.2 Problemformulering

Ifølge Helsedirektoratet (2020) er en tredjedel av unødvendige dødsfall knyttet til følgende årsaker, enten hver for seg eller i kombinasjon: manglende eller forsinket oppdagelse av forverrede somatiske tilstander, utilstrekkelig observasjon av pasienten eller feil og/eller misforståelser i kommunikasjonen mellom helsepersonell. Dette viser at det er et behov for en økt kunnskap om hvordan forverret tilstand kan oppdages.

Det er særlig viktig å oppdage forverring hos gamle personer som har høy risiko for akutt sykdom. På grunn av aldersforandringer, funksjonssvikt og komorbiditet er denne gruppen veldig sårbar. De skiller seg ofte fra de andre grunnet «diffuse» og uspesifikke symptomer og

tegn på sykdom, har dårlig immunforsvar og dårligere kompensasjonsmekanismer (Ranhoff, 2020, s. 233). Hjemmesykepleieren er ofte det eneste helsepersonell som har ansvar å vurdere den eldre pasientens helsetilstand. På bakgrunn av dette formulerte vi problemstillingen: «Hvordan kan hjemmesykepleier oppdage forverring hos eldre hjemmeboende tidlig?». Slik at pasienten kan unngå akutt kritisk sykdom, komplikasjoner eller i verste fall – død.

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva som gjør det mulig for sykepleier som jobber i hjemmetjenesten å oppdage forverring i somatisk tilstand hos hjemmeboende, eldre pasienter tidligere.

## 2.0 TEORI

### 2.1. Den eldre pasient

I hjemmesykepleien finner man pasienter av alle slag og aldre – det innebærer et stort antall av eldre pasienter med komplekse og avanserte sykdomsbilder. «Med økende alder øker risikoen for kroniske sykdommer, nedsatt funksjonsevne og skrøpelighet.» (Folkehelseinstituttet, 2023).

#### *2.1.1 Skrøpelighet*

Begrepet «skrøpelighet» brukes ofte om de eldre, syke pasientene. Det er ikke en sykdom, men mer som en sammensatt tilstand som rammer de eldre og gjør at de er mer sårbare. «En mer omfattende definisjon av skrøpelighet er at personen som er skrøpelig har redusert motstandskraft mot sykdom på grunn av reduserte reservekrefter i ulike organer, eller har redusert immunforsvar, eller har redusert homeostase, noe som fører til komplikasjoner ved sykdom eller at bivirkninger av legemidler lettere oppstår» (Engedal, 2023). Vanlige tegn på skrøpelighet er vekttap, økt tretthet, muskelsvakhet, langsom gange og lite fysisk aktivitet. For eksempel: en eldre person med hukommelsesproblemer har høy risiko for å få delirium, og den som har redusert gangfunksjon, har økt falltendens (Ranhoff, 2021, s. 305-306).

#### *2.1.2 Sykdomsbilde hos eldre*

Diagnostikken hos de eldre og syke kan bidra til flere utfordringer enn hos de yngre pasientene. Den eldre pasienten får ofte færre og mer generelle symptomer ved nyoppstått sykdom. Forklaringen på dette er at aldersforandringer, andre sykdommer og medisiner kan kamuflere symptomer. Smerter ved et hjerteinfarkt kan være lite fremtredende eller mangle fullstendig, mens pasienten kan fortsatt fremstå som slapp og uvel. Feber kan også mangle ved infeksjon, grunnet aldersforandringer eller inntak av Paracetamol, som virker febernedsettende. Ofte presenterer sykdom hos eldre seg som en akutt funksjonssvikt som oppstår i løpet av en til to uker. Funksjonssvikt kjennetegnes av redusert mobilitet, økt falltendens, dehydrering eller ernæringsvikt, akutt endret kognitiv funksjon eller inkontinens (Ranhoff, 2021, s. 307).

### *2.1.3 Kjønnforskjeller*

I Norge, som alle verdens land, er det kvinnene som lever lengst. Folkehelseinstituttet (2021) oppgir at den forventede levealder for kvinner er 84,9 år, mens den for menn er 81,5 år.

Forskjellene mellom kvinnelige og mannlige eldre pasienter viser seg ikke bare i forventet levealder, men kan også vises i forskjellige symptomer ved samme sykdom. Helsetilstander som hjerte- og karsykdommer og slag kan vise seg annerledes hos kvinner enn hos menn.

De fleste pasienter som har, eller får, hjertesykdom er eldre. På grunn av at det er flest kvinner blant de eldre, er det flere kvinner enn menn som får hjerteinfarkt. Symptomene på et hjerteinfarkt hos eldre kvinner er ofte mer varierende og diffuse. De klassiske symptomene assosiert med hjerteinfarkt som sentrale og anstrengelsesrelaterte brystmerter med utstråling til skuldre og arm oppleves sjeldnere hos kvinner. Dette gjør at det å tidlig oppdage tegn på forverring kan bli utfordrende, og derfor kan kvinner oppleve en forsinkelse i diagnose og påfølgende behandling sammenlignet med menn (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 266-267).



## 2.2 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er sykepleie som utføres i pasientens hjem. Hensikten med hjemmesykepleie er at pasienter skal kunne håndtere dagliglivet i sitt eget hjem, så lenge det er både forsvarlig og ønskelig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

### 2.2.1 Lovverk

Ifølge Samhandlingsreformen (2012) har *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (2012) erstattet *Kommunehelsetjenesteloven* og *Sosialtjenesteloven*. Loven beskriver kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, samt pålegger å tilby innbyggerne bestemte helse- og omsorgstjenester, jf. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, §3.2. Ett av områdene loven omfatter er kravet om å tilby hjemmesykepleie i kommunen. Kommunen kan selv velge hvordan de vil bygge opp og organisere virksomhetene og tjenestene, så lenge de er innenfor de rammer som lov og forskrifter setter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Tilbudene kan derfor fremstå noe ulikt mellom kommunene.

Implementeringen av *Samhandlingsreformen* (2012) førte til den mest betydningsfulle og strukturelle endringen i organisering av hjemmesykepleien i Norge. Reformen medførte blant annet at hjemmesykepleien ble tildelt en ny, og mer omfattende, rolle for å lette belastningen på spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at helse- og omsorgstjenestene vil stå overfor mange utfordringer i fremtiden (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18).

### 2.2.2 Pasientsikkerhet

Etter *Helsepersonelloven* (1999) skal hjemmesykepleie utøves i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Et sentralt punkt ved kravet om forsvarlighet er å sikre at pasienter ikke påføres skade som resultat av den helsehjelpen de mottar, eller at de ikke lider skade som konsekvens av manglende helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 29).

Begrepet «pasientsikkerhet» handler om hele prosessen som har til hensikt å forhindre, forebygge og begrense slike skader.

Helsedirektoratet (2023) definerer pasientskade som: «utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever

ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang». Grunnet de eldre komplekse helsemessige forhold, er tidlig oppdagelse av sykdom og forverring kritisk for å forhindre uønskede skader.

## **2.3 Sykepleierens rolle og ansvar**

«Sykepleierens primære ansvarsområde er rettet mot mennesker som har behov for sykepleie og helsetjenester» (NSF, 2023). Det innebærer å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse, lindre lidelse og bidra til en verdig død, samt sikre faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som er i tråd med Helsepersonellovens (1999) krav.

### ***2.3.1 Kunnskap og observasjonskompetanse***

Ifølge Norsk Sykepleierforbund er sykepleieren personlig ansvarlig for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Evnen til å ivareta dette faglige ansvaret påvirker kvaliteten på den sykepleien som gis. Grunnlaget for observasjonskompetanse er god kunnskap om kroppens normale anatomi, fysiologi, patologiske prosesser og sykdom (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s. 10-11).

Observasjonskompetanse er tett knyttet til evnen til å foreta kliniske vurderinger. Tolkning av pasientens symptomer og tegn trenger en stødig, fagspesifikk teoretisk kunnskap som stadig må oppdateres og fornyes. (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s. 10-11).

Evnen til å observere bygger også på klinisk erfaring og sansing – «klinisk skjønn» er et begrep som brukes ofte. Kari Martinsen beskriver skjønn som «et tydningsarbeid hvor fagkunnskap og naturlig sansing arbeider sammen» (Kristoffersen, 2019, s.169). Det faglige skjønnets kan beskrives som en sammensetning av helhetlige mønstre som kan overføres fra én situasjon til en annen. Erfarne sykepleiere kan også kjenne til variasjoner av normale forløp ved ulike tilstander, og kan gjenkjenne når mønsteret avviker fra det som er tenkt normalt. På denne bakgrunn kan sykepleier kjenne igjen tidlige tegn til endringer i pasientens helsetilstand – ofte tegn som sanses og ikke kan beskrives presist (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s. 14).

### **2.3.2 Personsentrert omsorg**

Litteraturen beskriver at de viktigste prinsippene i personsentrert omsorg handler om det enkelte mennesket som et helhetlig og unikt individ, samt erkjennelse av at personen er en ekspert på sitt eget liv. Å etablere en åpen og respektfull kommunikasjon og lytte aktivt er sentralt i personsentrert omsorg. Informasjon som pasienten selv kommer med, skal ha betydning for sykepleiers beslutning. For effektiv personsentrert omsorg er det også avgjørende å ha grundig kjennskap til den enkelte pasient (Kirkevold, 2020, s. 99-102).

### **2.3.3 Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon**

Fastlegen har det medisinsk-faglige ansvaret for pasienten som mottar hjemmesykepleie, men sykepleier har ansvaret for informasjonsutvekslingen dem imellom. På kvelder, netter og helger må sykepleier ofte kontakte *Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral* (AMK) eller legevakt (Næss, 2020, s. 256). I slike situasjoner er en presis kommunikasjon mellom helsepersonell avgjørende for at en akutt syk pasient skal få rett behandling til rett tid.

*ISBAR* er et verktøy for kommunikasjon som er blitt iverksatt i helsetjenesten for å fremme en sikrere og mer systematisk utveksling av informasjon. Forkortelsen står for: *Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Aktuelt, og Råd* (Helsedirektoratet, 2020). Verktøyet kan tilpasses for mer effektiv bruk mellom ulike nivåer og yrkesgrupper i helsetjenesten. Helsedirektoratet (2020) inkluderer *ISBAR* i deres faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved en forverret somatisk tilstand.

## **2.4 Systematisk kartlegging og vurdering**

Å kartlegge den eldre pasientens somatiske tilstand er ikke alltid like enkelt. Som nevnt tidligere, kan symptomer og tegn på sykdom hos eldre pasienter være mindre tydelige. Dokumentasjon og formidling av disse endringene til lege eller kollegaer på en klar og tydelig måte, kan bli utfordrende. Ofte vil sykepleiers skjønn og intuisjon peke på at noe er galt, men grunnet mangel på presise og konkrete opplysninger kan det oppleves vanskelig å tas alvorlig av lege. Sykepleier har dermed et faglig og moralsk ansvar for å utføre grundige målinger og vurderinger av pasientens tilstand. Dette gjelder respirasjon, sirkulasjon, kroppstemperatur og bevissthet. Slik dannes et grunnlag for en helhetlig vurdering av pasientens nåværende tilstand (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 117). Det er også utviklet flere hjelpemidler for å gi en

systematisk tolkning av tegn som kan hjelpe sykepleier i vurderingssituasjoner, som vi vil omtale videre.

### 2.4.1 Early Warning Score

I Norge er *National Early Warning Score* (se figur 1 og 2) og *Modified Early Warning Score* validerte skåringsverktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand i sykehus (EWS).

Helsedirektoratet (2020) anbefaler bruk av EWS også i kommunal helse- og omsorgstjeneste som støtte i vurdering av akutt syke pasienter. Verktøyet skal bidra til å bedre identifisere og prioritere hvilke pasienter som er i fare for forverret tilstand og død, formidle objektive data og ta beslutninger og vurdere behandling.

#### NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO <sub>2</sub> Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO <sub>2</sub> Skala 2* (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5, vurder umiddelbart om pasienten kan ha sepsis og i så fall igangsett sepsisbehandling.

\* SpO<sub>2</sub> Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO<sub>2</sub> mellom 88 - 92 %, verifisert ved blodgassanalyse. Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes. Ved alle andre tilfeller skal Skala 1 benyttes.

\*\* Bevissthetsnivå:  
A = Alert (våken)  
C = New confusion (nyoppstått forvirring)  
V = Voice (reagerer på tiltale)  
P = Pain (reagerer ved smertestimulering)  
U = Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimulering)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017.

NEWS (Skår)	Overvåkningsfrekvens	Respons	Fare for sykehusmortalitet
0	Minimum hver 12. time.	Fullstendig NEWS ved hvert observasjonstidspunkt.	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time.	Sykepleier på post skal vurdere behov for: - Kliniske tiltak - Økt overvåkningsfrekvens/-nivå - Legekontakt	
Skår 3 i én parameter	Minimum én gang per time, eller etter forordning fra lege.	Sykepleier på post skal informere ansvarlig lege og sammen med denne vurdere behov for: - Kliniske tiltak - Økt overvåkningsnivå - Kontakt med mobil intensivgruppe (MIG)	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere	Minimum én gang per time, eller etter forordning fra lege.	Sykepleier på post skal omgående informere ansvarlig lege og sammen med denne vurdere behov for: - Kliniske tiltak - Økt overvåkningsnivå - Kontakt med mobil intensivgruppe (MIG)	Middels
Totalt 7 eller høyere	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner, eller etter forordning fra lege	Sykepleier på post skal umiddelbart informere (spesialistkompetent) ansvarlig lege og sammen med denne ta kontakt med MIG.  MIG og postpersonalet bestemmer sammen kortsiktig plan og vurderer behov for: - Omgående kliniske tiltak - Overflytning til overvåkningsavdeling	Høy

OBS: En lav skår utelukker ikke alvorlig sykdom. NEWS2 er et supplerende hjelpemiddel til observasjonskompetanse og skjønn.

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5: Vurdér om pasienten kan ha sepsis og igangsett isåfall umiddelbar behandling.

Figur nr.1 NEWS2 og NEWS2-respons

### 2.4.2 SAFE-sjekklisten

Prosjektet *Subakutt og akutt funksjonssvikt hos eldre* (SAFE) er en sjekkliste (se figur 2) som brukes for å kartlegge og vurdere den eldre pasientens helsetilstand. Sjekklisten har noen likheter med EWS-verktøyet, men er designet spesifikt til bruk hos de eldre i hjemmesykepleien. De ansatte utfører en systematisk kartlegging ved vurderinger av hygiene, egenomsorg, ernæring, respirasjon, sirkulasjon, hud, eliminasjon, fysisk funksjon, psykisk/kognitiv funksjon, søvn, sanser og smerter. Ved at det blir gjort en førstegangsvurdering, kan den senere sammenlignes med nye vurderinger ved mistenkt akutt eller subakutt funksjonssvikt (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 134).

## SAFE

### Tidlig oppdagelse av Subakutt/Akutt Funksjonssvikt hos Eldre

Pasient \_\_\_\_\_ Fødselsdato \_\_\_\_\_  
 Vurdert av \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Tidlig oppdagelse av funksjonssvikt forutsetter at det er gjort en kartlegging av pasientens normaltilstand, dokumentert i EPJ. Områdene nedenfor krysses av hvis det er endringer i forhold til pasientens normaltilstand eller forrige SAFE-status.

Observasjoner	Endringer - status (sett kryss)	Grønn = Ingen endringer
<b>Kommunikasjon / sanser</b> <input type="checkbox"/> Tydelig endring ved: <input type="checkbox"/> Taleevne <input type="checkbox"/> Språkforståelse <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Hørsel	<input type="checkbox"/> Nyoppståtte problemer med å snakke (afasi/dysartri)	<input type="checkbox"/>
<b>Respirasjon</b> Frekvens <input type="text"/> /minutt <input type="checkbox"/> Tydelig forverring av pustebeviser (dyspnoe) <input type="checkbox"/> Nyoppstått pustebeviser ved aktivitet (aktivitetsdyspnoe)	<input type="checkbox"/> Nyoppstått alvorlig hoste <input type="checkbox"/> Respiasjonsfrekvens > 28 pr. minutt <input type="checkbox"/> Nyoppstått respiasjonsfrekvens > 20 pr. minutt <input type="checkbox"/> Nyoppstått oksygenmetning < 96%	<input type="checkbox"/>
<b>Sirkulasjon</b> Blt. <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg Puls <input type="text"/> /minutt Temperatur <input type="text"/> °C	<input type="checkbox"/> Nyoppstått blodtrykksverdi (Bl) > 190/100 mmHg <input type="checkbox"/> Systolisk Bl-fall på 40 mmHg eller mer <input type="checkbox"/> Nyoppstått Bl < 110/70 mmHg <input type="checkbox"/> Pulslog støpet/falt med mer enn 20 slag pr. minutt i hvile <input type="checkbox"/> Nyoppstått uregelmessig puls <input type="checkbox"/> Nyoppstått moderat væskeansamling (odem) i beina/korsrygg (lumbalt/sacralt)	<input type="checkbox"/>
<b>Hud/vev</b> Lengde sår..... mm Bredder sår..... mm Dybde sår..... mm Lokalisasjon:.....	<input type="checkbox"/> Nyoppstått klam / gråblek hud <input type="checkbox"/> Nyoppstått blålig hud (cyanose) <input type="checkbox"/> Nyoppstått gultett (ikterus) <input type="checkbox"/> Nyoppstått hudinfeksjon / rosen (erysipelas) / nekrose	<input type="checkbox"/>
<b>Eliminasjon</b> <input type="checkbox"/> Nyoppstått inkontinens for urin <input type="checkbox"/> Nyoppstått sviende vannlating <input type="checkbox"/> Sparsom mengde, eller uvanlig mørk (konsentrert) urin <input type="checkbox"/> Nyoppstått: <input type="checkbox"/> Inkontinens for avføring <input type="checkbox"/> Obstipasjon <input type="checkbox"/> Diaré <input type="checkbox"/> Blod i avføringen	<input type="checkbox"/> Nyoppstått urinretensjon <input type="checkbox"/> Blod i urinen <input type="checkbox"/> Tynn, seig, svart avføring (melena) <input type="checkbox"/> Rikelig, friskt blod i avføringen <input type="checkbox"/> Blodig oppkast (hematemese)	<input type="checkbox"/>

<b>Ernæring</b> Vekt <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> Vekttap mer enn 5% siste måned <input type="checkbox"/> Nyoppstått kvalme <input type="checkbox"/> Nyoppstått munntørhet <input type="checkbox"/> Redusert inntak av væske <input type="checkbox"/> Redusert matinntak/maltyt <input type="checkbox"/> Nyoppståtte/dkte problemer med svelging <input type="checkbox"/> Nyoppstått/økt ubehag/smerter i munnen <input type="checkbox"/> Nyoppståtte tannproblemer	<input type="checkbox"/> Ikke i stand til å ta til seg næring <input type="checkbox"/> Ikke i stand til å ta til seg væske
<b>Fysisk funksjon</b>	<input type="checkbox"/> Tydelig mer uslo <input type="checkbox"/> Fallt én gang siste uke, for pasienter som ikke pleier å falle <input type="checkbox"/> Tydelig økte vansker med å reise/sette seg eller gå, for pasienter som har kunnet dette tidligere <input type="checkbox"/> Nyoppståtte skjelvinger, stivhet eller leddproblemer	<input type="checkbox"/> Nyoppstått: ikke i stand til å stå uten støtte <input type="checkbox"/> Fallt to eller flere ganger siste uke, for pasienter som ikke pleier å falle <input type="checkbox"/> Mistet evne til å reise/sette seg, for pasienter som har kunnet dette tidligere <input type="checkbox"/> Nyoppstått halvsidig lammelse <input type="checkbox"/> Nyoppstått kraftsvikt
<b>Generell egenomsorg</b>	<input type="checkbox"/> Tydelig svekket boevne. Ser generelt ut til å ha mistet motivasjon og initiativ til å holde omgivelsene i orden. Endrede daglige rutiner	<input type="checkbox"/>
<b>Personlig hygiene</b>	<input type="checkbox"/> Tydelig økte vansker med å ivareta personlig hygiene	<input type="checkbox"/> Nyoppstått fullt pleietrengende
<b>Medisinsk egenomsorg</b>	<input type="checkbox"/> Vil ikke / tar ikke medisiner / følger ikke forordnet behandling	<input type="checkbox"/>
<b>Søvn / hvile</b>	<input type="checkbox"/> Tydelig økt tretthet på dagtid <input type="checkbox"/> Tydelig økte insomni-problemer	<input type="checkbox"/>
<b>Psykisk / kognitiv funksjon</b>	<input type="checkbox"/> Merkbart forverring i nedstemthet, engstelse, initiativitet og agitasjon <input type="checkbox"/> Forverret orienteringsevne eller vrangforestillinger/hallusinasjoner	<input type="checkbox"/> Tydelig forvret / redusert bevissthetsnivå / oppmerksomhet
<b>Smerte</b> Målt til <input type="text"/> på skala fra 0-10 (NRS)	<input type="checkbox"/> Økning på 3 eller mer på smerteskalaen <input type="checkbox"/> Nyoppstått smerte	<input type="checkbox"/> Økning på 4 eller mer på smerteskalaen <input type="checkbox"/> Nyoppståtte brystmerter <input type="checkbox"/> Nyoppståtte sterke magesmerter

Smertekartlegging - NRS (Numeric Rating Scale)

0 = Ingen smerte      10 = Den sterkeste smerten du kan tenke deg

Status SAFE	Gul Subakutte endringer	Rød Akutte endringer	Grønn Ingen endring
<b>Handling/oppfølgning</b>	1. Ved første gangs observasjon av 1 eller 2 symptomer: Observer pasienten på nytt påfølgende dag 2. Hvis symptomene vedvarer eller forverres etter andre gangs observasjon: Konsulter pasientens fastlege via elektronisk melding 3. Ved symptomer knyttet til 3 eller flere områder samtidig: Gjennomfør NEWS og kontakt lege umiddelbart via telefon	Gjennomfør NEWS. Pasientens fastlege kontaktes samme dag, pr. telefon. Pasienten bør normalt vurderes av lege samme eller påfølgende dag Obs! Noen tilstander kan kreve øyeblikkelig hjelp. Dette må vurderes	Fortsett systematisk SAFE-kartlegging etter fastsatt intervall, eller ved mistanke om ending

Revisert oktober 2010

Figur nr.2 SAFE-sjekkliste

## 2.5 Teoretisk bakgrunn

### 2.5.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale (f. 1820), som ofte regnes som grunnleggeren av den moderne sykepleien, understreker viktigheten av observasjon av de syke. Det største kapitlet i hennes bok *Notater om sykepleie*, originalt fra 1859, omhandler hvordan sykepleier skal utføre korrekte observasjoner. Hun uttrykker at en sykepleier som ikke kan, eller forstår, viktigheten av en systematisk observasjon, er uegnet som sykepleier. «Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleier, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere; hvilke symptomer som tyder på bedring, og hvilke som tyder på det motsatte; hvilke som er nyttige, og hvilke som ikke er det.» (Nightingale, 2010, s. 149). Samtidig legger hun vekt på en helhetlig tilnærming til behandling, med tanke på de fysiske, mentale og miljømessige aspekt: «Vennligst husk å pleie den syke, og ikke sykdommen.» (Mathisen, 2019, s. 94).

### 2.5.2 Callista Roy

Callista Roy (f. 1939) og F. Nightingale kommer fra forskjellige tidsepoker og hadde ulike perspektiver, men de deler felles ideer når det gjelder observasjon og helhetlig pasientbehandling. Hun har utviklet en adaptasjonsmodell som beskriver individer som menneskelige «systemer» og deres evne til å effektivt tilpasse seg endringer i miljøet – eller påvirke miljøet for å opprettholde en «balanse». Modellen består av fire adaptive reaksjoner: fysiologisk, selvbilde, rollefunksjon og sosial gjensidighet (Kristoffersen, 2019, s. 42-47). Tidlige tegn på forverring kan dermed vise seg i forstyrrelser på tvers av disse fire områdene. Derfor er den helhetlige og systematiske tilnærmingen nødvendig for å få gjort en grundig evaluering av pasientens fysiske helse, psykiske velvære og påvirkning av sosialkulturelle og miljømessige faktorer (Kristoffersen, 2019, s. 50-51).

## 3.0 METODE

### 3.1 Metodevalg

Ifølge krav i emnebeskrivelsen til BSYBAC-6, er bacheloroppgaven vår litteraturbasert. På grunn av oppgavens art, valgte vi en integrativ litteraturoversikt som metode. Forskjellen på generell og integrativ litteraturoversikt er at den integrative går utover en oppsummering av eksisterende forskning, og har som mål å syntetisere data som fører til «en ny helhet» i problemområdet (Friberg 2018, s. 143 og 150).

For å få allsidig analyse av vår problemstilling, valgte vi å inkludere studier med både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder som bruker forskjellige tilnærminger til å samle inn, analysere og tolke data. Kvantitativ metode søker som regel etter bevis for sykepleiehandlinger gjennom kvantifiserbare data som kan tallfestes og måles. Kvalitativ metode derimot søker etter en økt forståelse, som avdekker mening og dybde av fenomener eller problemer. Metoden samler inn data gjennom åpne intervjuer eller observasjon (Friberg 2018, s. 119 og 129).

### 3.2 Litteratursøk

#### 3.2.1 Kunnskapsbasert forskning

Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer «å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap integrert med klinisk erfaring (erfaringsbasert kunnskap) og pasientens preferanser» (Kristoffersen, 2019, s. 144). Målet med KBP er å styrke beslutningsgrunnlaget for de som jobber i helse- og sosialsektor, samtidig som å rette oppmerksomheten til hvor kunnskapen hentes fra. For å unngå å følge prosedyrer som ikke er basert på oppdatert kunnskap, noe som kan føre til feilbehandling, må helsepersonell lære seg metoder for å søke etter den beste tilgjengelige kunnskapen, og kritisk vurdere denne (Helsebiblioteket, 2021). Derfor var det behov for å utvikle kunnskapsbasert forskningsstrategier. *The Evidence-Based Research Network* (2023) definerer kunnskapsbasert forskning som «bruken av tidligere forskning på en systematisk og gjennomsluktig måte å informere en ny studie slik at forskningen svarer på spørsmål som betyr noe på en gyldig, effektiv og tilgjengelig måte». Å formulere et tydelig og presist spørsmål er en hjørnestein i kunnskapsbasert forskning (Helsebiblioteket, 2021).

### 3.2.2 PICO-verktøy

PICO-verktøy ble utviklet for å formulere presise forskningsspørsmål som bidrar til utvelgelse og kritisk vurdering av litteratur (Helsebiblioteket, 2021). Vi valgte å bruke PICO for å lage en strukturert søkestrategi som skulle hjelpe oss å utføre integrerende litteraturgjennomgang som kunnskapsbasert forskning.

Vi begynte ved å presisere problemstillingen ifølge PICO-elementer: **P** - Patient/Population/Problem, **I** - Intervention, **C** - Comparison og **O** – Outcome (se tabell 1).

Tabell 1:

<b>Patients/population/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Hjemmeboende eldre pasient som har hjemmetjeneste	Tidlig oppdagelse	Forverret tilstand	Tidlig behandling, forebygging av akutt kritisk sykdom, forebygging av dødsfall, bedre pasientsikkerhet

### 3.2.3 Valg av databaser

På universitetsbibliotekets side fant vi en oversikt over tilgjengelige databaser. Under kategorien for Helse- og Sosialfag var det 36 databaser i alfabetisk rekkefølge. Ved å lese gjennom beskrivelsene av databasene, valgte vi de vi mente ville være relevante for vårt litteratursøk: CINAHL (EBSCO), British Nursing Index og Idunn. Når vi logget inn på CINAHL-siden, var det en mulighet for å legge til en annen database, MEDLINE (EBSCO), slik at alle søkene vi utførte på CINAHL inkluderte resultater fra MEDLINE i tillegg.

### 3.2.4 Valg av søkeord

Ved hjelp av PICO kunne vi definere søkeord i hvert element. Først skrev vi norske ord og mulige synonymer. For å finne engelske søkeord søkte vi på norsk i databasen [MeSH på norsk og engelsk](#), og fant tilsvarende engelsk MeSH-ord og synonymer (se tabell 2).



Tabell 2: Oversikt over søkeord brukt i søkeprosessen.

	Norske ord	Engelske ord
<b>Patients/Population/ Problem</b>	Eldre pasient Hjemmetjeneste Hjemmesykepleie Kommune	Home care services home health care home healthcare home nurs*
<b>Intervention</b>	Tidlig oppdagelse	Early detection early diagnosis early identification
<b>Comparison</b>	Forverring	Deterioration Decline complications
<b>Outcome</b>	Pasientsikkerhet Tidlig behandling Forebygging	Patient safety Early treatment Early intervention Prevention

Med utgangspunkt i en PICO-tabell med søkeord (tabell 2), lagde vi søkestrategier. Vi kombinerte alle ordene innenfor hvert enkelt PICO-element med boolske operator OR, og selve elementene med boolske operator AND. Samt valgte vi å bruke trunkering bak ord: nurs\*, for å få med antalls-/flertallsendelser og ulike varianter av ordet.

Vi søkte etter ett PICO-element om gangen, noe som gav oss muligheten til å gå gjennom søkehistorikken og kombinere elementene med "AND". Dette gjorde det enklere å utføre flere søk ved å kombinere ulike elementer med "AND", og legge til flere elementer når vi fikk for mange treff.

### ***3.2.5 Avgrensninger***

For å sikre kvalitet av forskning ble søket avgrenset til vitenskapelige artikler som er blitt fagfellevurdert. For å rette resultatene mot det mest relevante og oppdaterte innhold, avgrenset vi perioden artiklene ble publisert til å ikke være eldre enn 10 år.

### ***3.2.6 Inklusjon/eksklusjon***

Vi ekskluderte artiklene som handlet om sekundærhelsetjeneste, og inkluderte de som forsket på primærhelsetjeneste, mer presist: hjemmetjeneste. Fokuset vårt var på eldre pasienter, så alle andre aldersgrupper ble ekskludert. En stor mengde av artiklene handlet om tidlig oppdagelse av forverring innen psykisk helse. Ettersom vi valgte å fokusere på tidlig

opdagelse av forverring av somatisk tilstand, ble artiklene om psykisk helse ekskludert. Ett av inkluderingskriteriene var at artikler skulle være på et språk vi begge kan lese: norsk eller engelsk. Fra artiklene med lignende problemstillinger valgte vi de som var nyere.

Opprinnelig ønsket vi å finne forskning fra vestlige land med lignende helsesystemer for overførbare resultater, men ved søkets avslutning bestemte vi oss for at vi hadde tilstrekkelig med artikler som omhandlet det norske helsevesen. Slik kunne vi finne de mest relevante resultatene for vår oppgave.

### 3.2.7 Valg av artikler

Tabell 3: Oversikt over valgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Brekke, D. G., Olsen, C. & Reime, M. H.  (2022). Norge  Læringsutbytte av kursdeltakelse for videreutvikling av hjemmesykepleieres kliniske observasjons-, vurderings-, og beslutningskompetanse: en pilotstudie	Sykepleierens kompetanseøkning	Å kartlegge hjemmesykepleierens læringsutbytte av å delta på kurs i å oppdage forverret helsetilstand hos pasienter i hjemmesykepleien	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ og kvantitativ kombinert metode – beskrivende studie med triangulering
Strømme, T., Aase, K. & Tjøflåt, I.  (2020). Norge  Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study	Helsepersonells kunnskap og kompetanse	Å utvikle kunnskap om hjemmepleierens observasjonskompetanse i tidlig oppdagelse av forverring hos skrøpelige eldre pasienter	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ kombinert metode – inkluderte observasjon av ansatte og intervjuer av fokusgrupper.
Jeppestøl, K., Kirkevold, M. & Bragstad, L. K.  (2023). Norge  Early warning scores and trigger recommendations must be used with care in older home nursing care patients: Results	Påliteligheten og bruken av skåringsvektøy MEWS	Å utforske modifiserte tidlige varslingsskårer (MEWS) og avvikende vitale tegn blant eldre pasienter i hjemmesykepleie for å avgjøre om MEWS-utløseranbefalingene ble fulgt i tilfeller der sykepleiere mistenkte akutt funksjonsnedgang	Pasientperspektiv  Sykepleieperspektiv	Kvantitativ metode: prospektiv observasjonsstudie

[1886 og 1885]

from an observational study				
Jeppestøl, K., Vitelli, V. & Bragstad, L. K.  (2021). Norge  Factors associated with care trajectory following acute functional decline in older home nursing care patients: a prospective observational study	Utfall av omsorgsnivå og klinisk respons til eldre hjemmeboende pasienter	Å utforske omsorgsveier for eldre hjemmesykepleiepasienter og faktorer assosiert med klinisk respons (type og intervensjonsnivå) fra helsevesenet, sluttnivå av samfunnsomsorg og død innen 3 måneder etter en forekomst av akutt funksjonsnedgang	Pasientperspektiv	Kvantitativ metode: prospektiv observasjonsstudie
Gagnat, K., Molnes, S. I. & Vasset, F.  (2022). Norge  Helsepersonells fagkompetanse I kommunehelsetjenesten	Helsepersonells kunnskap og kompetanse	Å undersøke kompetanse hos helsepersonell i kommunehelsetjenesten	Helsepersonell	Kvantitativ tversnittstudie
Abudayya, A., Hamre, A., Pajalic, Z., Cervino, H. K. & Wesseltoft-Rao, N.  (2023). Norge  Experiences and challenges of the use Subacute and Acute Dysfunction in the Elderly-SAFE Work team coordinators experiences and challenges in the introduction and use of SAFE in home-based nursing: A qualitative study from the Norwegian context	Implementering av SAFE vurderingsverktøy	Å utforske erfaringene og utfordringene til hjemmesykepleiens team koordinatorene angående innføring og bruk av SAFE	Avdelingssykepleier	Kvalitativ studie

### 3.3 Analyse

Vi fulgte anbefalinger for analyseprosess beskrevet av Friberg (2018, s. 148-149). Friberg deler analyseprosessen av integrerende litteraturgjennomgang i fire trinn. I første trinn ble artiklene lest på nytt for å forstå innhold og kontekst. Oppsummering ble gjort i form av diskusjon mellom skrivepartnere.

Andre trinn ifølge Friberg (2018) er dokumentering. For å skape en oversikt som grunnlag til videre analyse, ble det skrevet en enklere oversiktstabell med tema, hensikt, perspektiv,

## [1886 og 1885]

metode og litteratormatrise som i tillegg inkluderte oppsummering av resultater. Utfylling av tabeller ble delt mellom skrivepartnere, slik at vi kunne sammenligne resultater og bekrefte at materialet ble forstått riktig.

I neste steg ble det utført en sammenligning av studier. Det ble identifisert forskjeller og likheter av studiene, med hovedvekt på resultater. Siden det ble valgt å inkludere både kvantitative og kvalitative studier, var dermed resultatene av ulik karakter, og det var ikke mulig å foreta en nøyaktig sammenligning.

Siste trinn i Fribergs (2018) analyse-prosess er oppsummering. Vi har lagt en oversiktstabell med hovedkategorier og underkategorier som vi kom frem til under analyseprosessen av artiklene. Disse har vi brukt som overskrifter i resultatdelen.

Hovedfunn	Underkategorier
Kartlegging	Identifisering av sårbar pasientgruppe/funksjonsnedgang
	Vurderingsverktøy/observasjonsskjemaer
Kunnskap og kompetanse	Observasjon og vurdering
	Trening og simulering
Organisering	Hjemmesykepleie som arbeids arena
	Arbeidsflyt
	Samarbeid

## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Kartlegging

#### *4.1.1 Identifisering av sårbar pasientgruppe/funksjonsnedgang*

Studieforskerne (Jeppestøl et al., 2022, s.46-48) rekrutterte totalt 135 pasienter med identifisert funksjonsnedgang som mottok hjemmesykepleie fra 8 kommuner. Det ble samlet inn data ved den første forekomsten av akutt funksjonsnedgang, ved oppfølgingen og ved nye hendelser. Det kom frem at nye hendelser med funksjonsnedgang skjedde hos 65,2 % av pasientene innen 3 måneder. Ved bruk av statistiske prediksjonsmodeller på de innsamlede dataene, ble det avdekket at sannsynligheten for å trenge medisinsk behandling, hjemme eller på et høyere omsorgsnivå, etter første dokumenterte funksjonsnedgang økte med 3,84 ganger for hvert år med økende alder. Etter andre dokumenterte funksjonsnedgang økte det med 9,22 ganger. Kvinner, sammenlignet med menn, hadde 7,01 ganger større sannsynlighet for å trenge medisinsk behandling etter den første episoden av funksjonsnedgang, og 9,66 ganger større sannsynlighet for å dø innen 3 måneder etter første akutt sykdom. Pasientene som ble lagt inn på sykehus hadde 9,94 ganger større sannsynlighet for å dø.

I studien av Strømme et al. (2020, s. 2434-2435) fremhevet helsepersonell viktigheten av å kjenne pasienten godt, da kunnskapen om pasientens normalsituasjon gjorde det lettere å oppdage tegn på forverring. Når pasientens normale kliniske tilstand var ukjent, var det vanskelig å vurdere om den endret seg. Helsepersonell beskrev kommunikasjon som et verktøy for å oppdage endrede forhold: «[...] It is also of great help when patients describe their clinical conditions as changed or bad. [...]» (Strømme et al., 2020, s. 2435).

Jeppestøl et al. (2023, s. 4741-4742) avdekker at årsaken til at helsepersonell fikk en mistanke om akutt funksjonsnedgang, er symptomer som avviker fra pasientens vanlige tilstand. De hyppigste årsakene til mistanke om akutt funksjonsnedgang var diffuse og ukarakteristiske symptomer (35,5 %), etterfulgt av symptomer på infeksjon (10,3 %), smerte (11,4 %), fall (8,8 %) og reduserte ADL-funksjoner (7,5%).

#### *4.1.2 Vurderingsverktøy/observasjonsskjemaer*

Hjemmesykepleierne som deltok i studien til Brekke et al. (2022, s. 6) var ikke tidligere kjent med å bruke observasjonsskjema for å registrere og skåre vitale parametere i praksis. «Observasjoner i jobben er mer basert på klinikk, å se, høre, lukte, kjenne og kunne sammenligne med normalen til pasienten» sier én av hjemmesykepleierne i studien (Brekke et al., s. 6). Etter å ha utført simulering, erfarte sykepleierne at bruken av observasjonsskjema i praksis var et godt verktøy for beslutningstøtte, og gjorde det lettere å gi rapport til en annen part.

En lignende erfaring ble beskrevet i en studie som hadde som mål å utforske implementering av SAFE-skjema i hjemmesykepleien (Abudayya et al., 2022). Noen avdelingssykepleiere mente at SAFE gav hjemmesykepleierne mer selvtillit når det gjaldt å identifisere funksjonsnedgang blant de eldre. De opplevde også at hjemmesykepleierne jobbet mer systematisk enn før. Noen nevnte også at det hjelper med å strukturere kliniske evalueringer, og gjør det lettere for sykepleier å kommunisere med leger og andre helsepersonell på riktig måte (Abudayya et al., 2022, s. 4812).

Studieresultater fra Jeppestøl et al. (2022, s. 48) viser at MEWS-skåringsverktøy var en faktor som påvirket behandlingsforløpet til pasienter ved å forutsi nivåer av klinisk respons, og en mulig økt risiko for død. Pasientene som fikk en MEWS-skår på 1 poeng mer sammenlignet med de som fikk en skår på 1 poeng lavere ved den første observerte funksjonsnedgangen, hadde 11,13 ganger større sannsynlighet for å trenge medisinsk behandling hjemme eller på et høyere behandlingsnivå. De hadde også 8,78 ganger større sannsynlighet for å dø innen 3 måneder.

Jeppestøl et al. (2023) gir innsikt i kompleksiteten av MEWS-verktøyets bruk. I studien ble det registrert MEWS i eldre pasienters vanlige tilstand, og i tilfeller med akutt funksjonsnedgang. Ved å sammenligne data fant forskere ut at endringer i MEWS-skår fra vanlig tilstand til akutt funksjonsnedgang. I 47% av tilfellene var det en økt skår, i 35% var det ikke funnet en endring og i 18% av tilfellene var skåren lavere enn før. Median MEWS var 1 ved akutt funksjonsnedgang. De hyppigste avvikende parameterne var respirasjonsfrekvens og puls. Respirasjonsfrekvens var forhøyet i 326 tilfeller (88,82%) og

pulsen forhøyet i 56 tilfeller (15,25%) i MEWS-måling ved mistenkt akutt funksjonsnedgang. Imidlertid hadde 37 av 51 dokumenterte tilfeller (72,54%) økt respirasjonsfrekvens og 10 av 51 (19,60%) økt puls i sin vanlige tilstand (Jeppestøl et al., 2023, s. 4742).

## 4.2 Kunnskap og kompetanse

### 4.2.1 Observasjon og vurdering

I studien av Strømme et al. (2020) ble det gjennom fokusintervju funnet at for å identifisere tidlige tegn på forverring, fokuserte helsepersonell på pasientens fysiske og mentale funksjon. I flere situasjoner beskrev de forverring som en generell nedgang i fysisk tilstand preget av nedsatt appetitt, kvalme, svakhetsfølelse, pusteproblemer, smerte, manglende evne til å gå jevnt, ødem i underekstremitetene eller fall. Det ble også beskrevet situasjoner med en mental funksjonsnedgang, med tegn som endret atferd, forvirring og hukommelsessvikt. Det var imidlertid variasjoner i tiltak i slike situasjoner. Noen sykepleiere gjennomførte et ekstra besøk, mens andre ventet for å se hvordan det utviklet seg, tok målinger eller kontaktet lege (Strømme et al., 2020, s. 2435).

I samme studie kom det frem at observasjon og vitale målinger ble hovedsakelig betraktet som en sykepleieroppgave. I observasjonsdelen av studiet (2020, s. 2436) avdekkes det at respirasjonsfrekvens ble sjelden målt, og sykepleiere hevdet at de oppdaget endringer i respirasjonen ved hjelp av observasjon og intuisjon, eller «klinisk blikk». Puls ble også sjelden sjekket, mens blodtrykk ble målt hyppigere. Flere situasjoner pekte på et gap mellom pasientens kliniske situasjon og det som ble vurdert, for eksempel: en pasient som ble lagt inn på sykehus grunnet lungebetennelse og hadde pustevansker, fikk målt blodtrykk. Vitale målinger ble oftere tatt når pasientene var kritisk syke, eller når lege ordinerte det (Strømme et al., 2020, s. 2438-2439).

Gagnat et al. (2022, s. 161) vurderer observasjons- og vurderingskompetanse i akutte situasjoner blant helsepersonell i hjemmetjeneste og kommunehelsetjeneste ved å stille fire spørsmål som beskriver pasientsituasjoner med symptomer på ulik akutt sykdom, med potensielt behov for øyeblikkelig hjelp. I den første situasjonen, med helt typiske tegn på hjerneslag, vurderte 98% av de med bachelorutdanning, altså sykepleiere, den som akutt. 60% av sykepleiere vurderte den andre situasjonen, med tegn på et hjerneslag/hodeskade, som

akutt. I en tredje situasjon med symptomer på akutt koronarsykdom vurderte 72% av sykepleiere den som akutt. Til sist vurderte 48% en situasjon med symptomer på sepsis som akutt.

#### ***4.2.2 Trening og simulering***

Studien Brekke et al. (2022) forsket på hjemmesykepleieres læringsutbytte av kursdeltakelse. Kurset besto av tre dager, hvor første kursdag inneholdt undervisning om ulike diagnoser som krever rask respons og ferdighetstrening relatert til systematisk pasientundersøkelse (ABCDE). Deltakerne mente at kursets innhold var relevant, aktuelt og nyttig, og de opplevde at trening på konkrete situasjoner var god læring. Veiledet refleksjon gjorde de mer bevisst på egen kunnskap, og økte forståelsen av viktigheten av det hele. Sykepleierne uttrykket at de ble mer bevisst i forhold til å gjøre systematiske observasjoner, og viktigheten av den tidlige responsen. Én sier: «Jeg kommer til å gjøre flere observasjoner og oftere når jeg er ute hos pasientene, og vil være tryggere på å reagere i akutte situasjoner», en annen sier: «Har lært å prioritere og vurdere akutte situasjoner, spesielt hvis det er flere symptomer og diagnoser» (Brekke et al., 2022, s. 7).

I samme studie (Brekke et al., 2022, s. 8) ble det utført simulering i form av observasjon og vitale målinger. De kvantitative resultatene viser at de hyppigste observasjonene inkluderte puls, respirasjonsfrekvens, hud-undersøkelse, bevissthetsvurdering, frie luftveier og blodtrykk. Respirasjonsmønster og –lyder, hjerterytme og GCS (*Glasgow Coma Scale*) ble sjeldnere observert.

Under simulering hadde hjemmesykepleierne mulighet til å samarbeide med ambulansetjenesten (Brekke et al., 2022, s. 7). Dette gav dem mulighet til å lære hvilken informasjon som var forventet når sykepleier tok kontakt over telefon. Denne informasjonen gjorde det lettere å planlegge rapport: «Nyttig å vite hva 113 ønsker av informasjon og i hvilken rekkefølge [...]» (Brekke et al., 2022, s. 7).



## 4.3 Organisering

### 4.3.1 Hjemmesykepleien som arbeidsplass

Resultatene i studien til Strømme et al. (2020) viser at det ikke eksisterte felles retningslinjer for håndtering av endringer i pasientenes tilstand, og at hjemmesykepleierne handlet individuelt. I et fokussintervju beskrev en sykepleier hjemmetjenesten som helt uten felles rutiner, forståelse eller diskusjon knyttet til å vurdere vitale parametere (Strømme et al., 2020, s. 2436-2437).

Helsepersonell beskriver hektiske arbeidsdager – med fulle arbeidslister og et felles mål om å gjennomføre alle oppgavene. Dette viser seg spesielt ved sykdom i personalet, da det allerede er en så høy arbeidsbelastning. Antallet pasienter som står i arbeidsplanene resulterer ofte i begrenset tid til hver pasient – og dermed begrenset tid til å vurdere andre potensielle, nødvendige tiltak, og besøkene blir ofte holdt så korte som mulig (Strømme et al., 2020, s. 2437). I en annen studie (Abudayya et al., 2022, s. 4812) ble daglig arbeidsmengde, individuelle prioriteringer og mangel på tid understreket som årsaker for å ikke ha brukt SAFE-sjekkliste.

### 4.3.2 Arbeidsflyt

Det kom frem i studien til Strømme et al. (2020, s. 2435) at helsepersonell la stor vekt på en nøyaktig sykepleiedokumentasjon for å innhente informasjon, om både normal og endret pasienttilstand. I ett av distriktene brukte de ansatte smarttelefoner for å oppdatere seg om de ulike pasientsituasjonene, og det ble beskrevet som et viktig verktøy. For eksempel lettet det samarbeidet innad i helsepersonellet ved at det gav dem muligheten til å se hvor de andre befant seg, og at de alltid kunne ringe ved behov. I et annet distrikt leste og dokumenterte sykepleierne på datamaskiner når de var inne på kontoret. De erfarte at denne ordningen gjorde det vanskelig å holde seg oppdatert på pasientens tilstand, spesielt i situasjoner der de måtte vurdere om den var normal eller endret. Datamaskinene ble også beskrevet som utdaterte, og tilgang til dataterminaler begrenset (Strømme et al., 2020, s. 2435-2438).

Lignende hindringer i arbeidsflyt ble funnet i studien til Abudayya et al. (2022). De tungvinte rutinene knyttet til datajournalssystemet gjorde det utfordrende å implementere SAFE-sjekklisten som en del av arbeidsdagen. Én av utfordringene som ble beskrevet: « [...] form is not available in the electronic system, which makes it easy to forget where the data has been saved [...] » (Abudayya et al., 2022, s. 4812).

#### ***4.3.3 Samarbeid***

Helsepersonell opplevde det positivt når det ble satt av tid i løpet av vekten til å møte for å diskutere pasienter og situasjoner. Siden de jobber selvstendig, besøker de pasienter oftest alene, og gjør vurderinger og tar avgjørelser på egenhånd. Muligheten for samarbeid ble beskrevet som viktig – spesielt i uventede pasientsituasjoner. Støtten fra kollegaene gjorde dem tryggere i situasjonene (Strømme et al., 2020, s. 2438).

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

#### *5.1.1 Anvendt metode og egen gjennomførelse*

Bacheloroppgaven vår er litteraturbasert, hvor integrativ litteraturoversikt blir brukt som metode. Litteratursøket var det første trinnet vi gjorde når vi skrev denne oppgaven. Vi brukte mye tid på å få kunnskap om PICO-verktøy og å anvende det på riktig måte. Med å bruke PICO for å utføre søket syntes vi at vi lagde et godt grunnlag til vår oppgave. Det var lettere å stole på det vi fant, og det fungerte som en god støtte for oss.

Vi valgte å analysere seks artikler som vi tenkte skulle hjelpe oss å besvare problemstillingen, som betyr at vi har utelatt mange artikler som kunne inneholde mulig relevant forskning. Dette er på grunn av fare for selektiv seleksjon, der forsker velger studier som støtter deres egen posisjon (Friberg, 2020, s.143).

Alle artiklene vi fant omhandlet det norske helsevesen. Dette var en styrke fordi resultatene kunne direkte overføres til vår oppgaves kontekst. Samtidig kunne det også være en svakhet, da vi ikke hadde full oversikt, og kunne ha gått glipp av viktige funn som ikke var dekket i norske studier.

Fire av seks studier var skrevet på engelsk. Selv om vi begge har en veldig god forståelse av engelsk, følte vi at det til tider ble utfordrende å oversette de til norsk, og finne de riktige begreper som tilsvarer og har samme betydning. Det vil si at det er en fare at vi kan ha forstått og formidlet noe upresist.

#### *5.1.2 Kildekritikk*

Alle artiklene er publisert i tidsskrifter, er fagfellevurdert og følger IMRoD-struktur, som sikrer god kvalitet og opprettholder en vitenskapelig standard. Tidsperioden av artikler er fra 2020-2023 som betyr at vi har brukt den nyeste forskning i fagområdet, noe som gjør funnene relevante akkurat nå.

Artiklene var skrevet av sykepleiere, sykepleiere med MSc, sykepleieprofessorer med PhD. og statistikkprofessor med PhD. Flere navn kunne vi finne i våre fagbøker som er inkludert i Universitetet i Stavanger sitt pensum for sykepleie, som betyr at de er kjente innenfor sykepleiefaget. Dette gav oss tillit til at forskerne hadde en solid bakgrunn som gir et godt grunnlag til studienes gyldighet.

Når det gjelder etiske overveielser, forsikret vi oss om at forskerne opprettholdte personvern til deltakerne – datasamling og intervjuer var blitt anonymisert. Deltakelse var frivillig og de var grundig informert om studienes mål og hvilke metoder som benyttes og hva det innebærte for dem som deltakere.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### ***5.2.1 Kartlegging***

I studien Jeppestøl et al. (2023) fikk over halvparten av pasientene, i løpet av 3 måneder, nyoppstått funksjonssvikt. Dette indikerer at denne pasientgruppen i hjemmesykepleie er spesielt sårbar, og har høy risiko for akutt sykdom. Det viste seg at alderen var en av faktorene som kunne forutsi en økt risiko for sykdom, og for hvert år økte risikoen videre. Det er kjent at aldersforandringer fører til redusert organkapasitet og svekket homøostase, og er den viktigste årsaken til skrøpeligheit (Ranhoff, 2020, s. 56). Kvinnelig kjønn ble også vist å være en forutsetning for økt sannsynlighet for å trenge behandling fra høyere nivå av helsetjeneste, og død (Jeppestøl et al., 2023). Vi tenker at forsinket oppdagelse av forverring hos kvinner er relatert til forskjeller i symptomer mellom kjønnene – der kvinners symptomer ofte oppleves mer diffuse. Dette kan føre til flere komplikasjoner, og dermed økt behov for ytterligere behandling. Sykepleiere bør alltid holde seg oppdatert om pasientenes innleggelse på sykehus – det ble vist at de som ble behandlet på sykehuset hadde betydelig økt risiko for å dø innen 3 måneder etter første oppstått akutt sykdom (Jeppestøl et al., 2023). Funn i denne studien identifiserte spesielle trekk hos den sårbare pasientgruppen som kan bidra til å rette sykepleierens oppmerksomhet mot en tidligere oppdagelse av forverring.

Som tidligere beskrevet i teorikapitlet, opplever den eldre pasienten ofte færre og mer generelle symptomer ved nyoppstått sykdom, som også viste seg i samlet data i Jeppestøl et al. (2023). Den største delen, 35% av forskningsdeltakerne, hadde diffuse og ukarakteristiske

symptomer ved nylig oppdaget funksjonssvikt. Resultatene i både i Strømme et al. (2020) og Jeppestøl et al. (2023) viste at kunnskapen om pasientens normalsituasjon hjelper å oppdage endringer, og vekker en mistanke om forverring. Kirkevold & Jeppestøl (2020, s. 119) skriver at det er av stor betydning at kartleggingen bygger på en grundig kjennskap til pasienten, og at den gjennomføres når pasienten er i sin «normale» tilstand. Denne kunnskapen tilegnes gjennom observasjon i ulike aktiviteter, som for eksempel morgenstell, måltider, aktivitet og forflytning. Dette understreker betydningen av kontinuitet i sykepleien. Det er optimalt at hjemmesykepleieren får flere anledninger til å observere, bli kjent med pasienten og skape en relasjon. Mange eldre pasienter foretrekker å forholde seg til én, eller noen få, sykepleiere som kjenner deres situasjon (Kirkevold, 2020, s. 99).

Kommunikasjon med pasienten ble fremhevet som et viktig verktøy for å oppdage endringer i en studie av Strømme et al. (2020). Denne påstanden støttes av en norsk studie om kommunikasjon i hjemmesykepleie, beskrevet av Eide & Eide (2019, s. 315). Studien påpekte at eldre pasienter ofte uttrykker helsebekymringer på indirekte måter, som ofte omhandler et kroppslig forfall. Helsepersonell har en tendens til å overse eller ikke reagere på slike hint, men kan fange opp bekymringene lettere om de kommer som svar på spørsmål fra helsepersonellet selv.

Som resultatene viser, er det vanskelig å vurdere den kliniske situasjonen til eldre pasienter, og derfor har ulike hjelpemidler blitt utviklet for å bistå hjemmesykepleiere i vurderingssituasjoner. Imidlertid var ikke hjemmesykepleierne i studien til Brekke et al. (2022) tidligere kjent med å bruke observasjonsskjema for å registrere og skåre vitale parametere i praksis. De stolte heller på sansene sine, som samsvarer med vår egen erfaring fra hjemmesykepleiepraksisperiode. EWS-verktøy eller observasjonsskjemaer var ikke i aktiv bruk der vi hadde praksis. Det kliniske skjønnet, som omtalt i teorikapitlet, er viktig i observasjonskompetanse, men å dokumentere og formidle det sykepleiere har sanset kan bli utfordrende. Skjemaene kan derimot gi støtte til å innføre struktur i samling av presise og konkrete opplysninger, som gjør det lettere å videreformidle mistanken om forverring. Det bekreftes at bruk av slike verktøy har en positiv innvirkning i kvalitative funn fra studiene til Brekke et al. (2022) og Abudayya et al. (2022). Deltakerne mente at bruken av observasjonsskjemaer fungerte som en god beslutningsstøtte. Videre gav det hjemmesykepleiere en økt selvtillit i å identifisere funksjonsnedgang, og førte til mer

systematiske og strukturerte kliniske evalueringer. Det bidro også til en enklere kommunikasjon mellom sykepleier, lege og annet helsepersonell.

Vi var spesielt interesserte i å utforske potensialet til bruken av EWS-verktøy i hjemmesykepleien. Våre egne erfaringer fra andre praksisperioder viser at sekundærhelsetjenesten bruker verktøy og har etablerte rutiner. Imidlertid, som nevnt tidligere, mangler det betydelig kunnskap om dette i kommunale helsetjenester. To studier (Jeppestøl et al., 2022 og Jeppestøl et al., 2023) omhandler MEWS-skåringsverktøy. Resultatene fra Jeppestøl et al. (2022) indikerer at en økning i MEWS kan forutsi behovet for økt omsorgsnivå, og til og med død, blant eldre pasienter i hjemmesykepleie som opplever akutt funksjonsnedgang. Dette demonstrerer effektiviteten av MEWS som verktøy. Hjemmesykepleiere bør derfor være oppmerksomme, selv når MEWS-skårene stiger bare litt, da dette kan signalisere en akutt funksjonsnedgang med økt risiko for dødelighet.

Til tross for verktøyets lovende evner, viser også funnene i studien Jeppestøl et al. (2023) kompleksiteten av bruken. I 35% av tilfeller med akutt funksjonsnedgang var det ikke noen endring i MEWS-skår sammenlignet med skårer i vanlige tilstand. I 18% av tilfellene var skåren faktisk lavere enn før. Totalt sett var median skårverdi 1, noe som viser at MEWS hos eldre pasienter i dette studieutvalget var generelt lavt. Selv om en forhøyet skår bør varsle sykepleier, må det minnes på at i svært mange tilfeller med akutt funksjonsnedgang, er MEWS-skåren lav eller ikke forhøyet i det hele tatt. I tillegg til dette ble økt respirasjons- og hjertefrekvens dokumentert både i vanlig tilstand, og ved akutt forverring. Dette kan representere en kombinasjon av normale aldringsprosesser og kroniske sykdommer, men også en akutt sykdom hos eldre pasienter. Verktøyet kan derfor ikke brukes alene til den kliniske vurderingen, men mer som et hjelpemiddel. Dette krever at hjemmesykepleierne er årvåkne og klinisk kompetente.

### ***5.2.2 Kunnskap og kompetanse***

Helsepersonell må ha kompetanse til å vurdere situasjoner, og igangsette nødvendige tiltak. Resultatene fra intervjuer i studien Strømme et al. (2020) viser at helsepersonellet kunne beskrive de mentale og fysiske endringene som kan observeres ved forverring hos eldre, men variasjonen i responsen viste likevel en manglende vurderingskompetanse. Videre viste observasjonsdelen av studien at respirasjonsfrekvens og puls sjeldent ble målt. En økt respirasjonsfrekvens er det mest kritiske av de vitale tegnene for å indikere en forverring, og

den øker ved hypoksemi, hypoksi og hyperkapni. Dette er ofte det tidligste tegnet på en alvorlig sykdomsutvikling, som for eksempel sepsis, sjokk og respirasjonssvikt. Manglende måling av dette vitale tegnet tyder på en manglende forståelse av dets betydning (Grønseth & Stubberud, 2022, s. 36). Sykepleierne i samme studie hevdet at de ofte stolte på intuisjonen eller det «kliniske blikket» for å vurdere. Selv om evnen til å motta og registrere sanseinntrykk er en forutsetning for gode observasjoner, er tolkningen og forståelsen av de tegnene sansene gir informasjon om, den neste komponenten i evnen til klinisk observasjon (Kristoffersen, 2019, s. 157). Studien (Strømme et al., 2020) indikerte at det noen ganger var et stort gap mellom å legge merke til at noe var galt og selve vurderingen av tiltakene.

Den manglende observasjons- og vurderingskompetansen i hjemmesykepleien ble også påvist i studien Gagnat et al. (2022). Når tegnene var tydelige, klarte nesten alle sykepleiere i undersøkelsen å identifisere akutt hjerneslag. Når symptomene var mer diffuse, vurderte kun 60% av sykepleierne situasjonen som akutt. Mindre enn halvparten identifiserte en annen situasjon med sepsis som akutt. Dette indikerer at den teoretiske kunnskapen om symptomer og tegn på akutt sykdom, ikke er tilstrekkelig i hjemmesykepleie.

Som nevnt i teorikapittelet, er et solid fagspesifikt kunnskapsgrunnlag avgjørende for å utføre pålitelige vurderinger. Funn fra artiklene (Strømme et al., 2020 og Gagnat et al., 2022) indikerer at hjemmesykepleiere har behov for en videre undervisning, støtte og konkret veiledning for å bli tryggere i yrkesrollen, og videreutvikle sin kliniske vurderingsevne. Forskning antyder at varierte metoder og tilnærminger i kompetanseutvikling, som casebasert læring, praktiske øvelser, simulering og gruppebasert refleksjon, gir bedre resultater enn en tradisjonell undervisning (Kristoffersen, 2019, s. 174).

En av artiklene vi valgte (Brekke et al., 2022) undersøkte hjemmesykepleiernes læringsutbytte av kursdeltakelse. Kurset besto av undervisning om diagnoser som krever rask respons, og ferdighetstrening i form av simulering. Simulering som metode anses hensiktsmessig for å trene på problemløsning, kommunikasjonsferdigheter, kritisk tenkning og kompetanse i team, i et trygt miljø og med støtte av veiledere (Husebø & Rystedt, 2018, s. 176). Dette støttes av de kvalitative funn i artikkelen (Brekke et al., 2022) hvor hjemmesykepleierne oppfattet trening i konkrete situasjoner som en effektiv læringsmetode, og veiledet refleksjon gjorde dem mer bevisst på egen kunnskap. Sykepleierne i studien uttrykte at de kommer til å gjøre flere observasjoner og oftere, og at simuleringen har gjort dem tryggere på å håndtere akutte

situasjoner. Ifølge Kristoffersen (2019, s. 175) er egen vurdering kjernen i all kompetanseutvikling, der man har evne og villighet til å stille seg kritisk reflekterende til sin egen yrkesutøvelse. De kvantitative resultater viser at etter kurset observerte hjemmesykepleierne puls, respirasjonsfrekvens, hudtilstand, bevissthet, luftveier og blodtrykk mer regelmessig. Disse ferdighetene betyr at det kan utgjøres en betydelig forskjell når det gjelder å oppdage forverring tidligere. I tillegg til dette gav simulering mulighet for sykepleierne til å samarbeide med ambulansetjenesten, og forstå bedre hvilken informasjon som forventes når de tar kontakt. Presis kommunikasjon mellom helsepersonell kan være kritisk for at eldre pasienter med akutt sykdom mottar rett behandling, til rett tid (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 131).

### **5.2.3 Organisering**

De ansatte i hjemmesykepleien står ofte i travle hverdager, med lange lister av pasienttilsyn og oppgaver som skal gjennomføres i løpet av vekten. I en slik arbeidshverdag er det viktig at det er system og retningslinjer til hjelp i den hektiske hverdagen. I Strømme et al. (2020, s. 2436-2437) avdekkes det at det ikke er noen felles retningslinjer ved en endret tilstand i pasientens helsetilstand. I Abudayya et al. (2022, s. 4812) blir mangel på tid, daglig arbeidsmengde og individuelle prioriteringer brukt som årsaker til å ikke ha brukt SAFE-sjekkliste. Dersom helsepersonell ikke får god nok tid og opplæring i bruk av ulike hjelpemidler og skåringsverktøy, vil det være mot sin hensikt da de ikke får brukt dem ordentlig. Hjemmesykepleierne kan møte pasienter med en akutt forverret tilstand når som helst, og det er derfor viktig for å foreta en grundig vurdering, at de får god tid og gode hjelpemidler på sin side. «Studier viser klart at sykepleiers trivsel og jobbtilfredshet også i høy grad innvirker på kvaliteten i omsorgen og på pasienttilfredshet» (Kristoffersen, 2021, s. 381). Dersom sykepleier får utvikle en god rutine på vurderingen av pasient, kan det både gi økt arbeidstrivsel og -tilfredshet, og økt kvalitet på omsorgen som ytes.

Som nevnt ovenfor, er gode system og rutiner vesentlig for hjemmesykepleiere i en hektisk hverdag. Dette gjelder også for tjenestenes dokumentasjon- og kommunikasjonsverktøy. Noen distrikt bruker smarttelefon, som har vist seg å være nyttig og effektivt for de ansatte sammenlignet med bruk av datamaskiner inne på kontoret (Strømme et al., 2020, s. 2345). Vi har selv erfart i praksis at bruken av smarttelefoner gjør viktig informasjon lettere tilgjengelig,



## [1886 og 1885]

og bidrar til en mer effektiv kommunikasjon imellom personalet. «Helsetjenesten opplever økte krav til effektivitet, samtidig som tilgangen på ressurser vil reduseres [...] Det kreves dermed en betydelig endring og nytenkning av dagens helsetjenester, i tillegg til økt oppmerksomhet om forebygging» (Grimsbø, 2021, s. 290-291). Effektivitet i arbeidet vil bidra til å lette arbeidsbelastningen for helsepersonell, og gjøre det lettere å gi pasientene optimal omsorg og behandling.

I Strømme et al. (2020, s. 2437-2438) la de ansatte vekt på betydningen av støtte fra kollegaene – og samtaler sammen med dem der de kunne diskutere ulike situasjoner. I tilfeller der sykepleier, eller annet helsepersonell, mistenker en forverring eller akutt sykdom kan det være stor hjelp å få støtte og hjelp til vurdering fra en kollega. «Medarbeiderskap handler om hvordan en forholder seg til arbeidsoppgaver, til kollegaer og arbeidsgiveren» (Kristoffersen, 2021, s. 395). I et yrkesområde som helsesektoren har det kollegiale mye å si for trivsel og trygghet i arbeidet – og derfor viktig at det tilrettelegges for dette i de ulike organisasjoner.

## 6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS/AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hva som gjør det mulig for sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten å oppdage forverring i somatisk tilstand hos hjemmeboende, eldre pasienter tidligere. Funnene viser at det er en sammensatt prosess som involverer flere faktorer: grundig kartlegging, korrekt vurdering og organisatoriske aspekter innenfor hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleiere er i nøkkelposisjon for å oppdage forverring, siden de ofte er det eneste helsepersonell som har ansvar å vurdere helsetilstanden. Det er en kombinasjon av ulike elementer som fører til en korrekt vurdering. Ifølge funnene innebærer en grundig kartlegging av sårbar pasient og identifisering av potensielle risikofaktorer, en tilnærming nærmest skreddersydd den enkelte pasient. Å være kjent med pasientens normalsituasjon, og å kommunisere for å avdekke eventuelle helsebekymringer ble fremhevet som avgjørende for å oppdage endringer tidlig.

Bruken av observasjonsskjemaer og Early Warning Score (EWS) ble diskutert som potensielle hjelpemidler til vurderingen. Mens EWS viste seg å være effektivt i å forutsi behovet for økt omsorgsnivå og død, ble det også påpekt at bruken av verktøyene krever nøye oppmerksomhet. Ikke alle tilfeller av akutt funksjonsnedgang ble reflektert i EWS-skårer, og derfor ble behovet for klinisk kompetanse understreket. Selv om ingen hjelpemiddel er perfekte, bidrar verktøyene til en mer strukturert og systematisk observasjon, og vi mener de bør brukes som støtte i klinisk vurdering.

Mangel på kompetanse er én av faktorene som hindrer korrekt vurdering, og dette ble avdekket blant helsepersonell i hjemmetjenesten. Undervisning og trening gjennom simulering ble identifisert som effektive metoder for å øke kompetansen og tryggheten blant sykepleiere. Dette viser behovet for en målrettet kompetanseutvikling og støtte til å styrke klinisk vurderingsevne i hjemmesykepleien.

Organisatoriske aspekter, inkludert manglende felles retningslinjer ved endret tilstand i pasientenes helse og mangel på tid, ble også belyst som utfordringer. God organisering, effektive kommunikasjonsverktøy, og støtte fra kollegaer ble identifisert som viktige faktorer for å håndtere den hektiske arbeidshverdagen og forbedre kvaliteten på omsorgen.

Etter å ha fått en bedre forståelse av faktorene som påvirker tidlig oppdagelse av forverret tilstand og identifisert utfordringer, presenterer vi følgende anbefalinger for å forbedre praksisen innen hjemmesykepleien:

- **Vi foreslår å etablere faggrupper/fagdager for kompetanseheving innen geriatri**

Forslaget går ut på å organisere regelmessige faggrupper eller fagdager dedikert til geriatri. Dette vil gi ansatte muligheten til å oppdatere og styrke sin kunnskap om sykdomsbildet hos de eldre. Det vil også gi rom for refleksjon rundt ulike pasientsituasjoner og øke bevisstheten om spesifikke utfordringer knyttet til eldreomsorg.

- **Vi foreslår å bruke simulering som læringsmetode**

Simulering bør integreres som en læringsmetode, spesielt gjennom samarbeid med utdanningsinstitusjoner. Dette gir helsepersonell en praktisk erfaring med å håndtere komplekse situasjoner i en trygg og kontrollert setting, og styrker deres evne til rask og effektiv respons ved akutte forverringer.

- **Vi foreslår at det ansettes flere, eller minst én per distrikt, sykepleiere med videreutdanning innen geriatri**

For å styrke kompetansenivået i hjemmesykepleien, anbefales det å ansette flere sykepleiere med videreutdanning innen geriatri. Disse spesialistene kan dele sin ekspertise med kollegaene, bidra til kompetanseheving og forbedre kvaliteten på omsorgen for eldre pasienter.

- **Vi foreslår at det utarbeides tydelige rutiner og felles retningslinjer**

Det anbefales å utvikle klare rutiner og felles retningslinjer for håndtering av endret tilstand hos pasientene. Dette vil bidra til å eliminere usikkerhet blant helsepersonell, og sikre en enhetlig tilnærming til vurdering og oppfølging av eldre pasienter med akutte behov.

- **Vi foreslår implementering av observasjonsskjemaer og Early Warning Score (EWS)-verktøy med grundig opplæring**

Bruk av observasjonsskjemaer og EWS-verktøy bør innføres som en integrert del av praksisen, støttet av grundig opplæring. Dette vil bidra til strukturert og systematisk

observasjon, forbedre kommunikasjonen om pasientenes tilstand, og gi en tidlig indikasjon på potensielle forverringer.

- **Sikre tilstrekkelig sykepleiebemanning**

Ledere bør sørge for tilstrekkelig bemanning av sykepleiere på jobb for å håndtere den hektiske arbeidshverdagen. Dette vil bidra til å redusere stressnivået blant ansatte, forbedre kvaliteten på pasientomsorgen og skape et tryggere arbeidsmiljø.

## LITTERATUR

- Abudayya, A., Hamre, A., Pajalic, Z., Cervino, H. K. & Wesseltoft-Rao, N. (2022). Experiences and challenges of the use Subacute and Acute Dysfunction in the Elderly-SAFE Work team coordinators experiences and challenges in the introduction and use of SAFE in home-based nursing: A qualitative study from the Norwegian context. *Nursing Open*, 10 (7), 4806-4816. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/nop2.1732>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018) *Sykepleie i hjemmet*. (utg. 3). Cappelen Damm.
- Brekke, D. G., Olsen, C. & Reime, M. H. (2022). Læringsutbytte av kursdeltakelse for videreutvikling av hjemmesykepleiers kliniske observasjons-, vurderings-, og beslutningskompetanse: en pilotstudie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 12 (4), 1-17. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/nsf.12.4.1>
- Eide H. & Eide T. (2019) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (utg.3). Gyldendal.
- Engedal, K. (2023, 7. november). *Skrøpелighet*. Store medisinske leksikon. Hentet 14. november 2023 fra <https://sml.snl.no/skr%C3%B8pelighet>
- Folkehelseinstituttet (2023, 13. oktober). *Forventet levealder*. Hentet 28. november 2023 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/levealder/?term=>
- Folkehelseinstituttet (2023, 13. oktober). *Helse hos eldre i Norge*. Hentet 14. november 2023 fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/eldre/?term=#eldre-i-befolkningen>
- Friberg, F. (2018). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - väglednings för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 3, s. 129-152). Studentlitteratur.

- Gagnat, K., Molnes, S. I. & Vasset, F. (2022). Helsepersonells fagkompetanse i kommunehelsetjenesten. *Klinisk sygepleje*, 36 (3), 153-171. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ks.36.3.2>
- Grimsbø, G. H. (2021). Teknologi og digitale løsninger i helsetjenesten: Krevende omsorgsutfordringer – behov for omstilling og nytenkning. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 289-313). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 10. november 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (2020, 31. august). *Søkeord*. Hentet 13. november 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-34-sokeord>
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Fra tiltakspakke til nasjonale faglige råd*. Hentet 25. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/om-de-faglige-radene-del-av-i-tryggehender-24-7>
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Respons og kommunikasjon*. Hentet 25. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/rutiner-for-rask-respons-ved-forverret-tilstand#virksomheter-bor-sikre-at-muntlig-kommunikasjon-mellom-helsepersonell-er-systematisk-og-strukturert-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2023, 13. september). *Definisjon av pasientskade*. Hentet 25. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge/metode#definisjon-av-pasientskade>
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Observasjon*. Hentet 26. november 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved->

[forverret-somatisk-tilstand/observasjonsrutiner#virksomheten-bor-etablere-rutiner-for-systematiske-observasjoner-av-pasienters-vitale-funksjoner-praktisk-informasjon](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, 21. desember). *Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet 27. november 2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen--informasjon-om-ik/id667798/>

Jeppestøl, K., Kirkevold, M., & Bragstad L. K. (2023). Early warning scores and trigger recommendations must be used with care in older home nursing care patients: Results from an observational study. *Nursing open*, 10 (7), 4737-4746. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/nop2.1724>

Jeppestøl, K., Vitelli, V., Kirkevold, M. & Bragstad L. K. (2022). Factors Associated With Care Trajectory Following Acute Functional Decline in Older Home Nursing Care Patients: A Prospective Observational Study. *Home Health Care Management & Practice*, 34 (1), 42-51. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/10848223211034774>

Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 98-114). Gyldendal.

Kirkevold, M. & K. Jeppestøl (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 115-140). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021). Organisasjon, ledelse og kompetanseutvikling: Arbeidets betydning for helse og trivsel. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 375-429). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021). Organisasjon, ledelse og kompetanseutvikling: Sykepleier som leder og medarbeider. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H.

- Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 375-429). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug og G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., s. 139-191). Gyldendal.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (2012). Hentet 27. november 2023 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Mathisen, J. (2019). *Sykepleiehistorie: Ideer-mennesker-muligheter*. (utg. 2). Gyldendal.
- Nightingale, F. (2010). *Notater om sykepleie*. (utg. 1). Gyldendal.
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 243-261). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2021). Akuttmedisinske tilstander hos eldre og kronisk syke. I J. E. Haugen (Red.), *Akuttmedisin – utenfor sykehus* (4. utg., s. 303- 316). Gyldendal.
- Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg., s. 232-244). Gyldendal.
- 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.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.15255>
- Stubberud D.-G. & A. Eikeland. (2022). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (6. utg., s. 265-294). Gyldendal.



[1886 og 1885]

The Evidence-Based Research Network (2023). *About Evidence-Based Research (EBR)*.

Hentet 13. november 2023 fra <http://ebrnetwork.org/about-ebr/>

Figur 1 National Early Warning Score 2 (NEWS2) (2017)

[https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/\\_attachment/inline/c5b50258-517d-475e-8145-d128f8fe483c:c7b323ea3ad23f3a581e0c6ce0e5a47260b387b2/news2-kort-20-04-2018-fargekorrigert.pdf](https://www.itryggehender24-7.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/_attachment/inline/c5b50258-517d-475e-8145-d128f8fe483c:c7b323ea3ad23f3a581e0c6ce0e5a47260b387b2/news2-kort-20-04-2018-fargekorrigert.pdf)

Figur 2 SAFE versjon 3 (2018) [https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/safe\\_versjon\\_3.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/safe_versjon_3.pdf)

## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
03.11.2023	Cinahl (EBSCO)/Medline (EBSCO)	<p>1. Geriatrics or older adults or elderly or aged or older or elder</p> <p>2. Home care services OR home health care OR home healthcare OR home nurs*</p> <p>3. Early detection OR early diagnosis OR early identification</p> <p>4. Deterioration OR decline OR complications</p> <p>5. Patient safety OR early treatment OR early intervention OR prevention</p>	<p><b>Limits:</b> Research article, peer reviewed, 2013-2014</p> <p><b>Search modes:</b> Boolean/Phrase</p>	1. 2949945			
				2. 23904			
				3. 187101			
				4. 1791001			
				5. 1346872			
		1 AND 2 AND 3		115	16	4	1
		1 AND 2 AND 4		1282	32	5	1

[1886 og 1885]

		1 AND 2 AND 3 AND 4		23	2	2	1
		1 AND 2 AND 3 AND 5		37	1	0	
		1 AND 2 AND 4 AND 5		237	9	0	
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5		9	1	0	
		2 AND 3 AND 4		35	2	0	
03.11.2023	<b>British Nursing Index</b>	<p><b>1.</b> Geriatrics or older adults or elderly or aged or older or elder</p> <p><b>2.</b> Home care services OR home health care OR home healthcare OR home nurs*</p> <p><b>3.</b> Early detection OR early diagnosis OR early identification</p> <p><b>4.</b> Deterioration OR decline OR complications</p> <p><b>5.</b> Patient safety OR early treatment OR early intervention OR prevention</p>	<p><b>Limits:</b> Article, peer reviewed, 2013-2023</p>	<p>1. 57775 2. 37372 3. 27883 4. 36553 5. 78823</p>			
		1 AND 2 AND 3		6423			
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5		3430			

[1886 og 1885]

		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	<b>Limits:</b> Article, peer reviewed, 2013 – 2023, United Kingdom -UK OR Europe OR Norway	359	17	1	1
03.11.2023	<b>Idunn</b>	Eldre AND hjemmesykepleie OR kommune AND forverring	<b>Limits:</b> Research article, 2013-2023	8	1	1	1
		Hjemmesykepleie AND forverring		21	4	2	1
		Kommune AND forverring		47	3	2	
		Home care OR community health service AND deterioration		72	2	0	

## Vedlegg : Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Brekke, D. G., Olsen, C. & Reime, M. H.  2022  Nordisk sygepleieforskning Norge	Læringsutbytte av kursdeltakelse for videreutvikling av hjemmesykepleieres kliniske observasjons-, vurderings-, og beslutningskompetanse: en pilotstudie	Hensikten med studiet er å undersøke læringsutbyttet sykepleiere har av å delta på kurs i å oppdage forverret tilstand hos pasientene i hjemmesykepleien.	Sykepleier	Kvalitativ og kvantitativ metode.  3-dagers kurs: undervisning, ferdighets-trening og simulering  Brukt spørreskjema og sjekklister som data-innsamling. Sjekklisten omhandlet bruken av ABCDE og ISBAR under simuleringene. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om deltakernes subjektive opplevelse av læringsutbyttet.  Metoden «triangulering» er brukt for å fremlyse problemstillingen fra flere ulike synsvinkler ved å bruke ulike metoder.	25 hjemmesykepleiere fra 8 ulike soner	Større trygghet i akutte situasjoner  Skår 7 av 8 på læringsutbytte  Ingen særlig funn på endring i kommunikasjon mellom kursene
Strømme, T., Aase, K. & Tjoflåt, I.	Homecare professionals'	Hensikten med studien er å få bedre	Sykepleiere	En studie med blandet kvalitative metoder	2 distrikt I hjemmesykepleien	Resultatene viser 2 tema og 5 undertema relatert til tidlig

[1886 og 1885]

2020 Journal of clinical nursing (John Wiley & sons) Norge	observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study	kunnskap angående de ansatte i hjemmesykepleiens kompetanse innen observasjon og tidlig oppdagelse av forverring av pasientenes helsetilstand.		Studiet består av to ulike kvalitative metoder; én deltakerobservasjon og fokusgrupper.  Deltakerobservasjonen utgjorde kjernen i studiet, mens fokusgruppene fungerte som en supplerende faktor til studien.	680 pasienter  125 ansatte - Sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter	oppdagelse av somatisk forverring hos pasienter i hjemmesykepleien: Pasientsentrerte vurderinger og endrede somatiske tilstander. - Kunnskap om pasient - Endret fysisk og mental tilstand - Grunnleggende forståelse av vitale mål Organisert miljø - Fokus på prosedyrer og oppgaver - Samarbeid og støtte fra kollegaer
Jeppestøl, K., Kirkevold, M. & Bragstad, L. K. 2023 Nursing Open (John Wiley & sons) Norge	Early warning scores and trigger recommendations must be used with care in older home nursing care patients: Results from an observational study	Hensikten med studien er å utforske bruken av skåringsverktøy som MEWS (Modified Early Warning Score) ved akutt funksjonssvikt hos pasienter i hjemmesykepleien. Utforsker om de vitale mål og utslag på MEWS blir vektlagt i situasjoner med mistenkt funksjonssvikt.	Sykepleier og pasient	Kvantitativ metode – prospektiv observasjonsstudie	1214 pasienter fra 8 ulike kommuner i hjemmesykepleien. Kriterier: - 65 år eller mer - Har hjemmesykepleie - Blitt undersøkt med MEWS ved mistenkt funksjonssvikt	Studien viser at sykepleierene bruker MEWS som støtte i situasjoner med mistenkt funksjonssvikt og forverret tilstand, men kan ikke brukes som eneste støtte.

[1886 og 1885]

					Ekskluderende kriterier: Terminal sykdom og alvorlig kognitiv svikt	
Jeppestøl, K., Vitelli, V. & Bragstad, L. K. 2021 Home Health Care Management & Practice Norge	Factors associated with care trajectory following acute functional decline in older home nursing care patients: a prospective observational study	Hensikten med studien er å utforske de eldre pasientene i hjemmesykepleiens behandlingsforløp i forhold til kommunehelsetjenestens kliniske respons ved akutt funksjonssvikt.	Pasient	Kvantitativ metode - prospektiv observasjonsstudie Studien varte fra april 2018 til mai 2019  3 spørsmål ble formulert til å hjelpe med forskningen.	135 eldre pasienter i hjemmesykepleien som fikk funksjonssvikt. Inklusjonskriterier: - 65 år + - «Home-dwelling» - Har hjemme-sykepleie  Opplevd funksjonssvikt som er vurdert med MEWS (Modified Early Warning Score)	Studien viser pleien som blir gitt hos pasientene som får en form for funksjonssvikt ofte innebærer observasjon og medisinsk behandling i hjemmet. Behandlingsstrategien endres etter alvorlighetsgraden av funksjonssvikten. Studien viser at kvinner som bor hjemme i privat bolig har en høyere risiko for å oppleve en akutt funksjonssvikt.
Gagnat, K., Molnes, S. I. & Vasset, F. 2022 Klinisk sygepleje Norge	Helsepersonells fagkompetanse i kommunehelsetjenesten	Hensikten med studien er å utforske faktorer som påvirker helsepersonells fagkompetanse, og finne sammenhenger mellom utdanning, alder, erfaring og stillingsprosent, og	Sykepleier	Kvantitativ tverrsnittstudie	Helsepersonell med bachelorutdanning (med og uten videreutdanning), helsefagarbeidere og assistenter i hjemmesykepleien og andre kommunale helseinstitusjoner i en norsk kommune.	Studien viser at fagkompetansen til helsepersonell som jobber innenfor kommunehelsetjenesten ikke strekker til, og bør tilstrebes å optimaliseres. Utdanning og stillingsprosent påvirket fagkompetansen til deltakerne. Utdanningen er viktig for helsepersonells

[1886 og 1885]

		forståelsen av arbeidsoppgaver I den norske kommunehelsetjenesten.			88 deltakere fra sykehjem og hjemmesykepleien	vurderings- og observasjonskompetanse. Alder og arbeidsplass har ikke påvirket
Abudayya, A., Hamre, A., Pajalic, Z., Cervino, H. K. & Wesseltuft-Rao, N. 2023 Nursing Open Norge	Experiences and challenges of the use Subacute and Acute Dysfunction in the Elderly-SAFE Work team coordinators experiences and challenges in the introduction and use of SAFE in home-based nursing: A qualitative study from the Norwegian context	Hensikten med studien er å utforske bruken av verktøyet SAFE (Subacute and Acute Dysfunction in the Elderly) i hjemmesykepleien. Det blir forsket på koordinaternes erfaring og utfordringer ved bruken av verktøyet.	Avdelings-sykepleier	Kvalitativ Fokusgrupper og individuelle intervju.	Frogner bydel i Oslo	Resultatene viser at bruken av SAFE som verktøy i vurderingen av tilstanden til de eldre i hjemmesykepleien kan være betydningsfull. Studien viser også hvor viktig det er å grundig integrere og introdusere et verktøy som SAFE, slik at det brukes ordentlig.