

Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt

Evy Gangstø Steinseide

Sykepleier og rådgiver
Verdighetsenteret

Thomas Potrebny

Sykepleier og forsker
Fagseksjon for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen på Vestlandet

Donna Ciliska

Sykepleier og professor emeritus
McMaster University og Fagseksjon for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen på Vestlandet

Birgitte Graverholt

Intensivsykepleier og førsteamanuensis
Fagseksjon for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen på Vestlandet

Scoping review

Pasientsikkerhet

Early Warning Score

EWS

Eldre

Prehospitalt

Observasjonskompetanse

Sykepleien Forskning 2022;17(88361):e-88361
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.88361

Bakgrunn: Mange eldre er sårbare og ekstra utsatt for forverret somatisk tilstand. Det krever høy observasjonskompetanse hos helsepersonell. Verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand brukes i stadig økende grad, også utenfor sykehus, men kunnskapsgrunnlaget i dag er primært basert på forskning fra sykehuspopulasjonen.

Hensikt: Identifisere og beskrive forskning på verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre pasienter utenfor sykehus.

Metode: Kartleggingsoversikten fulgte Joanna Briggs Institutes metodologi for kartleggingsoversikter. Vi publiserte protokollen for studien i Open Science Framework. Et systematisk litteratursøk i relevante og utvalgte databaser i mai 2021 danner grunnlaget for oversikten. To personer screenet alle artiklene uavhengig av hverandre etter forhåndsdefinerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har trukket ut data i henhold til forskningsspørsmålet og har summert og presentert dem i tabeller og grafer.

Resultater: I alt har vi inkludert 45 studier i kartleggingsoversikten. Det har vært en markant økning i studier som undersøker bruk av verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand de siste årene. Et fåtall av disse studiene har studert eldre særskilt, og de fleste omhandler ambulansetjenester. Hele 14 ulike verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand er identifisert i de inkluderte studiene, også kalt EWS (*Early Warning Score*). De mest brukte verktøyene er MEWS, NEWS og NEWS2. Kvalitative studier om bruk av slike verktøy kan tyde på at de er nyttige som beslutningsstøtte for helsepersonell som skal vurdere forverring av pasienters tilstand.

Konklusjon: Denne studien viser en stor økning i antallet studier som omhandler verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand utenfor sykehus de senere årene. Dette reflekterer trolig både økt oppmerksomhet på og behov for slike verktøy som beslutningsstøtte. Likevel er det overraskende få studier som har fokusert særskilt på eldre og kommunale helsetjenester. Det er et paradoks når verktøyene anbefales brukt i nasjonale faglige råd med svakt kunnskapsgrunnlag. Vi anbefaler å bruke slike verktøy, og det eksisterer et kunnskapshull som bør prioriteres.

Eldre pasienter med underliggende sykdom er en sårbar gruppe som er ekstra utsatt for forverring av sin somatiske tilstand (1). De eldre har ofte uspesifikke symptomer ved utvikling av sykdom, og symptomene kan komme fra helt andre organsystemer enn der den akutte sykdommen finnes (2).

I tillegg blir ofte akutt sykdom hos eldre preget av funksjonstap, noe som kan bli mistolket som et pleieproblem og ikke sykdom (1). Alvorlig sykdom kan utvikle seg raskt hos eldre og krever observasjonskompetanse for å tidlig kunne identifisere forverring av en tilstand (2).

Mangel på sådan kan føre til at tilstander og sykdommer ikke blir diagnostisert, noe som utgjør en alvorlig risiko for nedsatt pasientsikkerhet. Akutt funksjonssvikt hos eldre kan være uoppdaget, og tegn på alvorlig sykdom kan i verste fall overses (1).

Hos eldre er det derfor ekstra viktig med høy observasjonskompetanse som et ledd i pasientsikkerhetsarbeid. Det er i tråd med kommunehelsetjenestens ansvar for å levere tjenester som er trygge, og som fortrinnsvis bygger på kunnskapsbaserte retningslinjer (3–5).

En stor andel av ansatte i kommunehelsetjenesten er ufaglærte, og sykepleiere er ofte alene med ansvaret for mange pasienter (6). Å kunne observere og vurdere kritisk sykdom er en viktig kunnskap hos sykepleiere (7), og de skal kunne reagere og handle når pasientene får forverret tilstand (8).

Usikkerhet rundt kliniske observasjoner og vurderinger er blant annet bekreftet i oversikten til Preston og Flynn (8). En kartlegging av grunnleggende observasjonskompetanse i norsk kommunehelsetjeneste av Bing-Jonsson og medarbeidere (9) viser at kompetansen til helsepersonell i kommunehelsetjenesten er varierende når det gjelder observasjon, grunnleggende kartlegging og måling av vitale mål.

Fra sykehus vet vi at en tredel av dødsfall kunne vært forebygget fordi de skjer på bakgrunn av mangelfull klinisk monitorering av pasientene (10). Omtrent halvparten av pasientskader oppstår i kommunehelsetjenesten, hvor eldre utgjør den største pasientgruppen (4).

Eldre pasienter er en heterogen gruppe som består av alt fra hjemmeboende med mindre medisinske utfordringer til skrøpelige sykehjemsbeboere med flere diagnoser og funksjonssvikt (11).

I Norge er kanskje *National Early Warning Score* (NEWS/NEWS2) (figur 1) og *Modified Early Warning Score* (MEWS) de mest kjente og benyttede verktøyene for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. På engelsk brukes fellesbetegnelsen *Early Warning Score* (EWS).

EWS-verktøy er utviklet for å standardisere og kvalitetssikre oppdagelse av og respons på klinisk forverret tilstand (12). Eldre pasienter får ofte atypiske symptomer, og overvåkning av eventuelle endringer i vitale tegn er essensielt for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (2).

Felles for disse verktøyene er at vanlige observasjoner av fysiologiske parametere som blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens og temperatur utgjør grunnlaget for en skår etter et standardisert oppsett.

Ulike skårer utløser forskjellig respons, som videre fungerer som beslutningsstøtte for helsepersonell (13). Å bruke EWS til støtte for klinisk vurdering er anerkjent internasjonalt og nasjonalt og anbefales i retningslinjer og faglige råd (14–16).

Figur 1. Eksempel på EWS-verktøy, NEWS2, norsk versjon

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 ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ 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.

* SpO₂ Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonsvikt med mål om SpO₂ 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.

TILTAK ETTER NEWS-SKÅR			
NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR SYKEHUSMORTALITET
0	Minimum hver 12. time	• Følg rutine for NEWS-overvåking	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time	• Informer ansvarlig sykepleier, som må vurdere pasienten • Ansvarlig sykepleier tar stilling til økt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege, som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege • Ansvarlig sykepleier tilkaller ytterligere hjelp fra medisinsk faglig personell • Ansvarlig lege tar stilling til behandlingsnivå	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege og medisinsk faglig personell • Øyeblikkelig respons fra akuttmedisinsk team, med kompetanse på akutt kritisk syke pasienter og sikring av frie luftveier • Ta stilling til overflytning til høyere overvåkningsnivå • Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåking	Høy

OBS. En lav score utelukker ikke alvorlig sykdom. NEWS er et supplement til hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne pasienter og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn.

* Kolonnen KLINISK RESPONS kan tilpasses hver enkelt virksomhet i samarbeid med medisinsk ansvarlig. Ved gjenbruk av NEWS2 må det ikke endres i fysiologiske parameter, overvåkningsfrekvens og fargekoder.

Royal College of Physicians
© Royal College of Physicians 2017

Tidligere forskning på bruk av verktøyet utenfor sykehus er i hovedsak gjort på pasientutfall i ambulanser. Eldre i andre settinger, for eksempel sykehjem, er sjeldnere beskrevet (13, 14, 17, 18). Det vil være nyttig å få en oversikt over hvilke aspekter rundt denne tematikken som er belyst av forskning, og hvilke som ikke er det.

Hensikten med studien

Hensikten med denne kartleggingsoversikten er å identifisere, fremstille og beskrive forskning på verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre utenfor sykehus.

Metode

Protokollen for denne kartleggingsoversikten ble publisert på den åpne plattformen *Open Science Framework* i august 2020 (19). Vi gjennomførte studien i tråd med Joanna Briggs Institutes metodologi for kartleggingsoversikter (20), som igjen bygger på Arksey og O'Malleys (21) mye brukte rammeverk.

Metoden egner seg for å fremskaffe en profil over eksisterende forskningslitteratur på et gitt tema og identifisere eventuelle kunnskapshull. Gjennom ni eksplisitte metodiske trinn kartla og fremstilte vi en oversikt over forskning på bruk av verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre utenfor sykehus.

Inklusjonskriterier

Vi brukte rammeverket *Patient Context Concept* (PCC) for å spesifisere kartleggingsoversiktens populasjon, kontekst og konsept (20). Disse elementene reflekteres i kartleggingsoversiktens inklusjonskriterier, som videre er grunnlaget for et systematisk litteratursøk.

Vi inkluderte studier hvor *populasjonen* (P) var over 65 år. Vi inkluderte også studier som omhandlet personer over 65 år, men som ikke var begrenset til det. I de tilfellene forsøkte vi å hente ut data relatert til eldre.

Videre inkluderte vi studier hvis de var gjennomført i *kontekster* (C) utenfor sykehus, for eksempel sykehjem, hjemmebaserte tjenester, legesenter eller ambulanse. Hvis vi fant studier som foregikk både utenfor og i sykehus, inkluderte vi dem om de inneholdt vitale målinger utenfor sykehus.

Ut over disse inkluderte vi kvalitative studier der helsepersonell var definert som studiepopulasjon dersom helsepersonellet arbeidet med eldre pasienter, som sykehjem og hjemmesykepleie.

Konseptet (C) i denne kartleggingsoversikten er verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Vi gjorde ingen avgrensning til bestemte verktøy, men det måtte dreie seg om et verktøy for å oppdage klinisk forverret tilstand som baserer seg på vitale mål. Vi inkluderte alle typer primærstudier uavhengig av studiedesign.

Litteratursøk

Vi utførte et tredelt og iterativt litteratursøk (20) mellom 1. august og 30. oktober 2020 og en oppdatering av søk 27. mai 2021. Tredelingen innebar først et innledende søk i to databaser med påfølgende analyse av titler og sammendrag i den hensikt å identifisere ytterligere relevante søketermer.

Deretter gjennomførte vi hovedsøket i følgende databaser: Medline Ovid, Cinahl Ebsco, Cochrane Library Central, Epistemonikos og Embase Ovid. For hver database utarbeidet vi en egen søkestrategi i tråd med kartleggingsoversikten PCC.

Vi gjorde ingen avgrensinger for publiseringsår eller språk. Alle søkene ble kvalitetssikret av en universitetsbibliotekar. I tillegg gjennomførte vi et håndstøk, der vi gikk igjennom alle referanselister på inkluderte studier samt referanselister på relevante systematiske oversikter.

Videre søkte vi etter pågående studier i Prospero, ClinicalTrials.gov, WHO International Clinical Trials Registry Platform, EU Clinical Trials Register og The Open Science Framework (OSF). For å identifisere relevant litteratur som ikke finnes i databasene, søkte vi i tillegg i Google Scholar og OpenGrey. Se komplette søkestrategier i vedlegg 1.

Utvelgelse av studier

To personer screenet hele resultatet fra litteratursøket uavhengig av hverandre (EGS, BG og TP). I første omgang vurderte vi tittel og abstrakt opp mot inklusjonskriteriene.

I tilfeller der det var tydelig at en artikkel oppfylte inklusjonskriteriene, eller hvis det var uklart, innhentet vi disse i fulltekst, og to personer vurderte dem for inklusjon uavhengig av hverandre. Uenigheter løste vi gjennom diskusjoner eller ved å konsultere en tredjeperson (DC).

Datasamling og analyse

Vi utviklet et datasamlings skjema på bakgrunn av inklusjonskriteriene med følgende variabler: referanse, opprinnelsesland, hensikt, studiedesign, studiepopulasjon, klinisk populasjon, alder klinisk populasjon, hvilket verktøy som ble brukt, og i hvilken situasjon, eventuelle pasientutfall, hvordan valideringsstudiene ble gjennomført, og tema i kvalitative studier.

Datasamlingskjemaet ble pilotert på fem artikler av to personer uavhengig av hverandre. Deretter ble data fra de resterende inkluderte studiene trukket ut og samlet av en person (EGS) og kontrollert av en andreperson (BG og TP).

Vi brukte enkle deskriptive statistiske analyser (frekvenser, andeler og prosenter) for å beskrive de inkluderte studiene med tanke på kontekst, studiedesign og studiepopulasjon. For å vise hvilke verktøy som var brukt, og hvor ofte, benyttet vi diagram.

Resultatene fra kvalitative studier har vi beskrevet på bakgrunn av en enkel innholdsanalyse av temaene vi identifiserte i studiene.

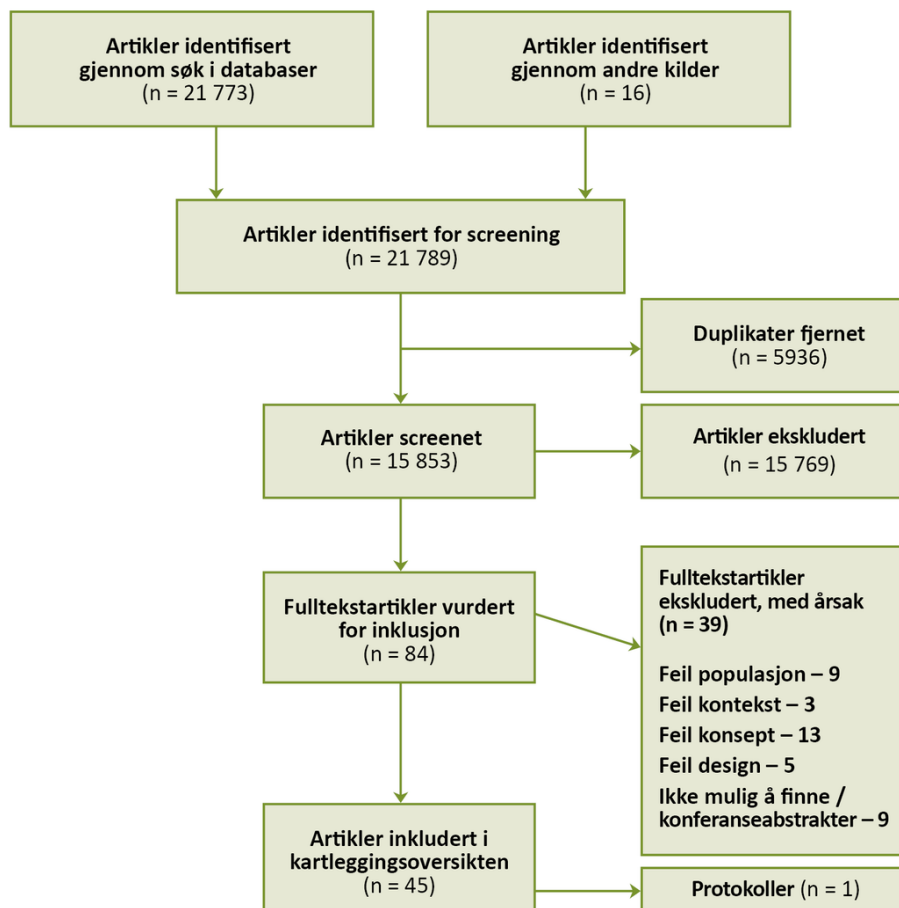
Etikk

Dette er en kartleggingsoversikt og krever ikke særlig godkjenning av en etisk komité eller personvernombud.

Resultater

Totalt identifiserte vi 15 853 unike referanser gjennom litteratursøket. Vi endte til slutt opp med å inkludere 45 artikler etter at 84 artikler var lest i fulltekst (figur 2). En av disse var en protokoll over pågående studier (22).

Figur 2. Flytdiagram over inkludering av artikler



De inkluderte studiene hadde i stor grad opprinnelse i europeiske land (n = 39), i hovedsak Storbritannia (n = 16). Fem av studiene var gjennomført i Asia og én i Nord-Amerika. Totalt 89 prosent av studiene er gjennomført i 2015 eller senere.

Videre hadde en stor andel av de inkluderte studiene ulike kvantitative design (n = 34), alle var observasjonsstudier, og ingen var eksperimentelle studier. De kvalitative studiene (n = 6) baserte seg på intervjuer, enten som fokusgruppeintervjuer eller individuelle intervjuer. Karakteristika over inkluderte studier har vi beskrevet i detalj i tabell 1.

Tabell 1. Karakteristika over inkluderte studier

Karakteristika	Antall studier n (%)
Studiedesign	
Kvantitative	34 (75 %)
Kvalitative	6 (13 %)
Mikset metode	1 (2 %)
Implementeringsstudier	2 (6 %)
Evalueringsstudier	1 (2 %)
Protokoller	1 (2 %)
Studiepopulasjon	
Helsepersonell	9 (20 %)
Pasienter	32 (71 %)
Aldersgruppe 65–80 år (median/gjennomsnitt)	28 (78 %)
Aldersgruppe over 80 år (median/gjennomsnitt)	4 (11 %)
Ikke beskrevet	4 (11 %)
Både helsepersonell og pasienter	3 (7 %)
Ikke aktuelt (protokoll)	1 (2 %)
Kontekst for bruk av EWS	
Ambulanse	32 (71 %)
Sykehjem	6 (13 %)
Hjemmesykepleien	2 (5 %)
Fastlegen	1 (2 %)
Flere steder samtidig	3 (7 %)
Akuttsenger kommune	1 (2 %)
Type EWS brukt	
NEWS	16 (36 %)
NEWS2	8 (18 %)
MEWS	10 (22 %)
PMEWS	2 (4 %)
Pre-MEWS	1 (2 %)
TEWS	1 (2 %)
Flere verktøy samtidig	7 (16 %)
Er EWS brukt som rutine eller ved akutt sykdom?	
Rutine og akutt sykdom	2 (5 %)
Akutt sykdom	30 (81 %)
Sepsis	6 (18 %)
Dyspné	1 (2 %)
Infeksjon	1 (2 %)
Synkope	1 (2 %)
Covid-19	2 (5 %)
Ikke spesifikk sykdom	27 (71 %)
Ikke beskrevet	5 (14%)
Er EWS-verktøy faktisk brukt eller kalkulert retrospektivt?	
Brukt på stedet	5 (14 %)
Kalkulert retrospektivt	29 (83 %)
Ikke beskrevet	1 (3 %)

Kun et lite antall av studiene hadde utelukkende inkludert eldre ($n = 6$) (23–28). Likevel var gjennomsnittsalderen (og/eller medianalderen) over 65 år i alle de inkluderte studiene. Noen få hadde en median- eller gjennomsnittsalder på over 80 år ($n = 4$) (26–29). Enkelte studier fokuserte utelukkende på sepsis (27, 30–35), mens de fleste studiene ikke var begrenset til en diagnose.

Den største andelen av studiene var gjennomført i ambulansetjenesten (n = 25). En mindre andel (n = 6) var gjennomført i sykehjem (23, 25, 26, 28, 36), på fastlegekontor (n = 1) (37), akuttsenger i kommunen (38) og to i hjemmesykepleien (n = 2) (29, 39).

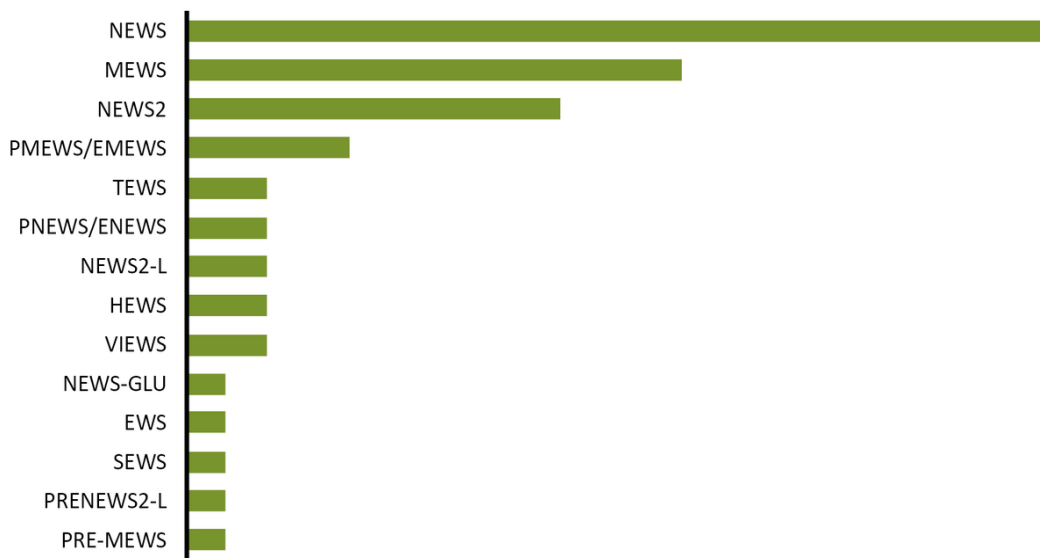
Tre av studiene foregikk på tvers av ulike settinger (32, 40, 41). De kvalitative studiene og implementeringsstudiene hadde helsepersonell som studiepopulasjon.

Vi identifiserte 14 ulike EWS-verktøy

Vi identifiserte totalt 14 ulike EWS-verktøy, og mer enn halvparten av artiklene omhandlet NEWS eller NEWS2 (figur 3 og tabell 2). Kun et fåtall av studiene omhandlet faktisk bruk av verktøy (n = 5). I de fleste tilfellene var data hentet ut retrospektivt (24, 25, 27, 30, 31, 33–35, 42–62).

Langt på vei fant vi at EWS-skår ble gjort på klinisk indikasjon, altså når det var mistanke om akutt sykdom. Vi identifiserte kun én valideringsstudie, som undersøkte reliabilitet og validitet, for instrumentet pre-MEWS (63).

Figur 3. Ulike verktøy og utbredelse i studier



Tabell 2. Vitale parametre som skår i ulike EWS-verktøy

Verktøy	Respirasjonsfrekvens	SpO2	SpO2 skala 2 (hyper-kapni)	Tilført oksygen	Temp	Systolisk blodtrykk mmHg	Puls	Bevissthetsnivå	Andre*	Maks skår	Cut of point for action
EWS (Early Warning Score)	x	x			x	x	x	x		18	
NEWS (National Early Warning Score)	x	x		x	x	x	x	x		20	5–6: medium klinisk risiko, over 7: høy risiko
NEWS2 (National Early Warning Score 2)	x	x	x	x	x	x	x	x		20	5–6: medium klinisk risiko, over 7: høy risiko
MEWS (Modified Early Warning Score)	x				x	x	x	x		14	Over 3 eller 4
SEWS (Scottish Early Warning Score)	x	x			x	x	x	x		18	
HEWS (Hamilton Early Warning Score)	x	x			x	x	x	x	x	21	
pMEWS (Pandemic Medical Early Warning Score)	x	x			x	x	x	x	x	19	Over 4
ViEWS (Vital-PAC Early Warning Score)	x	x		x	x	x	x	x		21	Mål på ny ved skår 3 (4 hver time), 5–6 (hver time), over 7 (hver halvtime)
PreNEWS2-L (Pre-hospital National Early Warning Score2 lactat) NEWS2-L (National Early Warning Score 2 lactat)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	21	
pNEWS (Pre-hospital National Early Warning Score) eNEWS (ED National Early Warning Score)	x	x		x	x	x	x	x		18	
pMEWS (Pre-hospital Modified Early Warning Score) eMEWS (ED Modified Early Warning Score)	x	x			x	x	x	x		20	Desto høyere skår, desto mer behov for tiltak
Pre-MEWS (Pre-hospital Medical Emergencies Early Warning Scale)		x				x	x	x	x	54	
NEWS-glu (National Early Warning Score Glucose)	x	x			x	x	x	x	x	23	
TEWS (Triage Early Warning Score)	x	x			x	x	x	x	x	17	

*HEWS: FiO2 (Fraction of inspired oxygen). pMEWS: alder, sosial isolasjon, kronisk sykdom og funksjonsnivå (skår 1 for hver). PreNEWS2-L (Prehospital National Early Warning Score2 lactat)/NEWS2-L (National Early Warning Score 2 lactat): Laktat. PreMEWS: består av 22 deler totalt. NEWS-glu: Glucose (hypoglykemi 3 poeng, hyperglykemi 1 poeng). TEWS: traume og mobilitet (skår 1 for traume, maks 2 for mobilitet).

Det vanligste pasientutfallet i de kvantitative studiene var mortalitet (n = 23). Innleggelse på sykehus eller intensivavdeling (n = 15) og ytterligere forverring og komplikasjoner (n = 8) var også mye undersøkte utfall. Noen få studier hadde undersøkt om bruk av EWS påvirket tilsyn av lege (n = 2) og reinnleggelse (n = 2).

De kvalitative studiene fokuserte på erfaringer med bruk av EWS som beslutningsstøtte og i kommunikasjon. Temaer som trygghet og støtte i faglige vurderinger ble hyppigst rapportert (n = 7). Andre temaer som ble løftet frem i den kvalitative forskningen, var implementering, opplæring og utfordringer rundt det å bruke EWS riktig (29, 32).

Tabeller over de inkluderte studier har vi organisert etter henholdsvis kvantitative studier (vedlegg 2) (24–28, 30, 31, 33–35, 38, 42–62, 64–66), kvalitative studier (vedlegg 3) (23, 28, 36, 39–41, 67) og implementerings- og valideringsstudier (vedlegg 4) (29, 32, 63) samt protokoller (22).

I tillegg har vi laget en oversikt over artikler som vi leste i fulltekst og deretter ekskluderte, der vi oppgir årsaken til ekskluderingen (vedlegg 5).

Diskusjon

I denne kartleggingsoversikten har vi identifisert og beskrevet forskningsbasert kunnskap om bruk av verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre utenfor sykehus. Vi identifiserte 14 ulike EWS-verktøy, alle med små variasjoner, og MEWS, NEWS og NEWS2 var mest brukt.

Forskningen på feltet består hovedsakelig av kvantitative observasjonsstudier og ellers noen kvalitative studier og et par implementeringsstudier. Det er en klar trend av økende forskning på EWS de senere årene, men fremdeles er det begrenset hvor mye som er relevant for eldre pasienter utenfor sykehus. Få studier er gjennomført på sykehjem og i hjemmetjenesten.

Det finnes lite forskning på EWS blant eldre

Det finnes overraskende lite forskning på bruk av EWS blant eldre og fra settinger hvor sykepleiere møter sårbare eldre, som sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

Her i Norge har Helsedirektoratet anbefalt å bruke NEWS2 i de kommunale helse- og omsorgstjenestene siden 2018 gjennom pasientsikkerhetsprogrammet (5), og nylig ble tiltakspakken i «I trygge hender 24/7» videreført som nasjonale faglige råd (15).

Det betyr at nasjonale helsemyndigheter gir anbefalinger på det som synes å være et svakt kunnskapsgrunnlag. Likevel viser den økende trenden av studier at det er stor oppmerksomhet på å fremskaffe kunnskap om disse verktøyene, som igjen kan gjenspeile økt bruk og et tilsynelatende stort behov for verktøyene.

Alternativet til slike verktøy er skjønnsmessige vurderinger, manglende beslutningsgrunnlag og trolig upresis kommunikasjon om pasientens tilstand. Med bakgrunn i at observasjonskunnskapen til helsepersonell kan være mangelfull (9), vil det sannsynligvis være tryggere å bruke et slikt verktøy, vel å merke så lenge det brukes riktig (14).

Dessuten er kunnskapsgrunnlaget for å bruke EWS i spesialisthelsetjenesten tydeligere (13, 14, 68, 69), og muligens kan dette brukes indirekte som grunnlag også utenfor sykehus. For eksempel viser flere studier fra spesialisthelsetjenesten at det er effekt av å bruke EWS på pasientutfall som mortalitet (14, 68, 69).

Det er et åpenbart kunnskapshull som vedvarer

Denne kartleggingsoversikten viser at kunnskapsgrunnlaget for å anbefale bruk av EWS utenfor sykehus er svakt. Vi har identifisert et åpenbart kunnskapshull som bør prioriteres. Behovet for forskning har vært påpekt i tidligere systematiske oversikter (17, 18), men vår oversikt viser at kunnskapshullet vedvarer.

«Denne kartleggingsoversikten viser at kunnskapsgrunnlaget for å anbefale bruk av EWS utenfor sykehus er svakt.»

Særlig mangler vi studier med robuste prospektive design for å vurdere effektene av å bruke EWS prehospitalt (17, 18), som er et premiss for å jobbe kunnskapsbasert (70). Likevel er det altså en generell økning i antall studier som er gjennomført utenfor sykehus, noe som kan reflektere interesse og behov for verktøyene.

Vi identifiserte hele 14 ulike verktøy, og det er et spørsmål hvilket av disse som er best egnet til å bruke på eldre utenfor sykehus. I Norge og England anbefaler nasjonale myndigheter gjennom retningslinjer og faglige råd å bruke NEWS₂ (12, 15).

Studiene har ikke sammenliknet ulike EWS-verktøy

De inkluderte studiene har i liten grad sammenliknet de ulike EWS-verktøyene og bidrar dermed i liten grad med kunnskap om hvilket verktøy som er «det beste». Det er også utenfor en kartleggingsoversikts hensikt.

Antallet verktøy er en oppgang fra funn i tidligere systematiske oversikter (17, 18). Downey og Tahir (14) anbefaler at det samme verktøyet bør brukes for å skape et universelt språk på kryss av kontekster.

Samtidig er det viktig å vurdere om de samme verktøyene faktisk kan brukes på skrøpelige eldre med kompliserte sykdomsbilder og mange diagnoser utenfor sykehus og på yngre voksne på sykehus eller i andre kontekster.

EWS-verktøy har blitt kritisert for at de brukes i andre settinger og for andre populasjoner enn hva de var utviklet for (71). Dette er i liten grad vurdert i forskningslitteraturen.

EWS kan ikke erstatte helsepersonells kliniske vurdering

Fra den kvalitative delen av forskningen og fra implementeringsstudiene ser vi at helsepersonell uttrykker et behov for beslutningsstøtte i situasjoner som EWS skal avhjelpe med, og at slike verktøy er nyttige og relevante. Samtidig kommer det frem at EWS aldri kan erstatte helsepersonells kliniske vurderinger (23, 28, 36, 39, 67).

En av innvendingene mot EWS er nettopp at verktøyet kan oppfattes som erstatning for, og ikke støtte til, en helhetlig klinisk vurdering (71). Det bekreftes av Jeppestøl og Kirkevold (39), som løfter frem viktigheten av å kjenne pasientene når en bruker verktøyet.

«Helsepersonell uttrykker et behov for beslutningsstøtte i situasjoner som EWS skal avhjelpe med.»

Sykepleierne er en viktig ressurs, og kompetansen deres bør brukes riktig og heves der det er behov for det. Observasjonskompetanse er viktig for å vurdere somatiske utfordringer hos eldre med komplekse sykdomsbilder (2), og behovet for grunnleggende observasjonskompetanse er tidligere identifisert av Bing-Jonsson og medarbeidere (9).

Verktøyene kan gi god støtte, men fordrer rett bruk og rett kompetanse. Det er derfor viktig å ikke undervurdere implementeringen av slike verktøy (15). Det medfører en systematisk og planlagt prosess, der det også er nødvendig å fokusere på holdbarhet over tid (72).

Et stort behov for beslutningsstøtte synes å være dokumentert gjennom kartleggingsoversikten, samtidig som litteraturen viser utfordringer rundt kompetanse, opplæring og implementering av EWS-verktøy.

Implikasjoner

De kvalitative studiene i denne kartleggingsoversikten belyser fordeler ved å bruke EWS, og det er særlig positivt for beslutningsstøtte og kommunikasjon. Samtidig er målrettet opplæring viktig for rett anvendelse av verktøyene, noe som ofte er et sykepleieansvar i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er en rekke kunnskapshull knyttet til bruken av EWS i sykehjem, i hjemmetjenesten og hos eldre generelt. Et av områdene hvor det foreligger grunnlag for oppdatering av og spissede systematiske oversikter, er i ambulansetjenesten.

«Det er en rekke kunnskapshull knyttet til bruken av EWS i sykehjem, i hjemmetjenesten og hos eldre generelt.»

Videre er det et markant behov for studier med prospektive forskningsdesign, som kan evaluere effekten av EWS rettet mot eldre pasienter i sykehjem og hjemmetjenesten. Det ville også vært nyttig å vite hvilket av de 14 verktøyene som egner seg best til tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre utenfor sykehus.

Metodiske styrker og begrensninger

Systematiske kartleggingsoversikter har til hensikt å identifisere det som eksisterer av forskning på et bestemt felt, i dette tilfellet verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre utenfor sykehus. Metoden er denne oversiktens største styrke, nemlig at den gir et overblikk over det som eksisterer av forskning på feltet.

Det er likevel viktig å påpeke at det ligger utenfor en kartleggingsoversikts rammer å vurdere de inkluderte studienes metodiske kvalitet, herunder risikoen for systematiske skjevheter. Dette må det tas høyde for når resultatene fra denne kartleggingsoversikten tolkes og brukes.

En styrke ved kartleggingsoversikten er protokollen vi publiserte forut for oppstarten av oversikten, noe som reduserer risikoen for seleksjonsskjevhet i studien. En annen styrke er det brede og iterative litteratursøket som danner grunnlaget for datasamlingen, som også er kvalitetssikret av en universitetsbibliotekar.

Vi må likevel presisere at det alltid er en viss fare for at studier kan ha unnsloppet søket. Likeså er det en styrke at utvelgelsen av studier er gjort av to personer uavhengig av hverandre.

En svakhet ved metoden vår er at bare for 15 av de 45 inkluderte studiene var det to personer som uavhengig av hverandre trakk ut data fra artiklene. Imidlertid piloterte vi prosessen for å trekke ut data i forkant, siden vi fant godt samsvar da to personer gikk gjennom 15 artikler.

Konklusjon

Denne kartleggingsoversikten viser at forskning på verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand er i stor vekst både i Norge og internasjonalt. Trenden er imidlertid en annen når det gjelder bruk i typiske kommunale helsetjenestestettinger som hjemmetjeneste og sykehjem.

Vi vet fremdeles lite om hva verktøyene bidrar til i disse settingene, noe som er et paradoks tatt i betraktning at verktøyene inngår i nasjonale faglige råd. Flest studier om EWS blant eldre er fra ambulansetjenesten.

Den generelle økningen i forskning på EWS reflekterer trolig flere faktorer, hvor den viktigste kanskje er et reelt og stort behov for standardiserte verktøy som kan nyttes som beslutningsstøtte i situasjoner med komplekse vurderinger.

Fremtidig forskning på bruk av EWS hos eldre utenfor sykehus bør skje med mer robuste, prospektive og kontrollerte studiedesign som kan si oss noe om nytte for pasientgruppen og helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Studien er en del av IMPAKT-prosjektet, som er finansiert av Norges forskningsråd (256569) (73).

Studien er gjennomført som en masteroppgave ved master i kunnskapsbasert praksis i helsefag ved Høgskulen på Vestlandet. Takk til universitetets bibliotekar Gøril Tvedten Jorem for verdifull støtte i utforming og fagfellevurdering av litteratursøket.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand brukes i stadig større grad som beslutningsstøtte for å identifisere pasienter i risiko for forverret somatisk sykdom. Men kunnskapsgrunnlaget for bruk blant eldre utenfor sykehus har vært usikkert.
- Denne studien gir en systematisk oversikt over forskning på bruk av slike verktøy hos eldre utenfor sykehus.
- Helsepersonell er positive til å bruke EWS, men understreker viktigheten av god implementering inkludert opplæring og refleksjon rundt verktøyet som et supplement til, men ikke som erstatning for, egen klinisk vurdering. Flere kunnskapshull vi har identifisert, bør fylles for å styrke sykepleieres kunnskapsgrunnlag for å bruke verktøy i eldre pasientgrupper utenfor sykehus. Dette gjelder også kunnskap om implementering av verktøyene i ulike kontekster.

Referanser

1. Wyller TB. Geriatri. En medisinsk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal; 2020.
2. Nickel C, Bellou A, Conroy S. Geriatric emergency medicine. Cham: Springer International Publishing; 2017.
3. Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 03.02.2022).
4. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring> (nedlastet 03.02.2022).
5. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24/7. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7> (nedlastet 03.03.2021).
6. Flodgren G, Bidonde J, Berg RC. Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
7. Stanyon MR, Goldberg SE, Astle A, Griffiths A, Gordon AL. The competencies of registered nurses working in care homes: a modified Delphi study. Age Ageing. 2017;46(4):582–8. DOI: [10.1093/ageing/afw2244](https://doi.org/10.1093/ageing/afw2244)
8. Preston RM, Flynn DJ. Observations in acute care: evidence-based approach to patient safety. Br J Nurs. 2010;19(7):442–7. DOI: [10.12968/bjon.2010.19.7.47446](https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.7.47446)
9. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nurs. 2016 Jan 14;15(1):5. DOI: [10.1186/s12912-016-0124-z](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z)
10. Hogan H, Healey F, Neale G, Thomson R, Vincent C, Black N. Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. London: BMJ Publishing Group Ltd; 2012.
11. Helsedirektoratet. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS). Oslo: Helsedirektoratet; 2019.

12. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2. Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: Royal College of Physicians; 2017.
13. Le Lagadec MD, Dwyer T. Scoping review: the use of early warning systems for the identification of in-hospital patients at risk of deterioration. *Australian Critical Care*. 2017;30(4):211–8. DOI: [10.1016/j.aucc.2016.10.003](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.10.003)
14. Downey CL, Tahir W, Randell R, Brown JM, Jayne DG. Strengths and limitations of early warning scores: a systematic review and narrative synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2017;76:106–19. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.003)
15. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand#referere> (nedlastet 01.06.2021).
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Sepsis: recognition, diagnosis and early management. NICE guideline [NG51]. London: NICE; 2016 [oppdatert 13.09.2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG51> (nedlastet 24.04.2021).
17. Williams TA, Tohira H, Finn J, Perkins GD, Ho KM. The ability of early warning scores (EWS) to detect critical illness in the prehospital setting: a systematic review. *Resuscitation*. 2016;102:35–43. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2016.02.011](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.02.011)
18. Patel R, Nugawela MD, Edwards HB, Richards A, Le Roux H, Pullyblank A, et al. Can early warning scores identify deteriorating patients in pre-hospital settings? A systematic review. *Resuscitation*. 2018;132:101–11. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2018.08.028](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.08.028)
19. Steinseide E, Graverholt B, Espehaug B, Ciliska D. The use of early warning scores (EWS) in older people in nonhospitalized settings. Protocol for a scoping review. Charlottesville: Center for Open Science; 2020. Tilgjengelig fra: <https://osf.io/5rg78/> (nedlastet 17.08.2020).
20. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews [oppdatert 02.07.2020; sitert 10.02.2021]. I: Aromataris E, Munn Z, red. *JBIManual for Evidence Synthesis*. Tilgjengelig fra: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews> (nedlastet 10.02.2021).

21. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19–32. DOI: [10.1080/1364557032000119616](https://doi.org/10.1080/1364557032000119616)
22. Graverholt B. Tailoring an intervention to the educational needs of healthcare professionals in nursing homes: does it have an impact on the use of an early warning score? Bergen: ISRCTN registry; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.isrctn.com/ISRCTN12437773> (nedlastet 03.02.2022).
23. Steinsheim G, Malmedal W. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2020;6(02):10–22. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2020-02-02](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-02)
24. Mitsunaga T, Hasegawa I, Uzura M, Okuno K, Otani K, Ohtaki Y, et al. Comparison of the National Early Warning Score (NEWS) and the Modified Early Warning Score (MEWS) for predicting admission and in-hospital mortality in elderly patients in the pre-hospital setting and in the emergency department. *Peerj*. 2019;7:e6947. DOI: [10.7717/peerj.6947](https://doi.org/10.7717/peerj.6947)
25. Stow D, Barker R, Matthews F, Hanratty B. National Early Warning Scores and covid-19 deaths in care homes: an ecological time series study. *Innovation in Aging*. 2020;4(Suppl 1):962. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-045579](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045579)
26. Barker RO, Stocker R, Russell S, Roberts A, Kingston A, Adamson J, et al. Distribution of the National Early Warning Score (NEWS) in care home residents. *Age Ageing*. 2019;49(1):141–5. DOI: [10.1093/ageing/afz130](https://doi.org/10.1093/ageing/afz130)
27. Camm CF, Hayward G, Elias TCN, Bowen JST, Hassanzadeh R, Fanshawe T, et al. Sepsis recognition tools in acute ambulatory care: associations with process of care and clinical outcomes in a service evaluation of an Emergency Multidisciplinary Unit in Oxfordshire. *BMJ Open*. 2018;8(4):e020497. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-020497](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020497)
28. Hodgson P, Cook G, Thompson J, Abbott-Brailey H. Assessment and clinical decision making of the acutely ill older care home resident: implementation of NEWS in Gateshead care homes. Final report. Newcastle: Northumbria University; 2017.
29. Ammitzboll O, Maarslet L. Early Warning Score in primary care in Denmark. *Ugeskrift for laeger*. 2014;176(41).

30. Bayer O, Schwarzkopf D, Stumme C, Stacke A, Hartog CS, Hohenstein C, et al. An early warning scoring system to identify septic patients in the prehospital setting: the PRESEP score. *Academic Emergency Medicine*. 2015;22(7):868–71. DOI: [10.1111/acem.12707](https://doi.org/10.1111/acem.12707)
31. Jouffroy R, Saade A, Ellouze S, Carpentier A, Michaloux M, Carli P, et al. Prehospital triage of septic patients at the SAMU regulation: comparison of qSOFA, MRST, MEWS and PRESEP scores. *Am J Emerg Med*. 2018;36(5):820–4. DOI: [10.1016/j.ajem.2017.10.030](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.10.030)
32. Pullyblank A, Tavare A, Little H, Redfern E, le Roux H, Inada-Kim M, et al. Implementation of the national early warning score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project. *British Journal of General Practice*. 2020;70(695):E381–8. DOI: [10.3399/bjgp20X709349](https://doi.org/10.3399/bjgp20X709349)
33. Lane DJ, Wunsch H, Saskin R, Cheskes S, Lin S, Morrison LJ, et al. Screening strategies to identify sepsis in the prehospital setting: a validation study. *Cmaj*. 2020;192(10):E230–9. DOI: [10.1503/cmaj.190966](https://doi.org/10.1503/cmaj.190966)
34. Usul E, Korkut S, Kayipmaz AE, Halici A, Kavalci C. The role of the quick sequential organ failure assessment score (qSOFA) and modified early warning score (MEWS) in the pre-hospitalization prediction of sepsis prognosis. *Am J Emerg Med*. 2021;41:158–62. DOI: [10.1016/j.ajem.2020.09.049](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.09.049)
35. Hargreaves DS, de Carvalho JLJ, Smith L, Picton G, Venn R, Hodgson LE. Persistently elevated early warning scores and lactate identifies patients at high risk of mortality in suspected sepsis. *Eur J Emerg Med*. 2020;27(2):125–31. DOI: [10.1097/MEJ.0000000000000630](https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000630)
36. Russell S, Stocker R, Barker RO, Liddle J, Adamson J, Hanratty B. Implementation of the National Early Warning Score in UK care homes: a qualitative evaluation. *The British Journal of General Practice*. 2020 okt. 29;70(700):e793–e800. DOI: [10.3399/bjgp20X713069](https://doi.org/10.3399/bjgp20X713069)
37. Scott LJ, Redmond NM, Garrett J, Whiting P, Northstone K, Pullyblank A. Distributions of the National Early Warning Score (NEWS) across a healthcare system following a large-scale roll-out. *Emergency Medicine Journal*. 2019;36(5):287–92. DOI: [10.1136/emered-2018-208140](https://doi.org/10.1136/emered-2018-208140)
38. Hernes SK, Baste V, Krokmyrdal KA, Todnem SL, Ruths S, Johansen IH. Associations between characteristics of the patients at municipal acute bed unit admission and further transfer to hospital: a prospective observational study. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):963. DOI: [10.1186/s12913-020-05823-0](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05823-0)

39. Jeppestøl K, Kirkevold M, Bragstad LK. Applying the Modified Early Warning Score (MEWS) to assess geriatric patients in home care settings: a qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences. 2019 okt. DOI: [10.21203/rs.2.16666/v2](https://doi.org/10.21203/rs.2.16666/v2)
40. Brangan E, Banks J, Brant H, Pullyblank A, Le Roux H, Redwood S. Using the National Early Warning Score (NEWS) outside acute hospital settings: a qualitative study of staff experiences in the West of England. *BMJ Open*. 2018;8(10):e022528. DOI: [10.1136/bmjopen-2018-022528](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022528)
41. Sletner A, Halvorsrud L. Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet. *Sykepleien Forskning*. 2020;15(80410):e-80410. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2020.80410](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80410)
42. Challen K, Walter D. Physiological scoring: an aid to emergency medical services transport decisions? *Prehospital and Disaster Medicine*. 2010;25(4):320–3. DOI: [10.1017/s1049023x00008268](https://doi.org/10.1017/s1049023x00008268)
43. Fullerton JN, Price CL, Silvey NE, Brace SJ, Perkins GD. Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgement in detecting critical illness in the pre-hospital environment? *Resuscitation*. 2012;83(5):557–62. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2012.01.004](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.01.004)
44. Gray JT, Challen K, Oughton L. Does the pandemic medical early warning score system correlate with disposition decisions made at patient contact by emergency care practitioners? *Emerg Med J*. 2010 des.;27(12):943–7. DOI: [10.1136/emj.2009.072959](https://doi.org/10.1136/emj.2009.072959)
45. Hoikka M, Lankimaki S, Silfvast T, Ala-Kokko TI. Medical priority dispatch codes-comparison with National Early Warning Score. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24(1):142. DOI: [10.1186/s13049-016-0336-y](https://doi.org/10.1186/s13049-016-0336-y)
46. Hoikka M, Silfvast T, Ala-Kokko TI. Does the prehospital National Early Warning Score predict the short-term mortality of unselected emergency patients? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2018;26(1):48. DOI: [10.1186/s13049-018-0514-1](https://doi.org/10.1186/s13049-018-0514-1)
47. Kitahara O, Nishiyama K, Yamamoto B, Inoue S, Inokuchi S. The prehospital quick SOFA score is associated with in-hospital mortality in noninfected patients: a retrospective, cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0202111. DOI: [10.1371/journal.pone.0202111](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202111)

48. Leung SC, Leung LP, Fan KL, Yip WL. Can prehospital Modified Early Warning Score identify non-trauma patients requiring life-saving intervention in the emergency department? *Emergency Medicine Australasia*. 2016;28(1):84–9. DOI: [10.1111/1742-6723.12501](https://doi.org/10.1111/1742-6723.12501)
49. Magnusson C, Herlitz J, Axelsson C. Pre-hospital triage performance and emergency medical services nurse's field assessment in an unselected patient population attended to by the emergency medical services: a prospective observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2020;28(1):81. DOI: [10.1186/s13049-020-00766-1](https://doi.org/10.1186/s13049-020-00766-1)
50. Martín-Rodríguez F, López-Izquierdo R, Vegas CDP, Delgado-Benito JF, Perez CDP, Rodriguez VC, et al. A multicenter observational prospective cohort study of association of the prehospital national early warning score 2 and hospital triage with early mortality. *Emerg Med Int*. 2019 jul. 1;5147808. DOI: [10.1155/2019/5147808](https://doi.org/10.1155/2019/5147808)
51. Martín-Rodríguez F, López-Izquierdo R, Vegas CDP, Sanchez-Soberon I, Delgado-Benito JF, Martin-Conty JL, et al. Can the prehospital National Early Warning Score 2 identify patients at risk of in-hospital early mortality? A prospective, multicenter cohort study. *Heart and Lung*. 2020;49(5):585–91. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2020.02.047](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.02.047)
52. Martín-Rodríguez F, López-Izquierdo R, Vegas CDP, Delgado-Benito JF, Ibanez PDB, Mangas IM, et al. Predictive value of the prehospital NEWS2-L – National Early Warning Score 2 Lactate – for detecting early death after an emergency. *Emergencias*. 2019 jun.;31(3):173–9.
53. Martín-Rodríguez F, Vegas CDP, Mohedano-Moriano A, Polonio-Lopez B, Miquel CM, Vinuela A, et al. Role of biomarkers in the prediction of serious adverse events after syncope in prehospital assessment: a multi-center observational study. *J Clin Med*. 2020;9(3):651. DOI: [10.3390/jcm9030651](https://doi.org/10.3390/jcm9030651)
54. Martín-Rodríguez F, Lopez-Izquierdo R, Benito JFD, Sanz-Garcia A, Vegas CP, Villamor MAC, et al. Prehospital point-of-care lactate increases the prognostic accuracy of national early warning score 2 for early risk stratification of mortality: results of a multicenter, observational study. *J Clin Med*. 2020;9(4):1156. DOI: [10.3390/jcm9041156](https://doi.org/10.3390/jcm9041156)
55. Pirneskoski J, Kuisma M, Olkkola KT, Nurmi J. Prehospital National Early Warning Score predicts early mortality. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2019;63(5):676–83. DOI: [10.1111/aas.13310](https://doi.org/10.1111/aas.13310)

56. Silcock DJ, Corfield AR, Gowens PA, Rooney KD. Validation of the National Early Warning Score in the prehospital setting. *Resuscitation*. 2015;89:31–5. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2014.12.029](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.12.029)
57. Spangler D, Hermansson T, Smekal D, Blomberg H. A validation of machine learning-based risk scores in the prehospital setting. *PLoS ONE*. 2019;14(12):e0226518. DOI: [10.1371/journal.pone.0226518](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226518)
58. Vihonen H, Laaperi M, Kuisma M, Pirneskoski J, Nurmi J. Glucose as an additional parameter to National Early Warning Score (NEWS) in prehospital setting enhances identification of patients at risk of death: an observational cohort study. *Emergency Medicine Journal*. 2020;37(5):286–92. DOI: [10.1136/emered-2018-208309](https://doi.org/10.1136/emered-2018-208309)
59. Pirneskoski J, Laaperi M, Kuisma M, Olkkola KT, Nurmi J. Ability of prehospital NEWS to predict 1-day and 7-day mortality is reduced in the older adult patients. *Emergency Medicine Journal*. 2021;38(12):913–8. DOI: [10.1136/emered-2019-209400](https://doi.org/10.1136/emered-2019-209400)
60. Martin-Rodriguez F, Sanz-Garcia A, Medina-Lozano E, Villamor MAC, Rodriguez VC, Vegas CDP, et al. The value of prehospital early warning scores to predict in – hospital clinical deterioration: a multicenter, observational base – ambulance study. *Prehosp Emerg Care*. 2020;25(5):597–606. DOI: [10.1080/10903127.2020.1813224](https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1813224)
61. Ivic R, Kurland L, Vicente V, Castren M, Bohm K. Serious conditions among patients with nonspecific chief complaints in the pre-hospital setting. A retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(Suppl 2):A2.2-A2. DOI: [10.1136/bmjopen-2019-EMS.5](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-EMS.5)
62. Dillon K, Hook C, Coupland Z, Avery P, Taylor H, Lockyer A. Pre-hospital lowest recorded oxygen saturation independently predicts death in patients with COVID-19. *British Paramedic Journal*. 2020;5(3):59–65. DOI: [10.29045/14784726.2020.09.5.3.59](https://doi.org/10.29045/14784726.2020.09.5.3.59)
63. Ebrahimian A, Masoumi G, Jamshidi-Orak R, Seyedin H. Development and psychometric evaluation of the pre-hospital medical emergencies early warning scale. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2017;21(4):205–12. DOI: [10.4103/ijccm.IJCCM_49_17](https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_49_17)

64. Essam N, Windle K, Mullineaux D, Knowles S, Gray J, Siriwardena AN. Modified Early Warning Scores (MEWS) to support ambulance clinicians' decisions to transport or treat at home. Lincoln: University of Lincoln; 2014. Tilgjengelig fra: <http://eprints.lincoln.ac.uk/id/eprint/13448/> (nedlastet 03.02.2022).
65. Martin-Rodriguez F, Castro-Villamor MA, Vegas CDP, Martin-Conty JL, Mayo-Iscar A, Benito JFD, et al. Analysis of the early warning score to detect critical or high-risk patients in the prehospital setting. *Internal & Emergency Medicine*. 2019;14(4):581–9. DOI: [10.1007/s11739-019-02026-2](https://doi.org/10.1007/s11739-019-02026-2)
66. Scott LJ, Redmond NM, Tavaré A, Little H, Srivastava S, Pullyblank A. Association between National Early Warning Scores in primary care and clinical outcomes: an observational study in UK primary and secondary care. *British Journal of General Practice*. 2020;70(695):e374–e80. DOI: [10.3399/bjgp20X709337](https://doi.org/10.3399/bjgp20X709337)
67. McClelland G, Haworth D. A qualitative investigation into paramedics' thoughts about the introduction of the National Early Warning Score. *British Paramedic Journal*. 2016;1(1):9–14. DOI: [10.1136/emered-2016-206139.10](https://doi.org/10.1136/emered-2016-206139.10)
68. Alam N, Hobbelink EL, van Tienhoven A-J, van de Ven PM, Jansma EP, Nanayakkara PW. The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: a systematic review. *Resuscitation*. 2014;85(5):587–94. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2014.01.013](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.01.013)
69. McGaughey J, O'Halloran P, Porter S, Blackwood B. Early warning systems and rapid response to the deteriorating patient in hospital: a systematic realist review. *J Adv Nurs*. 2017;73(12):2877–91. DOI: [10.1111/jan.13398](https://doi.org/10.1111/jan.13398)
70. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
71. Grant S, Crimmons K. Limitations of track and trigger systems and the National Early Warning Score. Part 2: sensitivity versus specificity. *Br J Nurs*. 2018;27(12):705–10. DOI: [10.12968/bjon.2018.27.11.624](https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.11.624)
72. Grol R. *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2. utg. Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books; 2013.
73. Graverholt B. *IMPAKT – Implementation and action for knowledge translation*. Oslo: Unit; 2016 [oppdatert 07.12.2021]. Tilgjengelig fra: <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=550905> (nedlastet 02.05.2021).

– Hva vil regjeringen med tilbudet til eldre med psykiske lidelser?

– Til tross for at eldre får bedre helse, vil antallet eldre med psykiske lidelser også øke betydelig. Men, den helsepolitiske forsømmelsen av eldre med psykiske lidelser ser ut til å vedvare, skriver innleggsforfatteren.

Kenneth Ledang

Psykiatrisk sykepleier

Psykisk helse og rus

7. desember publiserte Helsedirektoratet en ny Sintef-rapport som omhandler status innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Rapporten slår fast at landets kommuner i svært liten grad er forberedt på å møte de økende behovene knyttet til eldre innen psykisk helse- og rusarbeid.

Eldre forsømmes

Resultatet fra rapporten er langt fra overraskende. Langt mer overraskende er det at nasjonale helsemyndigheter gjennom de siste 10–15 årene har vært kjent med forsømmelsen av de eldre innen psykisk helsearbeid uten å foreta seg noe.

Norges forskningsråds evaluering av 10 år med nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse konkluderte allerede i 2009 med at eldre ikke ble nevnt med et eneste ord.

Den helsepolitiske forsømmelsen av eldre med psykiske lidelser ser ut til å vedvare. SINTEF-rapporten dokumenterer at 89 prosent av kommunene har svart på spørsmål om oppfølging av eldre, men at kun 13 prosent oppga at de har kartlagt eldre innbyggeres behov for tjenester innen psykisk helse og rus.

Det er ubegripelig

Statistisk sentralbyrå har beregnet at antall personer på 80 år og eldre, vil dobles fra 220 000 i 2017 til 570 000 i 2050. I 2021 er det 850 000 personer over 67 år, og i 2050 er tallet beregnet å være nesten 1,5 millioner.

Til tross for at eldre får bedre helse, vil antallet eldre med psykiske lidelser også øke betydelig. Det er også mulig at økningen i psykiske lidelser vil overstige økningen i antall eldre, ettersom det er mer oppmerksomhet rundt psykisk lidelse, mindre stigma, bedre kartlegging i kommunehelsetjenesten og større forventninger til behandling i helsevesenet.

Med tanke på at det i årene som kommer blir betydelig mange flere eldre i samfunnet vårt, samtidig med at antall eldre som har utfordringer knyttet til psykisk helse og rus øker, fortoner det seg ubegripelig at nasjonale helsemyndigheter fortsetter å toe sine hender ovenfor denne pasientgruppen.

Ny giv for ny regjering?

Vår nye helseminister, Ingvild Kjerkol, har i likhet med sin forgjenger tatt til orde for en vesentlig styrking av det psykiske helsetilbudet her til lands. Slike lovnader har vi blitt vant til å høre, og det kunne falle lett å bli desillusjonert.

Men, jeg har tro på vår nye helseminister! Hun har lansert at det vil komme en ny opptrappingsplan for psykisk helse med tilhørende øremerkede midler. La oss da håpe at den nye planen tar for seg psykisk helse i et *livsløpsperspektiv* og at eldre (over 65 år) også innlemmes i planen sammen med barn og unge og voksne.

Vi venter i spenning

Det kan være nærliggende å minne vår nye helseminister om at hun allerede i 2017, mens hun satt som helsepolitisk talsperson i Stortingets helse- og omsorgskomiteé, var med på å fremme et representantforslag til Stortinget om en kommunal tiltaksplan for å styrke Eldres psykiske helse.

Dette er historisk sett det eneste og mest prisverdige helsepolitiske framstøtet som noen gang er gjort for å rette opp tidligere tiders forsømmelser av de eldre med psykiske helseutfordringer.

Forslaget fikk dessverre ikke nødvendig flertall når det kom til votering i Stortinget, men Ingvild Kjerkol skal ha terningkast 6 for initiativet. Nå har Ingvild Kjerkol en helt unik mulighet for revansj. Jeg og flere med meg venter i spenning.

Hypoglykemi kan være en alvorlig tilstand for eldre med diabetes

Studien vår kan bidra til å forbedre rutinene for å observere og behandle hjemmeboende eldre med diabetes som er i risiko for alvorlig hypoglykemi.

Diabetes

Eldre

Hjemmesykepleie

Primærhelsetjeneste

En av de store utfordringene som helsetjenesten må ta på alvor i årene som kommer, er den økende forekomsten av diabetes blant eldre (1). Diabetes er en sykdom som krever oppmerksomhet hele døgnet. Det å mestre den medikamentelle behandlingen og svingende blodsukker er en stor oppgave og et ansvar som den enkelte må ta hele livet.

Forskning viser at om lag 19 prosent av alle mellom 65 og 99 år har diagnosen diabetes (1). Blant eldre som har vedtak om hjemmesykepleie, er forekomsten enda høyere. I en studie som ble gjennomført i Bergen kommune, kom det frem at 24 prosent av eldre i denne gruppen hadde diabetes (2).

Den økende forekomsten av diabetes er et verdensomspennende problem. Risikoen for å utvikle diabetes type 2 stiger med økende alder. Med stadig flere eldre som lever lenger, vil behovet for å sikre at eldre med diabetes har en så god diabetesbehandling og blodsukkerregulering som mulig, være en svært god helsepolitisk investering.

Antallet insulinbrukere over 65 år er doblet på ti år

Hypoglykemi kan være en alvorlig tilstand hos eldre med diabetes (3). I de internasjonale retningslinjene for diabetes defineres hypoglykemi som blodsukker under 70 mg/dl eller på 3,9 mmol/l eller lavere.

Selv om streng glykemisk kontroll kan redusere risikoen for senkomplikasjoner ved diabetes, øker det risikoen for alvorlige hypoglykemiske hendelser.

I de norske retningslinjene står det derfor at hos skrøpelige og eldre mennesker med redusert levetidsutsikt anbefales det at målet for langtidsblodsukkeret, HbA_{1c}, kan økes til 53–64 mmol/mol for å forebygge hypoglykemi.

«Den vanligste årsaken til at eldre utvikler hypoglykemi, er mangelfull dosering av blodsukkersenkende legemidler.»

Samtidig bør ikke blodsukkeret overstige 12–14 mmol/l for å hindre symptomer på hyperglykemi (4). Hos eldre med god helse og forventet lang levetid bør det glykemiske behandlingsmålet være tilsvarende som hos yngre (5).

Den vanligste årsaken til at eldre utvikler hypoglykemi, er mangelfull dosering av blodsukkersenkende legemidler. Blant hjemmeboende eldre viser tall fra Reseptregisteret at det er 50 prosent flere insulinbrukere i gruppen 65 år eller eldre i 2020 sammenliknet med 2010 (6).

Alvorlig hypoglykemi kan få mange negative følger

Alvorlig hypoglykemi hos eldre med diabetes er assosiert med en rekke negative følgetilstander (3, 7). For lavt blodsukker øker risikoen for uheldige hendelser som for eksempel fall. Det kan føre til mindre skrubbsår og kutt, men også brudd som kan gi funksjonsnedsettelse, varige smerter og økt hjelpebehov.

Alvorlig hypoglykemi hos eldre med diabetes er også assosiert med andre negative kliniske utfall, for eksempel hjerte- og karsykdom.

Hypoglykemi fører til økt skrøpelighet, og skrøpelighet øker risikoen for hypoglykemi (8). Både kardiovaskulære hendelser og lårhalsbrudd vil kreve sykehusinnleggelse, behov for rehabiliteringsplass og i verste fall føre til dødsfall (9).

Slik vil alvorlig hypoglykemi som resulterer i sykehusinnleggelser, kunne påføre samfunnet store og unødvendige kostnader, og ikke alle pasientene vil klare seg selv hjemme i ettertid.

Symptomene kan være atypiske hos eldre

Hos eldre kan symptomer på hypoglykemi være atypiske og blir ikke sjelden forvekslet med vanlige symptomer på annen alderdomssvekkelse. Eldre er derfor ekstra utsatt for å ha lavt blodsukker uten at det oppdages.

Symptomer på hypoglykemi kan også forveksles med begynnende kognitiv svikt eller demens (10). Dette er særlig problematisk hos eldre, da det kommer på toppen av andre funksjonsnedsettelse, som svekket syn og hørsel samt problemer med ustøhet og balanse.

Det er viktig å finne årsaken til hypoglykemi hos eldre. Det kan være at blodsukkerreguleringen er for streng, det vil si medikamentell overbehandling. Det kan også være et uoppdaget behov for en endret dosering av blodsukkersonkende medikamenter, eller at det er gitt feil dose (9, 10).

«Eldre er ekstra utsatt for å ha lavt blodsukker uten at det oppdages.»

Forekomsten av hypoglykemi kan også være relatert til ernæringsproblematikk, for eksempel at de eldre ikke har spist, har tygge- eller svelgeproblemer eller vansker med å tilberede mat på grunn av funksjonssvikt (9).

Ifølge Fagerli (11) er det viktig at helsepersonell i hjemmetjenesten undersøker i hvilken grad eldre med diabetes med sviktende helse er i stand til å opprettholde evnen til å ivareta medisinsansvaret og etablerte rutiner knyttet til for eksempel å måle blodsukker og justere dosering av insulin basert på de aktuelle blodsukkerverdiene.

Ved multimorbiditet, polyfarmasi og vektnedgang hos eldre må blodsukkersonkende medikamenter justeres for å unngå at pasienten utvikler hypoglykemi (10).

Hva vet vi om forekomsten av hypoglykemi hos eldre?

Eldre rammes i ulik grad av hypoglykemi. I en liten observasjonsstudie som Joslin Diabetes Center i Boston, USA, gjennomførte (12), ble voksne pasienter (≥ 69 år) fulgt opp i tre dager med kontinuerlig glukosemåling CGM (*Continuous Glucose Monitor*) og tradisjonell blodsukkermåling med fingerstikk.

Hele 65 prosent av deltakerne hadde minst én episode med hypoglykemi. Studien viste at episoder med hypoglykemi i denne pasientgruppen i for liten grad ble fanget opp med fingermåling, og ingen av deltakerne hadde merket at de hadde hatt nattlig hypoglykemi.

Det er ikke gjort tilsvarende studier i Norge, verken blant eldre pasienter ved diabetespoliklinikker eller i hjemmetjenestene. Vi har derfor planlagt en større observasjonsstudie blant hjemmeboende eldre (≥ 65 år) med vedtak om hjemmesykepleie her i Norge (13).

Studien gir mer kunnskap om blodsukkersvingninger

Resultatene fra forundersøkelsen blant seks insulinbrukere (14) viste at bruk av CGM blant hjemmeboende eldre som har vedtak om hjemmesykepleie, ga relevant kunnskap om glukosenivået i en femdøgnsperiode.

Det er derfor gode holdepunkter for at slike målinger kan gi helsepersonell en bedre forutsetning for å vurdere kvaliteten på behandlingen og oppfølgingen. Dette må imidlertid undersøkes i en større studiepopulasjon.

Det pågår derfor en større undersøkelse i Etat for hjemmebaserte tjenester, Bergen kommune, blant brukere som enten har diabetesdiagnose i sin journal, som bruker et blodsukkersenkende legemiddel, eller som har vedtak om hjelp til å sette insulin og måle blodsukker (13, 15).

Hensikten er å få mer kunnskap om blodsukkersvingninger hos eldre med diabetes ved å undersøke den faktiske forekomsten av hypoglykemi gjennom å bruke blindet CGM. Dette er en CGM uten alarmer eller andre forstyrrende varslinger slik at de eldre ikke skal ha plager ved å delta i studien.

En studiesykepleier kommer hjem til pasienten

Studien er en deskriptiv observasjonsstudie blant hjemmeboende eldre med diabetes som behandles enten med insulin eller et peroralt glukosesenkende legemiddel.

En studiesykepleier, som er en sykepleier fra hjemmesykepleien i pasientens distrikt, kommer hjem til den enkelte for å koble på en CGM. Den eldre selv eller hjemmesykepleieren gjør også en kapillær glukosemåling tre ganger om dagen i de fem dagene den eldre har CGM påkoblet.

I tillegg innhenter studiesykepleieren informasjon om legemidler, glukosemålinger, langtidsblodsukker (HbA_{1c}) de siste tolv månedene og individuelle behandlingsmål fra den elektroniske pasientjournalen. Laboratoriepersonell tar blodprøve for å analysere nyrefunksjonen (S-kreatinin), stoffskiftet (tyreoideastatus) og langtidsblodsukkeret (HbA_{1c}).

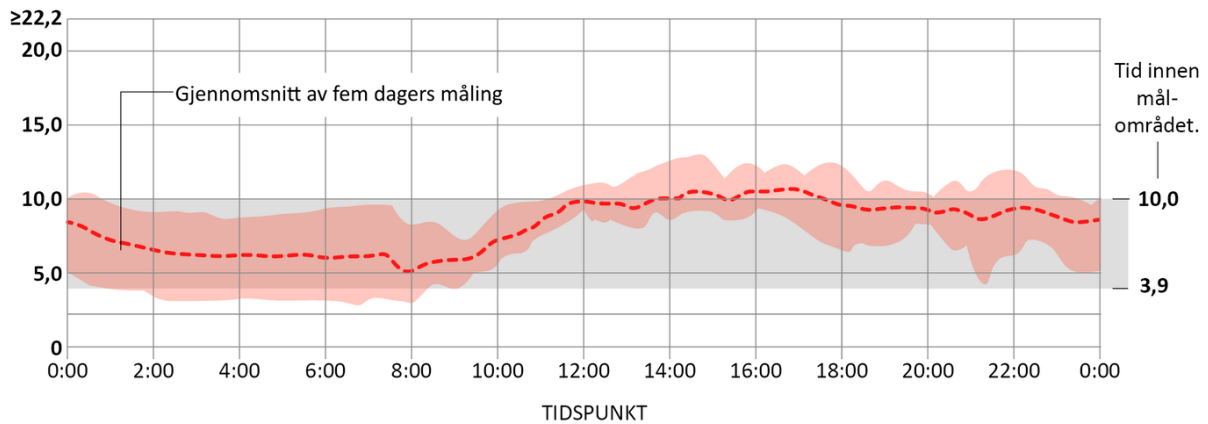
En tredel hadde minst én hypoglykemisk episode

De foreløpige resultatene basert på de første 49 pasientene, som har en gjennomsnittsalder på 81 år og en tilnærmet lik fordeling av kvinner og menn, viser at blant dem som brukte insulin, hadde 37 prosent minst én hypoglykemisk episode på 3,9 mmol/l eller lavere.

Flere av disse hadde et glukosenivå som var mindre enn 2,7 mmol/l (figur 1). Det var også mange som lå helt på grensen til hypoglykemi.

Figur 1. Hypoglykemiske episoder og glukosenivå i en femdøgnsperiode

Hypoglykemiske episoder og glukosenivå i en femdøgnsperiode hos en hjemmeboende eldre med diabetes.

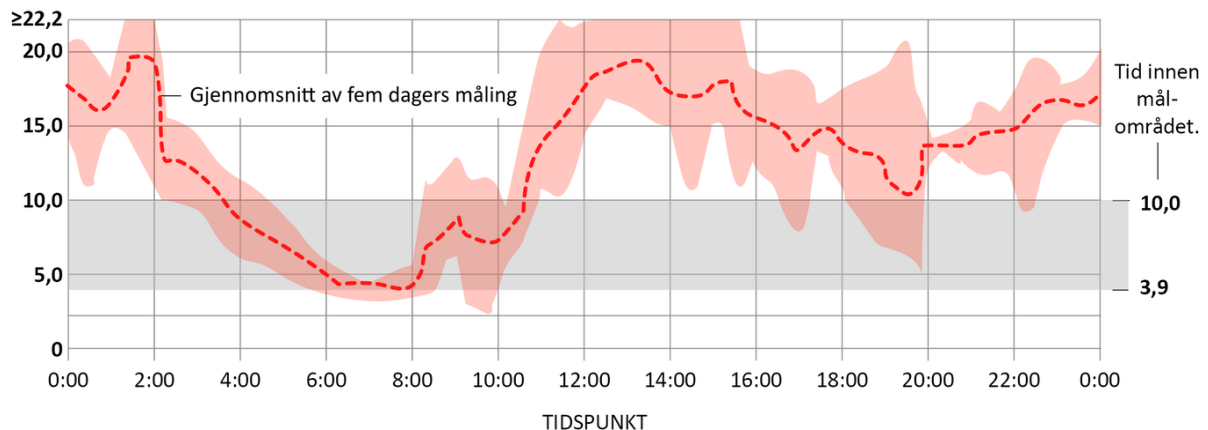


En stor andel av episodene med hypoglykemi skjer om natten. Det er dermed vanskelig for hjemmesykepleien å oppdage disse tilfellene ved rutinemålinger (15).

Resultatene viser også at det var en stor andel som hadde svært høy glukosevariabilitet (figur 2). Det tyder på at for eldre som er i risiko for hypoglykemi, er det ikke alltid tilstrekkelig å bare måle HbA_{1c} for å få en god nok vurdering av kvaliteten på diabetesbehandlingen.

Figur 2. Glukosevariabilitet i en femdøgnsperiode

Glukosevariabilitet i en femdøgnsperiode hos en hjemmeboende eldre med diabetes.



En helhetsvurdering av pasientens situasjon når det gjelder risiko for hypoglykemi, bør også vurderes opp mot graden av skrøpelighet, kognitiv funksjon, multimorbiditet, polyfarmasi, nyrefunksjon, ernæringsproblemer og vektnedgang.

De foreløpige funnene fra vår studie viser at mange kan ha HbA1c innenfor behandlingsmålet eller høyere, men på grunn av relativt store svingninger i glukosenivået kan pasientene også ha flere tilfeller av veldig lave glukosenivåer i løpet av en femdøgnsperiode.

Vi ser også at mange har betydelig høyere glukosenivå enn det som er anbefalt for denne aldersgruppen. Disse foreløpige resultatene styrker vår antakelse om at det er behov for bedre oppfølging av diabetesbehandlingen for denne pasientgruppen (15).

Eldre med diabetes trenger tett oppfølging

Eldre med diabetes har behov for å bli fulgt opp både i spesialisthelsetjenesten og av fastlegen. Mange trenger i tillegg oppfølging av en hjemmesykepleier etter hvert som den fysiske eller kognitive helsen svikter.

En studie med deltakere fra flere norske sykehjem viser at en stor andel av eldre med diabetes har en relativt streng blodglukosekontroll (16). Hvor strengt eller moderat glykemisk nivå som anbefales for eldre, må vurderes ut fra den enkeltes kognitive og fysiske helsetilstand.

Risikoene ved en for streng blodsukkerregulering kan være større enn fordelene. En for streng blodglukosekontroll fører til en relativt stor risiko for overbehandling og derved også en økt risiko for hypoglykemi. For å følge med på blodsukkerreguleringen er det behov for gode dokumentasjonsrutiner både i sykehjem og i hjemmetjenestene.

Resultater fra en studie som var gjennomført ved tre sykehjem i Bergen (17), tyder på at det kan være et stort forbedringspotensial i behandlingen av eldre med diabetes. I denne studien hadde kun 18 prosent oppført rutiner for blodsuktermålinger i sin journal, og kun 4 prosent hadde definerte behandlingsmål for langtidsblodsukker (HbA1c).

Hvilke rutiner må være på plass i hjemmetjenestene?

En annen studie blant 92 eldre med diabetes omhandlet kvaliteten på diabetesbehandlingen og dokumentasjonen i hjemmetjenesten i Vest-Norge (18). Foruten demografiske og kliniske data kartla studien rutiner for måling av blodsukker, HbA1c, hvordan insulin ble administrert, og risikofaktorer som blodtrykk, kroppsmasseindeks (KMI) og ernæringsstatus.

Studien viste at det var store mangler i den journalførte dokumentasjonen av diabetesbehandlingen (18). Det betyr at hjemmeboende eldre med diabetes som har vedtak om hjemmesykepleie, kan ha store svingninger i blodsukkeret som ikke er oppdaget, eller at nødvendige tiltak ikke er satt i verk.

I den pågående CGM-studien i Bergen kommune undersøker vi derfor også rutiner for blodsuktermåling, refleksjoner og handlinger som er knyttet til de målte blodsukerverdiene, dokumentasjon av blodsuktermålinger og eventuelle hypoglykemiepisoder i en annen delstudie (15).

«HbA1c-målinger og behandlingsmål er i liten grad dokumentert i elektroniske pasientjournaler.»

Datasamlingen er delvis basert på informasjon i elektroniske pasientjournaler, som kjønn, alder, sivil status, diabetesdiagnose og varighet, informasjon om legemidler mot diabetes, dose, varighet av behandling, bruk av andre legemidler, glukosemålinger, HbA1c de siste tolv månedene samt informasjon om individuelt behandlingsmål og funksjonsnivå.

Studien er også delvis basert på informasjon om ulike systemer og rutiner for blodsuktermåling i papirformat hjemme hos den enkelte. De foreløpige resultatene fra denne studien viser at HbA1c-målinger og behandlingsmål i liten grad er dokumentert i elektroniske pasientjournaler.

Dette styrker vår antakelse om at det er utfordringer knyttet til oppfølging av eldre med diabetes som mottar hjemmesykepleie (15). Ifølge Wiig (19) er eldre med diabetes en ekstra utfordrende og sårbar pasientgruppe der det er helt avgjørende at både gode verktøy og rutiner er på plass for å ivareta diabetesbehandlingen.

Konklusjon

Resultatene som er kommet frem i de to pågående delstudiene blant eldre med diabetes i hjemmetjenestene, øker vår kunnskap om forekomsten av og risikofaktorene for hypoglykemi hos hjemmeboende eldre.

Denne kunnskapen danner grunnlaget for bedre diabetesbehandling ved at personer som er i risiko for alvorlig hypoglykemi, kan følges tettere opp gjennom å etablere bedre rutiner for observasjon, behandling og dokumentasjon.

For å kunne sette et relevant terapeutisk mål og utvikle individuelle behandlingsplaner er det viktig at det ligger god dokumentasjon til grunn, og at personalet har den nødvendige kunnskapen og kompetansen til å oppdage og iverksette tiltak i tråd med gjeldende retningslinjer for behandlingen.

Dette prosjektet har mottatt forskningsmidler fra Diabetesforbundet og fra stiftelsen Olga og Minius Øierens minne.

Referanser

1. Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, Karuranga S, Malanda B, Williams R. Diabetes and global aging among 65-99-year-old adults: findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. 9. utg. Diab Res Clin Pract. 2020;162:108078. DOI: [10.1016/j.diabres.2020.108078](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108078)
2. Davies TT, Graue M, Iglund J, Tell GS, Birkeland KI, Peyrot M, et al. Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being. Diabet Med. 2019;36(1):96-104. DOI: [10.1111/dme.13790](https://doi.org/10.1111/dme.13790)
3. Amiel SA. The consequences of hypoglycaemia. Diabetologia. 2021;64(5):963-70. DOI: [10.1007/s00125-020-05366-3](https://doi.org/10.1007/s00125-020-05366-3)
4. Helsedirektoratet. Behandling med blodsukkersenkende legemidler ved diabetes. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes> (nedlastet 16.12.2021).
5. Titlestad I, Graue M, Haugstvedt A. Behandlingsmål for eldre med diabetes. Geriatrisk sykepleie. 2014;6(3):10-7. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/geriatrisk_0314.pdf (nedlastet: 16.12.2021).
6. Folkehelseinstituttet (FHI). Statistikk fra reseptregisteret. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <http://www.reseptregisteret.no> (nedlastet 21.12.2021).
7. Hermann M, Heimro LS, Haugstvedt A, Hernar I, Sigurdardottir AK, Graue M. Hypoglycaemia in older home-dwelling people with diabetes – a scoping review. BMC Geriatrics. 2021;21:20. DOI: [10.1186/s12877-020-01961-6](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01961-6)
8. Abdelhafiz AH, Koay L, Sinclair AJ. The effect of frailty should be considered in the management plan of older people with type 2 diabetes. Future Sci OA. 2016;2(1):FSO102. DOI: [10.4155/fsoa-2015-0016](https://doi.org/10.4155/fsoa-2015-0016)
9. Sircar M, Bhatia A, Munshi M. Review of hypoglycemia in the older adult: clinical implications and management. Can J Diabetes. 2016;40(1):66-72. DOI: [10.1016/j.jcjd.2015.10.004](https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.10.004)
10. American Diabetes Association. 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020;43(Supplement 1):S152-62. DOI: [10.2337/dc20-S012](https://doi.org/10.2337/dc20-S012)

11. Fagerli K. Opplevelser knyttet til det å ha ansvar for egen sykdom og å mestre medisineringen i det daglige. En kvalitativ studie blant hjemmeboende eldre med diabetes som bruker insulin og deres pårørende [masteroppgave]. Bergen: Høgskulen på Vestlandet; 2021.
12. Munshi MN, Segal AR, Suhl E, Staum E, Desrochers L, Sternthal A, et al. Frequent hypoglycemia among elderly patients with poor glycemic control. Arch Intern Med. 2011;171(4):362-4.
13. Hermann M, Haugstvedt A, Graue M. Hypoglykemi hos eldre som mottar hjemmetjeneste. Diabetesfag. 2021;3:14-5.
14. Larsen AB, Hermann M, Graue M. Continuous glucose monitoring in older people with diabetes receiving home care – a feasibility study. Pilot Feasibility Stud. 2021;7(1):12. DOI: [10.1186/s40814-020-00754-3](https://doi.org/10.1186/s40814-020-00754-3)
15. Fløde M, Hermann M, Haugstvedt A, Stavenes M, Ådland C, Simonsen S, Graue M. Hypoglycaemia in home-dwelling older people with diabetes. Posterpresentasjon med abstrakt. Gardermoen: Sykepleierkongressen; 01.–02.12.2021.
16. Andreassen LM, Sandberg S, Kristensen GBB, Sølvi UØ, Kjome RLS. Nursing home patients with diabetes: prevalence, drug treatment and glycemic control. Diab Res Clin Pract. 2014;105(1):102-9. DOI: [10.1016/j.diabres.2014.04.012](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.04.012)
17. Heimro LS, Haugstvedt A. Dokumentasjon og oppfølging av bebuarar med diabetes i sjukeheim. Sykepleien Forskning. 2015;10(3):216-25.
18. Heimro LS, Hermann M, Davies TT, Haugstvedt A, Haltbakk J, Graue M. Documented diabetes care among older people receiving home care services: a cross-sectional study. BMC Endocr Disord. 2021;21(1):46. DOI: [10.1186/s12902-021-00713-w](https://doi.org/10.1186/s12902-021-00713-w)
19. Wiig FL. Retningslinjer for eldre med diabetes blir ikke fulgt i praksis. Diabetesfag. 2021;(3):10-3.

DEBATT

– Hva med eldre menneskers psykiske

helse?

– Til tross for mange års kontinuerlig styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene, har eldre med psykiske lidelser blitt viet tilnærmet null oppmerksomhet, skriver Kenneth Ledang.

Kenneth Ledang

Seniorrådgiver

Fylkesmannen i Trøndelag

Eldreomsorg

Psykisk helse og rus

I årene fremover vil andelen av den eldre befolkningen øke. Statistisk sentralbyrå har beregnet at antall personer over 80 år og eldre vil dobles fra 22 000 i 2017 til 570 000 i 2050. I 2021 var det 850 000 personer over 67 år, og i 2050 er tallet beregnet å være nesten 1,5 millioner.

Til tross for at eldre får bedre helse, vil antallet eldre med psykiske lidelser også øke betydelig. Det er også mulig at økningen i psykiske lidelser vil overstige økningen i antall eldre ettersom det er mer oppmerksomhet rundt psykisk lidelse, mindre stigma, bedre kartlegging og større forventninger til behandling i helsevesenet.

Økt etterspørsel

Forekomsttall for psykiske lidelser hos eldre varierer mellom studier, men det er anslått at cirka 15–20 prosent av eldre har behandlingstrengende psykiske lidelser. I tillegg vet man at mange eldre utvikler psykisk sykdom som følge av «skrantende» fysisk helse.

«Alvorlig rusproblematikk og psykiske konsekvenser vil antakelig ses hyppigere hos eldre.»

Framskritt i medisinsk behandling gjør at flere eldre lever lengre med alvorlige fysiske og psykiske sykdommer, som igjen vil føre til økt etterspørsel etter, blant annet, psykiske helsetjenester i kommunene fremover.

Alvorlig rusproblematikk og psykiske konsekvenser av dette vil antakelig ses hyppigere hos eldre. Alkoholforbruk er økende hos de eldre under 75 år.

Lite oppmerksomhet

De vanligste psykiske lidelsene hos eldre er depresjon og demens. En ny forskningsbasert undersøkelse viser at det er 101 000 personer som har demens i Norge. Dette er et langt høyere antall enn man inntil nylig har trodd.

I løpet av de neste 30 årene vil antall personer med demens mer enn dobles på grunn av økende befolkning over 70 år. Antall personer med demens vil øke til 235 000 i år 2050 og til 380 000 personer med demens i år 2100.

Til tross for mange års kontinuerlig styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene, har eldre med psykiske lidelser blitt viet tilnærmet null oppmerksomhet.

Mange år med statlig finansiert opptrappingsplan for psykisk helse gjør at vi i dag har et meget velfungerende psykisk helsearbeid i de aller fleste norske kommuner. Kommunene har utdannet og rekruttert fagpersoner med høy kompetanse og tilbyr i dag et variert behandlingstilbud.

Ikke innlemmet

Landets statsforvaltere har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ansvar for å bidra til en forbedret og samordnet innsats på psykisk helse og rus- og voldsfeltet i kommunene. I den forbindelse samarbeider statsforvalteren tett med brukerorganisasjonene, kompetansesentrene og den faglige og administrative ledelsen innen kommunalt psykisk helsearbeid.

Gjennom statsforvalterens dialog med tjenesteapparatet i kommunene ser vi, i liket med det generelle inntrykket fra landet for øvrig, at eldre med psykiske lidelser i svært liten grad er definert og innlemmet i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Må tas på alvor

Opptrappingsplanen for psykisk helse som ble avsluttet for over 10 år siden, nevnte ikke eldre med psykiske lidelser med et eneste ord. Etter den tid har det fortsatt vært nokså stille om den saken, dessverre.

«Vi trenger et krafttak for å kunne rette opp mange år med forsømmelse.»

Til og med Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon omtaler eldre på bare én side i veilederen.

Eldre med psykiske lidelser må nå tas på langt større alvor! Vi trenger et krafttak for å kunne rette opp mange år med forsømmelse. Én ting er å rette opp manglene i tjenestetilbudet til denne pasientgruppa. En annen ting er å forberede seg på de betydelige faglige og økonomiske utfordringer som vil komme på dette området fremover.

Innspillet ble først publisert i Kommunal Rapport

FAGUTVIKLING

Å følge opp eldre med depresjon har lav prioritet i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleiere føler seg presset og stresset fordi de må prioritere praktiske oppgaver og medisinsk behandling fremfor å følge opp deprimerte pasienter.

Hjemmesykepleien

Erfaring

Eldre

Depresjon

Kvalitativ studie

I årene som kommer, vil eldre utgjøre en større del av den norske befolkningen. Aldersgruppen 80 år og eldre vil nesten fordoble seg de neste 20 årene (1). Med økt alder stiger andelen eldre som trenger omsorgstjenester fra kommunene (2).

Ifølge Verdens helseorganisasjon er depresjon den vanligste psykiske lidelsen blant den eldre delen av befolkningen i verden. Omtrent 7 prosent av eldre kan komme under denne kategorien (3). Internasjonale studier bekrefter at depresjon hos eldre er utbredt (4), og nasjonale studier beskriver det samme (5).

Dersom forekomsten av eldre med depresjon holder seg stabil i årene fremover, er det forventet at hjemmetjenesten oftere vil møte denne pasientgruppen. Sykdomsbildet til eldre med depresjon kan være annerledes enn hos den yngre aldersgruppen (6).

Studier påpeker at symptomer på depresjon som ikke oppfyller diagnosekriteriene, kan forekomme to–tre ganger hyppigere enn depresjon hos eldre (7). I nasjonale retningslinjer for behandling av voksne med depresjon er eldre beskrevet som en særskilt pasientgruppe med spesielle behov (8).

«Hjemmesykepleiere har en unik mulighet til å vurdere endringer hos denne pasientgruppen.»

Hjemmesykepleiere har en unik mulighet til å vurdere endringer hos denne pasientgruppen (9). Forskning viser at depresjon hos eldre har sammenheng med redusert livskvalitet, svekket helse og økt risiko for selvmord (7).

Flere lovpålagte oppgaver, begrensede ressurser og flere pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester medfører at det er behov for mer effektivitet i hjemmetjenesten (10, 11).

Samtidig har sykepleiere beskrevet at tidspress går ut over kvaliteten på tjenesten, og at den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er for stor til at de ønsker å fortsette i arbeidet (12).

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hjemmesykepleieres erfaringer med å følge opp eldre med depresjon.

Metode

For å få en dypere forståelse av sykepleiernes erfaringer anvendte vi et kvalitativt forskningsdesign. Vi analyserte dataene med systematisk tekstkondensering (13). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Referansenummeret er 284668. Studien er publisert i *Geriatrisk sykepleie* som forskningsartikkel (14).

Deltakerne i studien kommer fra to ulike kommuner i Nord-Norge. Kommunene har over 7000 innbyggere. Til sammen rekrutterte vi fire kvinner og én mann til studien. Deltakerne hadde mellom 12 og 30 års ansiennitet som sykepleiere.

Datainnsamlingen foregikk med semistrukturerte intervjuer. På forhånd fikk deltakerne informasjon om temaet for intervjuet og samtykkeerklæringen. Intervjuene foregikk i deltakernes arbeidstid i egnede lokaler på arbeidsplassen og varte mellom 60 og 70 minutter.

De to kommunene benytter seg av bestiller-utfører-modellen (15), som innebærer at ansatte på bestillerenheten mottar søknader om en tjeneste, gjør vurderinger og innvilger tjenesten. Enkeltvedtaket sendes videre til utførertjenesten, som i denne sammenhengen er hjemmesykepleien, som skal arbeide etter beskrivelsen i vedtaket.

Resultater

Det er lite oppmerksomhet på eldre med depresjon

Deltakerne fortalte at det er lite oppmerksomhet på eldre med depresjon i hjemmetjenesten, og at oppfølging av pasientgruppen ikke er en prioritert sykepleieoppgave.

Dette fører blant annet til at symptomer på depresjon ikke blir systematisk kartlagt, og oppfølging av selve depresjonen blir sjelden dokumentert i journalen. Det mangler felles mål for oppfølgingen, og hjemmetjenesten samarbeider ikke med psykiatritjenesten. Det gjør det utfordrende å iverksette koordinerte tiltak.

Det er ikke en prioritert sykepleieoppgave

Deltakerne fortalte at en stor del av sykepleiernes arbeidstid blir brukt hos pasienter som krever avansert medisinsk behandling og legemiddelhåndtering. Eldre med depresjon blir ikke sett på som så syke at det er behov for at en sykepleier har den regelmessige oppfølgingen.

Først når tilstanden er blitt så alvorlig at pasienten har sluttet å spise, ikke vil stå opp av sengen eller at risikoen for selvmord vurderes som høy, blir deltakerne kontaktet av sine kollegaer.

Dataene viser at symptomer på depresjon ikke kartlegges, og at det ikke tilbys støttesamtaler til den eldre med depresjon: «Vi har ikke noe måleverktøy eller... Da går det mer på å føle seg frem» (sykepleier 1). En annen deltaker sa det slik: «Samtale med deprimerte er ikke det som står øverst på sykepleieragendaen» (sykepleier 3).

Deltakerne fremhevet at oppfølging av depresjon i liten grad er nevnt i enkeltvedtaket eldre har om hjemmetjeneste, og at det sjelden er beregnet tid til samtale som gjelder den psykiske helsen: «Så lenge de har andre ting de sliter med eller... andre vedtak, da, så kan man følge de opp. Men jeg tror ikke det blir noe gehør for å følge opp... i gåseøyne om de BARE er deprimerte» (sykepleier 5).

Samarbeidet med psykiatritjenesten er mangelfullt

Deltakerne fortalte at det mangler felles mål for å følge opp eldre med depresjon. De visste lite om hvilke utfordringer kollegaer møter hos disse pasientene, og hvilke vurderinger som gjøres med tanke på deres psykiske helse.

Deltakerne beskrev at dette henger sammen med at depresjon sjelden blir tatt opp som tema i muntlige og skriftlige rapporter: «Kanskje observerer vi forskjellige ting. Vi er ulike sånn. Ulike personer, pleiere som er inne hos pasienten» (sykepleier 2).

Deltakerne beskrev at det ofte er tilfeldig om hjemmetjenesten kjenner til om pasienten også har oppfølging fra psykiatritjenesten. Deltakerne uttrykte et sterkt ønske om samarbeid med psykiatritjenesten og muligheten til å få råd og veiledning i vanskelige situasjoner:

«Det er jo på en måte psykiatritjenesten som har disse samtalene, men det er jo som jeg sier i sted, vi har jo ikke noe samarbeid med dem. Vi vet jo ikke hva de har pratet om» (sykepleier 4).

Sykepleieren gjør det beste ut av situasjonen

Deltakerne fortalte at de gjør det beste ut av situasjonen når de skal følge opp eldre med depresjon. De beskrev at det er viktig for dem at pasientene skal føle seg ivaretatt, og at de tar grep for å kunne bruke mer tid hos dem.

Eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt

Deltakerne fortalte at de er bevisst på å gi eldre med depresjon sin fulle oppmerksomhet når de er på tilsyn. De tar av seg jakken og setter seg ned, og med rolig prat forsøker de å formidle at de er til stede for pasienten.

I situasjoner der pasienten er urolig eller har sterk angst, forsøker deltakerne å finne årsaken og undersøker om symptomene kan ha sammenheng med smerter eller andre sykdommer. De er fleksible når det gjelder å imøtekomme pasientens ønsker.

«Mangel på tid kan føre til at sykepleierne velger å ikke imøtekomme behov eldre har for samtaler om sin psykiske helse.»

Deltakerne beskrev at tiden som er avsatt til å få hjelp til for eksempel å dusje, heller kan bli brukt til samtale: «Men det å gi seg tid til å se pasienten og gjøre en liten forskjell for de, det tenker jeg er kjempeviktig. Nesten viktigere enn medisin i mine øyne» (sykepleier 2).

Deltakerne beskrev at de er avhengig av å ha en trygg og tillitsfull relasjon til pasienten for at de skal åpne seg og snakke om vanskelige følelser. Mangel på kontinuitet i pleiesituasjonen kan hemme dette. Mangel på tid kan føre til at sykepleierne velger å ikke imøtekomme behov eldre har for samtaler om sin psykiske helse.

I travle situasjoner prioriterer sykepleieren heller å hjelpe til med praktiske oppgaver som å ta ut søppelet eller vaske koppene: «Tiden til den gode samtalen, å sette seg ned og ta en kaffekopp, det er jo... den stunden å kunne prate litt... det blir jo ikke aktuelt» (sykepleier 5).

Sykepleieren tar grep

Deltakerne fremhevet at de er nøye med å prioritere tiden de har til rådighet for å kunne bruke mer tid hos eldre med depresjon. Dokumentasjon og egen matpause blir trukket frem som eksempler på hva deltakerne velger å bruke mindre tid på.

Mulighetene deltakerne har for å disponere sin egen arbeidstid, er avgjørende for at de ønsker å fortsette å arbeide i hjemmetjenesten: «Den dagen de kommer og sier at du skal huske å bare bruke de minuttene, og stå med en stoppeklokke, da drar søster xxx til en annen plass» (sykepleier 2).

Sykepleieren føler seg alene

Resultatene viser at sykepleierne føler seg alene i arbeidet. Det er ikke kultur for faglig refleksjon, og det konstante presset påvirker dem.

Det er ikke kultur for faglig refleksjon

Deltakerne fortalte at det ikke er satt av tid til faglig refleksjon, og at det kunne gitt dem faglig utvikling og mer trygghet i krevende situasjoner. De beskrev at mangel på kultur for faglig refleksjon er årsaken til at det er vanskelig å ta opp faglige og etiske problemstillinger med kollegaene: «Det er ikke alltid jeg føler meg tøff nok til å si at... ja, til å tørre å si det» (sykepleier 2).

Konstant press påvirker sykepleierne

Deltakerne beskrev at de føler et konstant press ved å bli dradd mellom arbeidsoppgaver som det forventes at de utfører, og deres eget ønske om å følge opp eldre med depresjon. Særlig tyngende er det når den eldre ikke har nettverk, og hjemmetjenesten er de eneste som er innom.

Deltakerne fortalte at de har få muligheter til å påvirke arbeidssituasjonen: «Mange ganger føler jeg at det er helt for jævlig at vi sitter med alt dette. For vi vet jo at vi ikke klarer å følge dem opp godt nok» (sykepleier 4).

Deltakerne beskrev at de tenker på hvordan det går med disse pasientene også etter arbeidstid. Søvnens blir påvirket, og et indre stress setter seg i kroppen: «Mange ganger har du det travelt, og det går kanskje ikke sånn inn på deg. Men det er etterpå at du tenker på den enkelte» (sykepleier 3).

«Deltakerne beskrev at de er engstelige for å bli følelsesmessig kalde.»

En annen deltaker uttalte: «Å se et menneske som slutter å spise, slutter å ha kontakt med omverdenen, bli mer og mer likegyldig til seg selv, er som å se på en sakte død» (sykepleier 3).

Deltakerne beskrev at de er engstelige for å bli følelsesmessig kalde, og at det er sårt å bli fratatt kvalitetstid med eldre som er deprimerte. De fremhevet at det ikke er mulig med «et sakte arbeid» i hjemmetjenesten: «Man må jo bare... innse at dette er et sakte arbeid. Evgivarende. Så det går mer i sirkel enn det går fremover» (sykepleier 5).

Diskusjon

Det er oppsiktsvekkende at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieroppgave i hjemmetjenesten. Depresjon som ofte arter seg atypisk hos eldre, gir økt risiko for alvorlig sykdom, komplikasjoner og selvmord (6).

Det er derfor avgjørende med god sykepleiefaglig og personsentrert oppfølging der hjemmesykepleierne bør ha en nøkkelrolle (16). Deltakerne beskrev at det ikke er beregnet tid i vedtakene til å følge opp depresjon hos eldre.

Det står i sterk kontrast til forståelsen av sykepleiefaget som en kyndig hjelp til å leve gjennom sykdom og behandling, der behovene for hjelp endres ut fra den enkeltes situasjon og helsetilstand (17).

På den andre siden støtter resultatet forskning som viser at enkeltvedtak ofte er styrende når det gjelder å utøve sykepleiepraksis, og at dette begrenser sykepleieren i å utøve helhetlig omsorg (18).

Resultatene viser videre at det mangler felles mål for å følge opp eldre med depresjon og samarbeid med psykiatritjenesten. Systematisk kartlegging samt muntlig og skriftlig rapportering er begrenset. Et overordnet mål i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten er et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (19).

For å kunne planlegge og utføre helsehjelpen slik at kontinuitet og kvalitet blir ivaretatt, er det nødvendig at dokumentasjon og informasjonsutveksling blir gjort strukturert og systematisk (20).

Konstant stress påvirker sykepleierne

Studien viser at deltakerne gjør det beste for å skape en trygg og tillitsfull relasjon slik at den eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Et viktig resultat er at sykepleierne tar grep ved å ta kortere matpauser og skyve på andre oppgaver slik at det blir mer tid ved tilsyn hos denne pasientgruppen.

Helsepersonells evne til empati og personsentrert tilnærming har tidligere vist seg å være av vesentlig betydning for reduksjon i opplevd ensomhet blant pasienter i hjemmetjenesten (21). Skatvedt og Andvig (22) fremhever betydningen av hverdagspraten mellom eldre med psykiske lidelser og ansatte i hjemmetjenesten.

Resultatene viser at deltakerne sjelden har anledning til å diskutere sine egne erfaringer og føler seg alene i arbeidet. De formidler et sterkt ønske om veiledning og faglig refleksjon. Slik viser deltakerne initiativ og vilje til å forankre en kultur for faglig og personlig utvikling på arbeidsplassen.

«Langvarig stress kan gå ut over sykepleiernes helse i form av depresjon og utbrenthet.»

Tidligere studier viser at kollegastøtte og refleksjon er viktig for hjemmesykepleiere i arbeidet med å følge opp eldre med psykiske lidelser (9, 23).

Resultatene viser at konstant press påvirker sykepleierne. De beskrev en følelse av å gå på akkord med seg selv i arbeidet, de tar bekymringer med hjem, og søvnen blir påvirket. Moralsk stress har vist seg å kunne oppstå i situasjoner der sykepleiere hindres i å utføre etiske handlinger fordi profesjonelle forpliktelser gjør det umulig å handle ut fra hva som oppleves som moralsk riktig (24).

Langvarig stress kan gå ut over sykepleiernes helse i form av depresjon og utbrenthet (25). Organisasjonen bør ha et kritisk blikk på om arbeidsmiljøet og praksiskulturen legger til rette for en moralsk forsvarlig praksis. Et sentralt ledd i dette arbeidet bør være å styrke sykepleiernes kompetanse og å mestre moralsk stress (26).

Konklusjon

Resultatene viser at oppfølging av eldre med depresjon ikke er en prioritert sykepleieoppgave i hjemmetjenesten, selv om depresjon er forbundet med alvorlig sykdom og komplikasjoner. I tjenestevedtakene er det ikke beregnet tid til oppfølging av depresjon.

Det kan hindre individuell personsentrert oppfølging ettersom vedtakene ofte er styrende for helsehjelpen som blir gitt. Begrenset kartlegging og rapportering samt mangel på samarbeid med psykiatritjenesten gjør det vanskelig å innfri kvalitetsforskriftens mål om et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Sykepleierne gjør det beste ut av situasjonen for at eldre med depresjon skal føle seg ivaretatt. Det er av stor betydning for eldre med psykiske lidelser at helsepersonell møter dem med empati og tar hensyn til individuelle behov. Sykepleierne tar grep ved å skyve på andre gjøremål for å få mer tid til eldre med depresjon.

Samtidig fører det til at det blir mindre tid til andre arbeidsoppgaver og deres egen matpause. Mangel på kultur for faglig refleksjon og mangel på veiledning gjør at sykepleierne føler seg alene i arbeidet.

Veiledning må forankres hos ledelsen for å bli en etablert del av sykepleiepraksisen. Studien viser at sykepleierne føler et konstant press ved å bli dradd mellom organisasjonens krav på den ene siden og deres eget ønske om å følge opp disse pasientene på den andre siden. Langvarig stress kan gi økt risiko for utbrenthet og manglende motivasjon for å fortsette i arbeidet.

Det krevende arbeidet sykepleierne har med å følge opp eldre med depresjon, må anerkjennes ved å legge til rette for bedre kontinuitet i arbeidet, faglig utvikling og mestring av moralsk stress. Studien kan benyttes som grunnlag i arbeidet med å forbedre tilbudet til eldre med depresjon samt å beholde og utvikle kompetente sykepleiere i eldreomsorgen.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Nasjonale befolkningsframskrivninger. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11668/> (nedlastet 06.10.2021).
2. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm20172018001500odddpdfs.pdf> (nedlastet 06.10.2021).

3. Verdens helseorganisasjon (WHO). Mental health of older adults. Genève: WHO; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults> (nedlastet 04.03.2020).
4. Sylke A, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*. 2017;210(2):125–31.
5. Borza T, Engedal K, Bergh S, Selbaek G. Eldre med depresjon – oppfølging over tre år. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2019;139(16).
6. Engedal K, Tveito M, red. Alderspsykiatri. 1. utg. Tønsberg: Aldring og helse akademisk; 2019.
7. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in «a minor» can «b major»: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011;129(1–3):126–42.
8. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561.
9. Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J, Gott M. A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *J Clin Nurs*. 2015;24(17–18):2562–70.
10. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf> (nedlastet 06.10.2021).
11. Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019. Rapport 2019/11. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368 (nedlastet 06.10.2021).
12. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser for mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: NOVA; 2016. Rapport 6/2016. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf (nedlastet 06.10.2021).

13. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
14. Sjøset ME, Helgesen AK. En kvalitativ studie om hjemmesykepleiere sine erfaringer med oppfølging av eldre med depresjon. Geriatrisk sykepleie. 2021;01:16–23.
15. Fjørtoft A-K. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
16. McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. Health Soc Care Community. 2009;17(1):83–91.
17. Elstad I. Sjukepleietenkning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
18. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. Nursing Ethics. 2011;18(3):386–96.
19. Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskriften%20i%20pleie%20og%20omsorg> (nedlastet 06.10.2021).
20. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(1):18–26.
21. Kirchhoff JW, Grøndahl VA, Andersen KL. Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;(03):266–82.
22. Skatvedt A, Andvig E. Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. Sykepleien Forskning. 2014;9(1):64–70. DOI: [10.4220/sykepleienf.2014.0034](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0034)
23. Janlöv A-C, Johansson L, Clausson EK. Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. Scand J Caring Sci. 2018;32(2):987–96.
24. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. J Health Psychol. 2017;22(1):51–67.

25. Deschenes S, Kunyk D. Situating moral distress within relational ethics. *Nursing Ethics*. 2020;27(3):767-77.

26. Hetzel-Riggin DM, Swords BA, Tuang HL, Deck JM, Spurgeon SN. Work engagement and resiliency impact the relationship between nursing stress and burnout. *Psychol Rep*. 2020;123(5):1835-53.