

Geriatrisk sykepleie



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Sykepleiernes erfaringer med
bruk av SKUV i hjemmetjenesten

GERIATRISK SYKEPLEIE utgis av faggruppen geriatri og demens, Norsk sykepleierforbund

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no
Tlf. 97 53 95 55

**REDAKSJONSKOMITE/
FAGLIGE MEDARBEIDERE**

Jorunn Drageset, Sykepleier Professor, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap Høgskulen i Bergen. **Gunn Mari Holdø**, Førsteamanuensis universitet i Tromsø. **Gørill Haugan**, Sykepleier og professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, fakultet for medisin og helsevitenskap/Senter for helsefremmende forskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. **Liv Halvorsrud**, Sykepleier Professor Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet.

ABONNEMENT

Send bestilling til:
Wivi-Ann Tingvoll
Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no
Pris: I Norge kr. 400, internasjonalt kr. 500. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr. 1 000

ANNONSER

Frank Eide
Tlf: 993 21 576
frank.eide@bergen.kommune.no

TRYKK: Andvord Grafisk

FORSIDEFOTO: Shutterstock

ANNONSERING

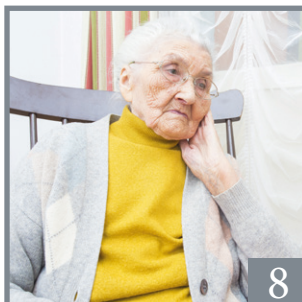
Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helse-tjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen.

Innhold

02 - 2022



- 8** Forekomst av smerter blant sykehjemsbeboere med demens i Norge: En systematisk oversiktsartikkel
- 21** Sykepleiernes erfaringer med bruk av SKUV i hjemmetjenesten:
- Endret funksjon og selvfølelse
- 31** Olaviken sykehus
- 34** Aktive eldre
- 36** Lærerikt fagseminar i Narvik
- 37** Vinterseminar for NSF FGDs lokalgruppe i Oslo og Akershus



8



21



31



34



FAKTA

Tor EngevikLeder NSF's Faggruppe
for sykepleiere i geriatri og demens

Ta hørselen på alvor

Visste du at over 1 million nordmenn har problemer med hørselen? Og det er hvis vi måler hørselen på det beste øret. Tar vi med de som har hørselstap på minst et øre anslås det at 36 prosent, altså 1,9 millioner nordmenn, har hørselutfordringer. Hørselshemming er nemlig et vidt begrep og rommer alt fra lette, kanskje forbigående nedsettelse til fullstendig døvheter, *anacusis*.

I uttalt grad kan hørselshemming være et betydelig sosialt handikap og for mange en stor psykisk påkjenning. Nedsatt hørsel koster i tillegg det norske samfunnet fire milliarder kroner i året i direkte eller indirekte kostnader ifølge en rapport fra Oslo Economics, bestilt av Hørselshemmedes Landsforbund. For tapt livskvalitet kan vi legge til 36 milliarder kroner. Når hørselshemmede i arbeidsfør alder ikke inkluderes godt nok i arbeidslivet er tapet for både enkeltindivid og samfunnet enormt.

Hørselstap øker med alderen og aldersbetinget hørselshemming forekommer hos rundt halvparten av befolkningen over 70 år. Dessverre er både helsepersonell og eldre selv av den oppfatning at dårlig hørsel er noe man bare må akseptere og leve med i alderdommen, men det finnes hjelp. Dette blir tematisert i en artikkel i sykepleien. 21.01.2021 <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2021/01/darlig-horsel-kan-gi-ensomhet-kan-det-ogsaa-forsterke-demens>. I følge

artikkelen er det for eksempel kun en liten andel av de som har nytte av høreapparat som bruker det. Både stigma og utseende blir fremhevet som årsaker til redusert bruk.

For pasienter som er avhengig av bistand i det daglige, både på sykehus, i sykehjem og i hjemmetjenesten er årsakene til redusert bruk dessverre ofte helt andre. Høreapparatet blir av ulike årsaker liggende igjen i nattbordskuffen, det blir ikke rengjort, batteriet virker ikke, apparatet er dårlig tilpasset og helsepersonellet har noen ganger for dårlig opplæring i bruk og innstilling av de ulike apparatene. Det er ikke bare trist, men kritikkverdige.

Sykepleiere har både kunnskap og kompetanse og med det et ansvar for å motivere, undervise og tilrettelegge for at de pasientene de møter med hørselshemming får den hjelpen de har behov for. Et godt tilpasset høreapparat kan være alt som skal til for å øke livskvaliteten betraktelig. Det gir bl.a større mulighet til å delta i sosiale sammenhenger og til å forstå informasjon som er viktig for den enkelte. Teknologiske hørselshjelpemidler er under stadig utvikling og både samtaleforsterkere, varslingsutstyr og hjelpemidler til radio og TV kan være nyttig sammen med det tradisjonelle høreapparatet.

Enkelte studier peker på at nedsatt hørsel kan forsterke utviklingen av demens. Disse studiene er relativt ferske og årsakene er ikke kartlagt. I et



debattinnlegg peker artikkelforfatter Guro Løvlien likevel på en mulig årsak og sammenheng - hørselstap gir hjernen en ekstra belastning. I andre studier hevdes det at risikoen for å utvikle demens reduseres med 18 prosent for dem som bruker høreapparat i forhold til dem som ikke bruker det. Det må vi ta på alvor.

Et annet viktig moment er at hørselsutfordringer hos eldre ofte kan oppfattes som kognitiv svekkelse. Ved mistanke om demensutvikling er det derfor helt vesentlig at hørselskontroll inngår som en del av utredningen.

En som brenner for hørselshemmede og døve er Kurt Vidar Nilsen som er leder i Hørselshemmedes Landsforbund, Bodø og omegn. I april 2018 ble han selv brått rammet av sudden deafness. Under en flytur mistet han hørselen på det venstre øret og samtidig fikk han kronisk tinnitus på begge ører.

Kurt jobber også som frivillig likeperson i Norges Døveforbund. Som likeperson støtter og veileder han personer som er hørselshemmet eller døv med utgangspunkt i egen innsikt og erfaringer. Han påpeker det vi alle vet - det hjelper lite å ha høreapparat hvis det blir liggende i skuffen. Derfor motiverer Kurt den hørselshemmede til å bruke høreapparatet og ikke gå glipp av livet som foregår

rundt dem. Han sier at hjernen sløves hvis den ikke får impulser. Nestlederen planlegger i disse dager å besøke sykehjem for å gi dele sin kunnskap om skiftning av batteri, rens av høreapparat samt å spre informasjon om gode hjelpemidler til hørselshemmede. De som ønsker besøk av en likeperson kan for øvrig kontakte døveforbundet.

Kurt er også opptatt av forebygging av hørselsskader. Og det haster med å komme i gang sier han. Nåtidens unge har en levemåte som vil føre til at flere vil bli hørselshemmet. Tall fra WHO viser at halvparten av våre ungdommer har et skadelig høyt volum når de bruker høretelefoner. I tillegg utsettes mange for et skadelig høyt lydnivå på utesteder og idrettsarrangementer. Dette vet vi kan gi nedsatt hørsel og tinnitus som igjen fører til stress og nedsatt livskvalitet. Det er altså smart å dempe lydnivået og bruke hørselvern der dette er fornuftig.

Hørselshemming er og blir et folkehelseproblem og i likhet med alt annet er det både bedre og rimeligere å forebygge enn å reparere.

De som vil lære mer om hørselshemming, forebygging og hjelpemidler treffer Kurt Vidar Nilsen fra døveforbundet på vår landskonferanse i Bodø den 20.-21. april 2023. Vi gleder oss til hans foredrag. ■



Foto: Shutterstock

For Engewik



Ellen Karine Grov

Professor i klinisk sykepleievitenskap

Dette nummeret av Geriatrik Sykepleie har søkelys på blant annet klinisk vurderingskompetanse. Slik klinisk kartlegging og vurdering fordrer en systematisk framgangsmåte for å dekke områder som fysisk funksjon, psykisk helse, legemiddelbruk og -evaluering og ernærings- og tannstatus for å nevne noen. For generell kartlegging av en persons helsetilstand er de fire undersøkelsesmetodikkene inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon nødvendige å mestre. I tillegg brukes selvrappporterende spørreskjema (Patient-reported outcome measures [PROMs]) for eksempelvis smertekartlegging. En av artiklene i dette nummeret tar for seg systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) som en del av den komplette datasamlingen for å oppnå subjektiv og objektiv informasjon om pasientens helse. Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering er en tilnærming som har vært del av utdanningen av sykepleiere blant annet i England, USA, Canada og Australia i mange år. I Norge har noen spesialsykepleierutdanninger hatt dette temaet i studieplanen, fortrinnsvis de utdanningene som ved fullført studium rekrutterer til spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten har i mindre grad klart å rekruttere sykepleiere med avansert klinisk vurderingskompetanse, men tilnærmingen ble introdusert ved masterstudiet i avansert geriatrisk sykepleie allerede i 2011 (1). I tillegg til å skaffe oversikt over helsetilstand gjennom systematiske kliniske observasjoner og kartlegginger, er målet – på bakgrunn av denne tilnærmingen

med kartlegging og vurdering – å iverksette helsehjelp i samhandling med pasienten, deres pårørende og aktuelle samarbeidspartnere. Etter hvert ble tilnærmingen introdusert for sykepleiere som et ledd i etter- og videreutdanning, og Breivik & Tymis artikkel i 2013 (2) fikk mye oppmerksomhet sammen med Lommeark for observasjon og undersøkelse som Tymi, Reitan, Karlsen m.fl. presenterte i 2013 (3). Det som var en systematisk arbeidsmetode for spesialsykepleiere i blant annet intensivsykepleie, ble etter hvert en naturlig metodisk tilnærming i spesialisthelsetjenesten. Selv med dyktige kliniske spesialister i avansert geriatrisk sykepleie ved sykehjem og i hjemmetjeneste/-sykepleie, har det tatt tid å introdusere denne systematiske tilnærmingen i kommunehelsetjenesten. Et pilotprosjekt fra 2020 er beskrevet av Hopøy, Bakken og Bing-Jonsson (4) der de ønsket å kartlegge klinisk vurderingskompetanse blant helsepersonell fra skjermede avdelinger på et sykehjem og identifisere behov for økt kompetanse i kliniske situasjoner. Funnene viste at personalet (assistenter, helsefagarbeidere og sykepleiere) viste varierende grad av klinisk vurderingskompetanse. Ikke overraskende, hadde sykepleierne det høyeste kompetansenivået. Selv om studiens utvalg er lite, og forfatterne påpeker at skjemaet som ble benyttet i datainnsamlingen, kan fortolkes, er det viktig å gjøre studier som kan inspirere sykepleieforskere til å designe og gjennomføre studier som kan bygge opp kunnskapsbasen om temaet. Det har forskerne av artikkelen «Sykepleiernes erfaringer med bruk av SKUV

i hjemmetjenesten» (Knutshaug, Fischer, Blekken, Brorstad, Eilertsen & Saga) i dette temanummeret av Geriatrikisk Sykepleie gjort. De viser gjennom sin kvalitative studie at sykepleiere som hadde lært og kunne bruke SKUV, opplevde mestringsfølelse når de sto overfor kliniske utfordringer. Dermed oppnådde de økt yrkesstolthet. Sykepleierne i denne studien uttrykte at SKUV-kompetansen førte til konkretisering av sykepleieroppgaver og effektivt samarbeid med andre yrkesgrupper.

Systematiske oversiktsartikler er sammen med kliniske retningslinjer høyt rangert i kunnskapspyramiden. Artikkelen til Helvik og Tevik: «Forekomst av smerter blant sykehjemsbeboere med demens i Norge: En systematisk oversiktsartikkel», som er presentert i dette temanummeret, viser et stort og systematisk arbeid med å skaffe artikler for vurdering om temaet smerter hos personer med demens som bor i sykehjem. Selv om temaet er relativt smalt, er det mange artikler fra Norge om dette. Resultatene fra utvalget av artikler, viser en studie med tre artikler som danner grunnlaget for Rostads ph.d.-avhandling, flere artikler fra forskningsgruppen til Husebø ved Universitetet i Bergen, og en artikkel fra forskningsmiljø i Trondheim (Torvik) sammen med forskere fra bl.a. Aldring og helse. Fra utvalget finner vi at den første av de 10 inkluderte artiklene, er publisert i 2011, den siste i 2020. Helvik og Teviks artikkel viser selvforklarende tabeller og figurer og vektlegger kvalitetsvurdering av artiklene som er inkludert i litteraturgjennomgangen, hvor de har benyttet Kmet, Lee & Cook sitt kvalitetsvurderingssystem (5). I denne artikkelen viser Helvik og Tevik til hvordan Parsons L, Cordier R, Munro N, Joosten A, Speyer R. (2017) har anvendt disse kvalitetskriteriene (6). Metodisk sett ville det vært en fordel å bruke primærkilden for kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene. Resultatene fra den systematiske litteraturgjennomgangen viser at det er få kliniske observasjonsstudier om smerte hos norske sykehjemsbeboere med demens. Fra de 10 studiene som er inkludert, viser forekomst av smerte fra 35,5 % til 69,7 % for personer med demens som bor i norske sykehjem. Systematisk vurdering av smerte med kartleggingsinstrumenter kan bidra til å avdekke uoppdaget eller feilbehandlet smerte hos beboere med demens.

De to vitenskapelige artiklene som er tatt inn i dette nummeret av Geriatrikisk Sykepleie handler om systematisk arbeid; systematisk litteraturgjennomgang og systematisk undersøkelses- og vurderingskompetanse, både med bruk av klinisk undersøkelsesmetodikk og pasientrapporterte spørreskjema (PROMs), fortrinnsvis gyldige (psykometrisk testede) skjema. Fellesnevneren ved begge arbeidsformer er målet om å sikre kunnskapsbasert praksis. Publisering av oversiktsartikler er spesielt viktig for å få et overordnet blikk på temaområdet, og i dette nummeret har vi en vitenskapelig artikkel som handler om blant annet skjema som systematisk kartlegger smerte. Den andre vitenskapelige artikkelen dokumenterer fra en klinisk studie. Med en slik artikkel kan vi fremskaffe kunnskap om tilnæringsmåter som forbedrer sykepleiepraksis. Vi trenger flere slike artikler, for SKUV er nå inkludert i studieplanene for bachelor-utdanningen i sykepleie. God lesning! ■

Referanser

1. Hauge S, Hestetun M, Kirkevold M. Geriatrikisk Sykepleie, 2011, 1:20-23
2. Breivik S, Tymi A. Sykepleien forskning, DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0132>
3. Tymi A, Reitan RT, Karlson A m.fl. Universitetet i Nordland, 2013.
4. Høpøy AC, Bakken LN, Bing-Jonsson PC. Sykepleien forskning, DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.83096>
5. Kmet LM, Lee RC, Cook LS. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Alberta, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2004.
6. Parsons L, Cordier R, Munro N, Joosten A, Speyer R. A systematic review of pragmatic language interventions for children with autism spectrum disorder. *PloS one*. 2017;12(4):e0172242



NORSK
SYKEPLEIERFORBUND



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS



Er vi forberedt På Eldreboelgen?

Utfordringer
og muligheter
for
Sykepleierne

Hotel Scandic Havet Bodø 20.-21. april 2023

**Sett av dagene og kom på en
spennende konferanse!!!**



Forekomst av smerter blant sykehjemsbeboere med demens i Norge: En systematisk oversiktsartikkel

De som kommer på sykehjem er ofte eldre, har nedsatt funksjon på ett eller flere områder, og trenger mer bistand enn det pårørende og hjemmetjenestene kan gi (1-7).

Introduksjon

Opptil 85 % av eldre i norske sykehjem har demens og alvorlighetsgraden for beboere med demens har økt ut over i totusentallet (3, 8-10). Den pleien og behandlingen de mottar i sykehjemmet skal bidra til å begrense konsekvensene av nedsatt helse og funksjon og bidra til god livskvalitet for beboerne. Vi har i Norge ca. 40 000 sykehjemsplasser på en befolkning på omtrent 5,4 millioner (11). Dette kommer i tillegg til kommunehelsestjenestens hjemmebaserte tjenester og rehabiliteringsaktiviteter (12).

Smarter kan gi dårligere livskvalitet til sykehjemsbeboere med demens (13, 14). At sykehjemsbeboere med demens kan ha smerter er godt kjent fra klinikken. Internasjonale studier har funnet at opptil 80 % av sykehjemsbeboerne har smerter (7, 15-18), mens en norsk studie fra 2008 fant at 53 % av sykehjemsbeboerne med demens hadde klinisk relevant smerte, altså en smerte som er så betydelig at den påvirker deres funksjon og hverdag (17). Andre har funnet at smerter og klinisk relevant smerte opptrer hyppigere hos beboere med alvorlig demens sammenlignet med de med mindre alvorlig demens (19, 20). En nederlandsk studie fant at 52 % av sykehjemsbeboerne like etter ankomst til et sykehjem hadde smerter, uten at smertene her er definert til å ha en intensitet som gjør dem klinisk relevante (19). Det er noen studier i Norge som har beskrevet forekomsten av klinisk relevante smerter hos sykehjemsbeboere med demens (12), men vi mangler en publisert oversikt over hvilke, og hva de finner. Klinisk relevant smerte er definert som

en smerte som ved kartlegging er så betydelig (har en intensitet slik) at den påvirker deres funksjon og hverdag (17).

Typiske tegn på smerte hos personer med demens kan være 1) smertelyder som for eksempel å si «au», stønne, ynke seg, gispe eller skrike, 2) ansiktsuttrykk som for eksempel ved å lage grimaserer, rynke pannen, stramme munnen eller lukke øynene, eller 3) få avvergelsesreaksjoner som for eksempel å krympe seg, stivne til, beskytte seg, skyve fra seg eller få endringer i pusten (21-24). Disse tegnene kan også være knyttet til demenssykdommen og sånn sett ikke enkle å tolke (23). I tillegg kan udiagnostisert og underbehandlet klinisk relevant smerte utløse følgesymptomer til demens som aggresjon, psykose, angst, depresjon og apati (24, 25).

Selv-rapportering er betraktet for å være «gullstandard» ved kartlegging av klinisk relevant smerte (26), men er derimot ikke en pålitelig metode å bruke til personer med moderat til alvorlig demens (26, 27). Proxy kartlegging av klinisk relevant smerte ved bruk av et kartleggingsverktøy utviklet for personer med demens, kan derimot være en valid og reliabel metode å benytte til sykehjemsbeboere som ikke er i stand til å uttrykke sin smerte verbalt (28, 29).

De første retningslinjene for å behandle klinisk relevant smerte blant eldre ble publisert i 1998 av den Amerikanske Geriatriiske Foreningen (AGS) (21). Systematisk kartlegging av smerter og adekvat oppfølging og smertebehandling er essensielt (21, 30). Ved medikamentell smertelindring er Para-

FAKTA

Anne-S. Helvik,
Professor
Institutt fra samfunns-
medisin og sykepleie,
Norges teknisk-natur-
vitenskapelige universitet
(NTNU), Trondheim
Anne-Sofie.Helvik@
ntnu.no

Aldring og helse
Nasjonalt senter,
Sykehuset i Vestfold,
Tønsberg

Kjerstin Tevik,
Post.Doc.
Institutt fra
samfunnsmedisin og
sykepleie,
Norges teknisk-natur-
vitenskapelige universitet
(NTNU), Trondheim

Aldring og helse
Nasjonalt senter,
Sykehuset i Vestfold,
Tønsberg



Foto: Shutterstock

Bakgrunn: Flere norske studier har rapportert forekomst av klinisk relevant smerte blant eldre sykehjemsbeboere med demens, men vi mangler en systematisk oversikt over dem.

Målsetting: Vi vil lage en systematisk oversikt over hva publiserte artikler vedrørende forekomst av klinisk relevant smerte hos sykehjemsbeboere med demens i Norge har funnet.

Metode: Et systematisk søk ble gjennomført i fem databaser etter artikler publisert i perioden januar 2010 til januar 2022.

Resultater: Til sammen ble 29 fulltekst artikler vurdert og 10 ble inkludert. De inkluderte artiklene omhandlet i alt seks utvalg fra norske sykehjem, der fire av utvalgene ble rekruttert for å delta i behandlingsstudier. Forekomst av klinisk relevant smerte blant sykehjemsbeboere med demens varierte fra 35,5 % til 69,7 % i de inkluderte artiklene. Forekomsten var lavest i utvalget som rekrutterte sykehjemsbeboere med demens i etterkant av innkomst i sykehjemmet og høyest i utvalget som rekrutterte sykehjemsbeboere med alvorlig demens uten hensyn til oppholdstid i sykehjemmet.

Konklusjon: Forekomsten av smerter blant beboere på sykehjem med demens er høy, men få observasjonsstudier har systematisk kartlagt smerter hos denne gruppen. En rutinemessig kartlegging av smerter etter ankomst i sykehjem og i løpet av sykehjemsoppholdet kan avdekke smerter som tidligere ikke har vært avdekket eller som har vært for dårlig behandlet.

Nøkkelord: Demens, Kartlegging, Kvalitet, Livskvalitet, Smerte, Ikke-medikamentell smerte behandling.

Abstract: A systematic review of prevalence of pain in Norwegian nursing home residents with dementia

Background. Several Norwegian studies have reported prevalence of clinical relevant pain in older nursing home residents with dementia, but we lack a systematic review of their findings.

Objective. We aimed to provide a systematic overview of what the published Norwegian articles regarding prevalence of clinically relevant pain in nursing home residents with dementia have found.

Method. A systematic search was conducted in five databases for articles published from January 2010 to January 2022.

Results. Of 29 full-text articles considered, 10 were included. The included articles dealt with six samples from Norwegian nursing homes, where four of the samples were recruited to participate in treatment studies. The prevalence of clinically relevant pain among nursing home residents with dementia was in the range from 35.5% to 69.7% in the included articles. The prevalence was lowest in the sample that recruited nursing home residents with dementia at admission to the nursing home and highest in the sample that recruited nursing home residents with severe dementia independent of the length of stay in the nursing home.

Conclusion. The prevalence of pain among nursing home residents with dementia was high. However, few observational studies have systematically examined pain in this group. Routine assessment of pain at admission to a nursing home and during the nursing home stay can detect pain that has not previously been detected or that has not been treated adequately.

Keywords: Pain, Analgesics, Quality, Dementia, Nursing home, Quality of life, Non-pharmacological pain treatment.





cetamol anbefalt som et første valg hos eldre. Bruk av Opioider kan være et alternativ ved moderat til alvorlig grad av smerte (31), men Opioider kan gi svært alvorlige bivirkninger hos personer med demens (20, 32).

«Hvilke studier har undersøkt klinisk relevant smerte hos sykehjemsbeboere med demens og hva er forekomsten i de ulike studiene?»

Som tidligere nevnt så finnes det i dag ikke noen publisert oversikt over studier som har sett på forekomsten av klinisk relevant smerte blant norske sykehjemsbeboere med demens. En oversikt over forekomst av slik smerte kan bidra til at vi får et målrettet fokus på både adekvat medikamentell og ikke-medikamentell smertelindrende behandling hos en stor gruppe sykehjemsbeboere som kan ha vanskelig for å uttrykke sin egen situasjon.

Målet for denne studien er derfor å lage en systematisk oversikt over hva publiserte artikler vedrørende forekomst av klinisk relevant smerte hos sykehjemsbeboere med demens i Norge har funnet. Forskningsspørsmålet er: Hvilke studier har undersøkt klinisk relevant smerte hos sykehjemsbeboere med demens i Norge i perioden fra 2010 og frem til i dag og hva er forekomsten i de ulike studiene?

Materiale og metode

Søkestrategi og utvalg av artikler

To bibliotekarer ved Nasjonalt senter for aldring og helse deltok i utformingen av søkene i samarbeid med førsteforfatter. Klinisk relevant smerte kunne ikke inngå som et søkekriterium. Ulike begrep for demens er brukt i søket, og vi har ikke spesifikke krav til type demens, diagnosesetting eller grad av demens. En av disse bibliotekarene foretok i etterkant av at oppbyggingen var klar, et systematisk søk i databasene NORART, Oria, MEDLINE, PubMed og CINAHL for artikler publisert i Norge fra januar 2010 til januar 2022. Det siste søket ble

gjennomført 22. januar 2022. Følgende søkeord ble brukt i de ulike databasene (oversatt til Norsk): ((«Smerte»[MeSH søkeord]) OG (smerte*[Tittel/Abstrakt])) OG ((«Alzheimer Disease»[MeSH søkeord]) ELLER («Demens»[MeSH søkeord]) ELLER (dement*[Tittel/Abstrakt] ELLER Alzheimer*[Tittel/Abstrakt])) OG ((«Norge»[MeSH søkeord]) ELLER (Norge[Tittel/Abstrakt] ELLER norsk*[Tittel/Abstrakt])) OG ((«Epidemiologiske studier»[MeSH søkeord]) ELLER («Epidemiologi»[MeSH søkeord])). Artiklene ble overført til EndNote (VERSJON 20) og håndtert videre der. I tillegg ble referanselisten fra de inkluderte artiklene screenet (33). Artiklene ble inkludert hvis de følgende kriteriene ble møtt:

- Deltakerne har demens.
- Settingen er norske sykehjem.
- Omhandler forekomst av smerte.
- Bruker kartleggingsverktøy for å vurdere smerte.
- Publisert i et vitenskapelig refereebasert tidsskrift på engelsk eller norsk.

Artikler/dokumenter ble ekskludert dersom de var

- Teoretiske-, kvalitative-, leder-artikler eller kommentarer til artikler.
- Dersom deler av utvalget ikke har demens eller ikke er på sykehjem.
- Behandlingsstudier der forekomst av smerter ikke oppgis, eller smerte er et eksklusjonskriterium.
- Oversiktsartikler/meta-analyse artikler.

Identifisering og utvalgelse av aktuelle studier

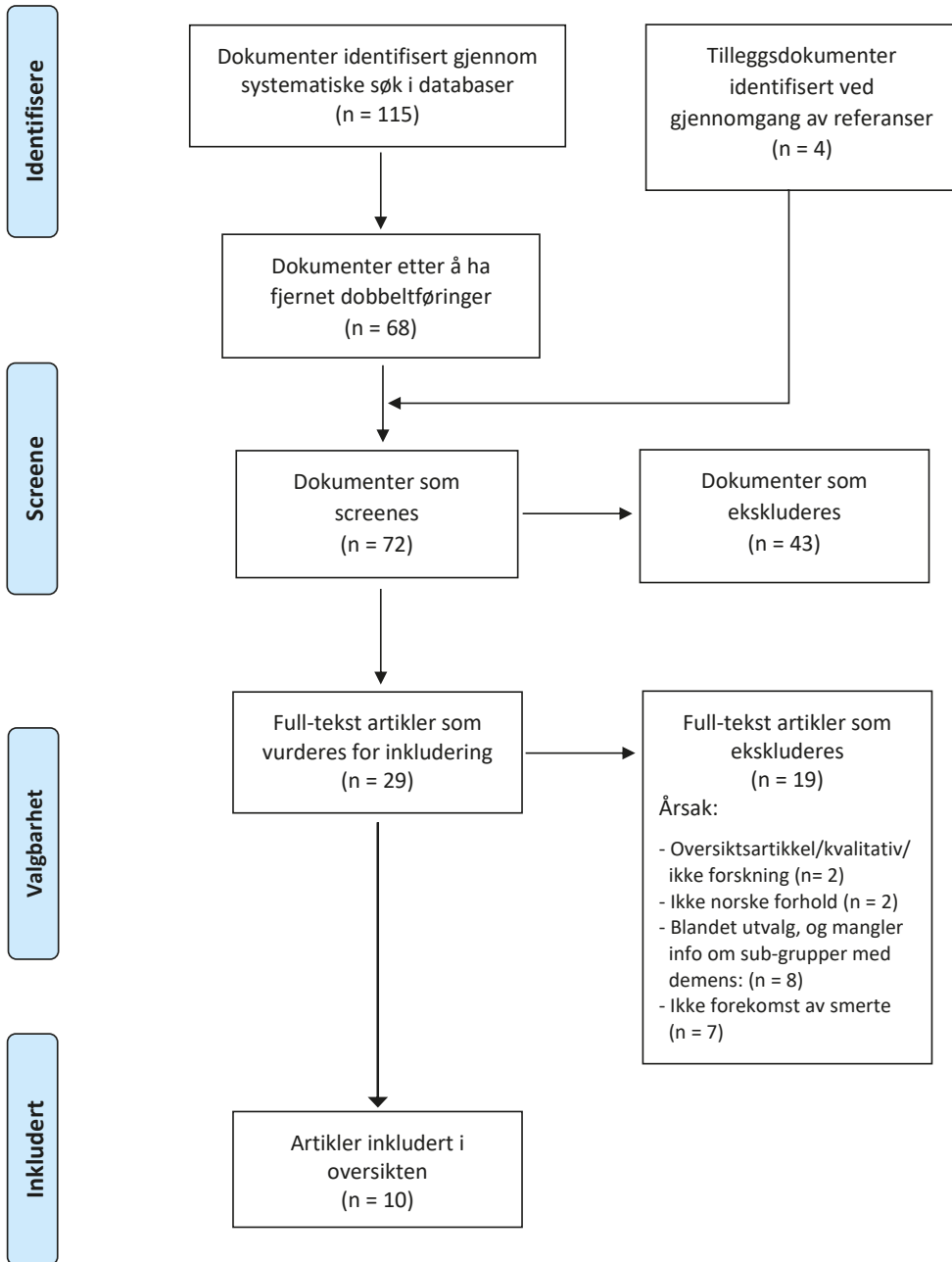
Totalt ble 115 artikler identifisert etter søk i ulike databaser. Etter at dobbelføring av artikler ble fjernet, ble 68 artikler identifisert. Vi fant fire nye potensielt aktuelle artikler ved gjennomgang av referanselister til inkluderte artikler. Hver tittel og abstrakt ble screenet av forfatter ASH, og 29 fulltekstartikler ble vurdert for inkludering. Totalt ble 10 artikler inkludert. Figur 1 presenterer PRISMA flyt diagram (33), som gir en oversikt over søkestrategi og informasjon over artiklene som ble identifisert, screenet, vurdert for inkludering og inkludert i denne oversiktsartikkelen.

Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene ble gjennomført i tråd med ti forhåndsdefinerte kriterier (se Tabell 1) (34, 35). Begge forfatterne gjorde kvalitetsvurderingene og de ble gjort



PRISMA 2009 Flytdiagram



FIGUR 1: Flytdiagram som viser artikler som er identifisert, vurdert for inkludering og antall studier som er inkludert i oversiktsartikkelen (33).



TABELL 1: Kriterier for å vurdere kvalitet

Kriterier		Skåre
1	Målsettingen for studien er tydelig beskrevet	+/-/?
2	Beskrivelse av inklusjon- og eksklusjon kriterier/ deltaker prosent	+/-/?
3	Beskrivelse av studieutvalget (alder og kjønns sammensetning)	+/-/?
4	Inneholder informasjon om studiested	+/-/?
5	Antall deltakere med demens? > 200	+/-/?
6	Informasjon om deltakere versus ikke deltakere/ekskluderte	+/-/?
7	Oppgitt finansieringskilde eller interessekonflikter som kan påvirke tolkning	+/-/?
8	Etisk godkjenning eller innhentet informert samtykke	+/-/?
9	Longitudinell design	+/-/?
10	Risiko for bias i studien diskutert	+/-/?

+ = skåre 1; – (minus) = skåre 0; ? (unclear) = skåre 0

uavhengig av hverandre (ASH og KT). Uoverensstemmelser ble løst gjennom diskusjon mellom medforfatterne. En skåre på 1 ble gitt for + (pluss), en skåre på 0 ble bitt for både – (minus) og ? (? = uklar). Sumskåren på kvalitetsvurderingen kan variere mellom 0 og 10 for hver enkelt studie. I etterkant ble en metodologisk kvalitetsprosent kalkulert. En artikkel med en skår $\geq 80\%$ av maksimum oppnåelige poeng (≥ 8 poeng) er vurdert til å ha høy kvalitet, artikler med en skåre på 70-79% av maksimum oppnåelige poeng (7 poeng) er vurdert til å ha god kvalitet, 50-69% noenlunde kvalitet (5 eller 6 poeng) og $< 50\%$ dårlig kvalitet (≤ 4 poeng) (36).

Etikk

Etisk godkjenning eller fremlegg var ikke nødvendig siden data som inngår i studien er sekundære data.

Resultater

Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

En beskrivelse av kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene er satt inn i Tabell 2. Sju artikler hadde ≥ 8 poeng som indikerer høy kvalitet, 1 artikkel fikk 7 poeng (god kvalitet), 2 artikler fikk 6 poeng (noenlunde kvalitet), og ingen hadde dårlig kvalitet.

Design og utvalg

De inkluderte artiklene (N = 10) (13, 14, 37-44) er presentert i Tabell 3 side 12. Gjennomsnittsalderen i de ulike utvalgene varierte fra 84 til 87 år. Menn og kvinner var representert i alle studier, og andelen kvinner varierte fra 64 % til 76 %. Utvalgsstørrelsen varierte fra 77 til 953. Seks av ti studier hadde et tverrsnitts design (13, 14, 38, 39, 43, 44). De øvrige studiene hadde et longitudinelt design og var behandlings studier (klinisk randomiserte studier) (37, 40-42). Flere artikler omhandlet det samme utvalget, men hadde brukte ulike design. I enkelte tilfeller var det noe ulikt antall deltakere oppgitt for ett og samme utvalg. I alt er det seks unike utvalg der fire av utvalgene ble rekruttert for å inngå i en behandlings studie. Kriteriene for deltakelse av sykehjemsbeboere med demens i behandlingsstudiene er tilpasset studiens formål, så som å ha et visst nivå av demens (moderat til alvorlig demens for utvalg 2 og 6 og alvorlig demens for utvalg 2 og 6), nevropsykologiske symptom (utvalg 2 og 4) eller depressive symptom (utvalg 1), men også ikke for sterk smerte (utvalg1). Det minste utvalget inngikk i en studie for å vurdere et smertekartleggingsverktøy (44), og det største utvalget inngikk i en prospektiv observasjons studie (39). Alle utvalgene bruker systematiske kartleggingsverktøy som baserer seg på at helsepersonell vurderer de signalene beboerne gir (Proxy evaluering). I fire av utvalgene ble smerte

TABELL 2: Kvalitetssikring av inkluderte artikler

Første- forfatter, år (referanse)	1 Mål- setting	2 Inklusjon/ eksklusjon	3 Utvalg (alder/ kjønn)	4 Sted for studien	5 n ≥ 200	6 Sammen- ligning del- takere/ ikke deltakere	7 Finan- siering/ interesse konflikt oppgitt	8 Etisk god- kjenning/ sam- tykke informa- sjon	9 Longi- tudinell	10 Risiko for bias er diskutert	Skåring +/-/? Maksi- mum skåre 10
Blytt 2018 (37)	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	8
Griffion, 2019 (38)	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	8
Helvik, 2021 (39)	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	8
Husebø, 2011 (40)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	9
Husebø, 2014 (41)	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	9
Rostad, 2017 (13)	+	+	+	+	-	-	+	+	-	?	6
Rostad, 2018 (42)	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	8
Rostad, 2020 (43)	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	6
Torvik, 2010 (44)	+	+	+	+	-	-	+	+	-	+	7
van Dam, 2019 (14)	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	8

kartlagt med MOBID-2 (Mobilization – observation – behavior – intensity – dementia) smerte skala (28) og i de to siste ble Doloplus-2 (45) brukt for å kartlegge smerte. Klinisk relevant smerte var i studiene definert som henholdsvis MOBID-2 ≥ 3 (14, 37-41) og Doloplus-2 ≥ 5 (13, 42-44).

Forekomst

Alle de ti studiene omhandlet forekomst av klinisk relevant smerte. Forekomst av klinisk relevant smerte blant sykehjemsbeboere med demens varierte fra 35,5 % til 69,7 % i de inkluderte artiklene. Lavest var forekomsten av klinisk relevant smerte (35,5 %) i observasjons studien som inkluderte sykehjemsbeboere med demens i etterkant av innkomst i sykehjemmet (ca. 1 måned). Ved inklude-

ring av beboere ble det ikke tatt hensyn til grad av demens, nevropsykiatriske symptomer og/eller depressive symptomer (39). Forekomsten var høyest (69,7 %) i ett tverrsnitts utvalg med sykehjemsbeboere med alvorlig grad av demens som var rekruttert for å teste ut effekten av smertekartlegging (13, 42). Median oppholdstid i sykehjemmet var for deltakerne i foran nevnte studie 26 måneder.

Annet

En av de inkluderte artiklene rapporterte også forekomsten av smerterelaterte diagnoser i utvalget (44). I alt hadde 74 % av sykehjemsbeboerne med alvorlig demens i denne artikkelen smerterelaterte diagnoser (44). Regelmessig bruk av ett eller flere smertestillende legemidler ble rapportert i noen



TABELL 3: Oversikt over studier fra norske sykehjem som omhandler forekomst av klinisk relevant smerte hos beboere med demens

Studier	Målsetting	Studie design og utvalg	Utvalgs-karakteristikk	Kriterier for utvalget	Kartleggings-verktøy; klinisk relevant smerte	Forekomst av klinisk relevant smerte	Annet
Blytt et al. 2018 (37) Data-innsamling 2014-2016 (DEP,PAIN, DEM studien)	Undersøke effekt av smerte-behandling på søvn	Behandlings studie * Utvalg 1	N = 106 Gjennomsnittsalder 85,5 (7,3) år 76 % kvinner	Demens (MMSE \leq 20) og klinisk signifikant forekomst av depressive symptom De med smerte med høy intensitet ble ekskludert fra deltakelse	MOBID-2 \geq 3	58/106; 54,7 %	
Griffion et al. 2019 (38) Data-innsamling 2009-2010	Undersøke opioid forskrivning ved langt-kommen demens	Tverrsnitt-studie Utvalg 2 Redusert	N = 327 Gjennomsnittsalder 85,7 år 74 % kvinner	Alvorlig grad av demens	MOBID-2 \geq 3	203/327; 61,1 %	I alt 55,7 % sto på smertestillende. 24,6 % av de med smerter sto på opioider, og 10,5 % av de uten smerter. Hovedlegemiddelet var Paracetamol i begge grupper: 52,2 % hos de med smerter og 41,1 % hos de uten smerter
Helvik et al. 2021 (39) Data-innsamling 2014-2020	Beskrive smerte hos sykehjems-beboere med demens i etterkant av innkomst i sykehjem	Tverrsnitt-studie, prospektiv design Utvalg 3	N = 953 Gjennomsnittsalder 84,5 (7,6) år 64 % kvinner	Demens Gjennomsnittlig skår på CDR-SOB 11,2 (3,5)	MOBID-2 \geq 3	338/953; 35,5 %	Regelmessig bruk av smertestillende legemiddel uansett type: 51,8 %. Hyppigst forekommende legemidler: Opioid 18,5 % Paracetamol 45 %
Husebø et al. 2011 (40) Data-innsamling 2009-2010	Undersøke om behandling av smerte reduserer forekomst av adferdsforstyrrelser	Behandlings-studie * Utvalg 2	N = 352 Gjennomsnittsalder 87 år i Kontroll-gruppe Gjennomsnittsalder 85 år i Behandlings-gruppe 74,7 % kvinner i utvalget	Moderat til alvorlig grad av demens med klinisk signifikant adferdsforstyrrelse Smerte er ikke inklusjons eller eksklusjons-kriterium	MOBID-2 \geq 3	201/352; 57,1 % Kontroll-gruppe: 98/177; 55 % Behandlings-gruppe: 103/175; 59 %	Forskrivning av smertestillende legemidler vil være avhengig av til enhver tid korrekt kartlegging

* data som rapporteres er fra baseline

CDR-SOB = Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes

COSMOS = Communication, Systematic pain management, Medication review, Organization of activities, and Safety

DEP,PAIN,DEM = Efficacy of Pain Treatment on Depression in Patients with Dementia

MMSE = Mini-Mental State Examination

MODID-2 = Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia,

NPS = nevropsykiatriske symptom

N = antall

Husebø et al. 2014 (41) Data-innsamling 2009-2010	Undersøke egenskaper til spørreskjemaet	Tverrsnittstudie Utvalg 2	N = 352 Gjennomsnittsalder 87 år i delutvalg 1 Gjennomsnittsalder 85 år i delutvalg 2 Utvalget adskiller seg noe fra ovenstående utvalg 78 % kvinner i utvalg 1 74 % kvinner i utvalg 2	Moderat til alvorlig grad av demens med klinisk signifikant adferdsforstyrrelse	MOBID-2 ≥ 3	Smerte-forekomst for studiedeltakerne uansett delutvalg: 203/352; 57,6 %	
Rostad et al. 2017 (13) Data-innsamling 2015-2016	Studere sammenhengen mellom smerte og livskvalitet	Tverrsnittstudie Utvalg 4	N = 112 Median alder 84 år 69 % kvinner Median opphold i sykehjem 26 måneder	Alvorlig grad av demens: Demensdiagnose, ikke samtykke kompetent, lite språk Et av flere klinisk signifikante symptom som må være til stede for å være aktuell for studien: smerte, agitasjon eller ett eller flere NPS	Dolopius-2 ≥ 5	76/112; 69,7 %	
Rostad et al. 2018 (42) Invitert i 2014	Undersøke om regelmessig smertekartlegging med kartleggingsverktøy bidrar til endring	Behandlingsstudie * Utvalg 4	N = 112 Gjennomsnittsalder 83,6 (7,1) år 69,6 % kvinner	Alvorlig grad av demens: Demensdiagnose, ikke samtykke kompetent, lite språk	Dolopius-2 ≥ 5	76/112; 69,7 %	
Rostad et al. 2020 (43) Invitert i 2014	Undersøke forekomsten av smerte og studere kjønnsforskjeller	Tverrsnittstudie Utvalg 4	N = 112 Gjennomsnittsalder 84 (7) år 69,6 % kvinner	Alvorlig grad av demens: Demensdiagnose, ikke samtykke kompetent, lite språk	Dolopius-2 ≥ 5	76/112; 69,7 %	Ikke kjønnsforskjell i forekomsten av klinisk relevant smerte
Torvik et al. 2010 (44) Data-innsamling i 2005-2006	Undersøke egenskapene til et spørreskjema	Tverrsnittstudie Utvalg 5	N = 77 Gjennomsnittsalder 86 (6,5) år 75 % kvinner	Alvorlig grad av demens, klarer ikke gjennomføre MMSE og lite språk	Dolopius-2 ≥ 5	52/77; 67,5 %	74 % hadde en smerte-relatert diagnose
van Dam et al. 2019 (14) Data-innsamling i 2014-2015 (COSMOS studien)	Undersøke bruk av smertestillende	Tverrsnittsdata fra en Behandlingsstudie Utvalg 6	N = 407 Gjennomsnittsalder 86,6 (7,3) år 72,2 % kvinner	Moderat til alvorlig grad av demens	MOBID-2 ≥ 3	43,3 %	37,3 % (152/407) brukte smertestillende



artikler og varierte fra 37,3 % (14) til 55,7 % (38) i utvalgene. Paracetamol var rapportert hyppigst brukt (38, 39). En artikkel fant at dette legemiddelet var hyppigst brukt både blant dem som hadde klinisk relevant smerte (52,2 %) og de som ikke hadde klinisk relevant smerte (41,1 %) (38). Opioider var det nest hyppigst brukte legemiddelet (38, 39), og Opioider var hyppigere brukt blant sykehjemsbeboere med klinisk relevant smerte enn de uten klinisk relevant smerte (24,6 % versus 10,5 %) (38).

Diskusjon

Vi fant at andelen av beboere med demens som hadde smerter som er så betydelig at den påvirker hverdagen (MOBID-2 ≥ 3 eller Doloplus-2 ≥ 5 = klinisk relevant smerte) varierte fra vel en tredjedel (36 %) til vel to tredjedeler (70 %) i de seks utvalgene som inngikk i de 10 publiserte artiklene. Forekomsten var lavest i utvalget med sykehjemsbeboere som var kartlagt i etterkant av

ankomst i sykehjemmet (39). Beboerne ble inkludert dersom de hadde demens, men uavhengig av graden av demens eller andre tilstander. De fleste utvalgene som inngår i denne oversikten rekrutterte deltakerne til ulike behandlingsstudier, og deltakerne ble inkludert ut fra grad av demens, forekomst av nevropsykiatriske symptomer og/eller depressive symptomer, men ikke med bakgrunn i botid i sykehjemmet. I studien med høyest forekomst hadde alle sykehjemsbeboerne en alvorlig grad av demens (13, 42). Utvalg rekruttert til bruk i behandlingsstudier er nødvendigvis ikke representative for sykehjemsbeboere med demens i Norge. Den høyere forekomsten av klinisk relevant smerte blant de med alvorlig grad av demens er i overensstemmelse med tidligere studier (19, 20).

To ulike smertekartleggingsverktøy var brukt i studiene, MOBID-2 i fire utvalg og i 6 artikler (14, 37-41) og Doloplus-2 i to utvalg og i 4 artikler (13, 42-44). MOBID-2 er utviklet i Norge (46), mens



Foto: Shutterstock

Doloplus-2 er utviklet i Frankrike. I artiklene hvor regelmessig legemiddelbruk også var oppgitt fant vi at Paracetamol var hyppigst brukt (45%).

Den norske studien (39) som undersøkte klinisk relevant smerte hos beboere med demens i etterkant av innkomst i sykehjemmet, fant en lavere forekomst (36 %), enn den tidligere nevnte nederlandske studien (52 %) (19). Den nederlandske studien undersøkte også tilstedeværelse av smerte i løpet av en måned etter ankomst sykehjemmet, men siden de definerte smerte på en annen måte, kun tilstedeværelse i løpet av perioden og ikke om den var betydelig slik at den påvirket hverdagen (19), er det ikke overraskende at forekomst i den nederlandske studien var høyere (52 %) enn i den norske studien (36 %). I tillegg til ulike målemetoder, design, definisjoner og behandling av smerte, kan forskjeller i deltakernes karakteristika i de ulike studiene, som for eksempel kjønn og aldersfordeling, bidra til ulik forekomst (30), men ikke nødvendigvis (47).

Det er noen viktige begrensninger i oversiktsartikkelen. For det første er det viktig å erkjenne at et kartleggings skjema basert på observasjoner kan være utilstrekkelig og feiltolkning av beboerens smerte opplevelse kan forekomme. Denne studien har ikke sett på valideringen av instrumentene. Både MOBID-2 og Doloplus-2 er validert og reliabilitetstestet (28, 29, 41, 44, 45, 48, 49), men psykometrisk testing av verktøy for kartlegging av observerbar smerte er generelt sett mangelfull (50). For det andre, ingen informasjon om ikke-medikamentell smertelindring er med i artiklene som kartlegger smerte. Smertelindrende tiltak som ikke involverer legemidler så som, kognitiv adferds terapi, trening, massasje, avlastning av trykk, musikk basert miljø-behandling med personsentrert tilnærming og bruk av case konferanser (20, 51, 52) er viktige tiltak som en kommende studie bør sette fokus på. Informasjon vedrørende bruk av smertestillende legemidler i artiklene som kartla forekomst av smerte var videre begrenset. Forekomsten av legemiddelbruk var ofte ikke oppgitt i det hele tatt, og vi manglet informasjon om polyfarmasi, dosering av legemidlene, hvor lenge legemidlene var i bruk eller effekten av dem. Deltakerne i utvalgene som inngår i denne oversiktsartikkelen, var ikke tilfeldig valgt og vi skal være forsiktig med å generalisere funnene.

Kliniske implikasjoner

Fravær av smerter blir i enkelte land (53-55) sett på som en indikator for kvaliteten på pleien og behandlingen som sykehjemmet gir beboerne. I Norge er det ikke krav til at smerte blir kartlagt

«Vurdering av smerte uten bruk av et kartleggingsverktøy kan lede til en underestimering av forekomst av klinisk relevant smerte»

ved en sykehjems innleggelse eller senere i forløpet (56). Men å kartlegge smerte (om, eventuelt hvor og i hvilken grad) blant eldre med demens kan være utfordrende. Dette fordi en ved alvorlig grad av demens vanskelig kan uttrykke seg verbalt om sin tilstand. Sykepleierne og helsefagarbeiderne blir nødt til å observere beboeren med hensyn til tegn på smerte så som smerte pregede lyder og utrop, ansiktsuttrykk/grimaser og avvergesreaksjoner med bevegelse (21-24). Tolkningen av tegnene kan være påvirket av kunnskap, holdning og erfaring hos de som skal kartlegge smerter. Videre kan beboerens tidligere og nåværende helsesituasjon og smerte adferd være viktig for tolkningen (42). Bruk av kartleggingsverktøy er ikke ment å erstatte klinisk vurdering, men å supplere denne (42). Vurdering av smerte uten bruk av et kartleggingsverktøy kan lede til en underestimering av forekomst av klinisk relevant smerte (57). Systematisk kartlegging ved å observere og tolke tegn er anbefalt når graden av demens hos sykehjemsbeboeren er moderat til alvorlig demens og/eller evnen til å kommunisere er nedsatt (20, 43).

Det er vist at klinisk relevant smerte hos sykehjemsbeboere med demens er assosiert med lavere livskvalitet (39, 43), nedsatt ADL-funksjon (43), depresjon (26), agitasjon (26) og aggresjon (26). Å avdekke smerte er et nødvendig første steg for å kunne iverksette ikke-medikamentell og medikamentell smertebehandling (21, 30) som kan bidra til å redusere smerte og bedre beboerens



fysiske og psykiske tilstand. Flere studier har vist at smertekartlegging og systematisk smertebehandling av beboere med demens førte til at de fikk bedre livskvalitet, forbedret ADL-funksjon, lettere sinnsstemning, bedre søvn, og mindre depresjon, agitasjon og aggresjon (37, 40, 58, 59). Regelmessig kartlegging av smerte og vurdering av smertebehandling til beboere med demens er også viktig for å kunne avdekke eventuell under- eller overbehandling av smerte (17, 50, 60).

Siden vi i Norge har en stor andel av sykehjemsbeboerne med demens og videre at forekomsten og alvorlighetsgraden har økt blant sykehjemsbeboerne siden 2000-tallet (3, 8), vil bruk av et kartleggingsverktøy som baserer seg på observasjoner til personer med moderat og alvorlig demens kunne gi et grunnlag for medikamentell og ikke-medikamentell behandling av smerte. Behandling av smerte hos eldre med demens er krevende (50) og første alternativet skal være ikke-medikamentell behandling (20). En australsk sykehjems studie rapporterte i 2019 at ikke-medikamentell behandling har effekt, og spesielt når to metoder ble kombinert (61). Ikke-medikamentell behandling kan eventuelt også kombineres med smertestillende medikamenter (20). Innføring av smertekartlegging, bruk av ikke-medikamentell smertelindring og behand-

lings prosedyrer samt legemiddelgjennomgang som setter søkelys på smerter og smertetiltak til denne gruppen eldre er viktig for å redusere forekomst og grad av smerte hos beboerne (62).

Konklusjon

Forekomsten av klinisk relevant smerte var høy hos norske sykehjemsbeboere med demens, og varierte fra 35,5 % til 69,7 % i de 10 studiene som ble inkludert i denne oversiktsartikkelen. Denne artikkelen viser også at det er få norske observasjonsstudier som systematisk har kartlagt smerter hos denne gruppen. En rutinemessig vurdering av smerte i etterkant av ankomst til sykehjem ved bruk av et kartleggingsverktøy kan bidra til å avdekke uoppdaget eller under/over-behandlet smerte hos beboere med demens og derigjennom også bedre pleie og behandling samt livskvalitet for beboerne. MOBID-2 var det hyppigst brukte smertekartleggingsverktøyet i studiene som omhandlet som kan brukes til personer med demens i sykehjem er.

Takksgivelse

Vi takker bibliotekarene ved Nasjonalt senter for Aldring og helse for diskusjon og bistand i forbindelse med design av og systematisk søk til studien. ■



Foto: Shutterstock

Referanser

1. Wergeland JN, Selbæk G, Bergh S, Soederhamn U, Kirkevold Ø. Predictors for Nursing Home Admission and Death among Community-Dwelling People 70 Years and Older Who Receive Domiciliary Care. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2015;5(3):320-9.
2. Johansen RH, Olsen K, Bergh S, Benth J, Selbæk G, Helvik AS. Course of activities of daily living in nursing home residents with dementia from admission to 36-month follow-up. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):488.
3. Sverdrup K, Bergh S, Selbæk G, Røen I, Kirkevold Ø, Tangen GG. Mobility and cognition at admission to the nursing home - a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):30.
4. Agüero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(8):795-801.
5. Dramé M, Lang PO, Jolly D, Narbey D, Mahmoudi R, Lanièce I, et al. Nursing home admission in elderly subjects with dementia: predictive factors and future challenges. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(1):83.e17-20.
6. Luppá M, Luck T, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008;26(1):65-78.
7. Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DH, et al. Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain*. 2010;148(1):70-4.
8. Helvik AS, Engedal K, Benth J, Selbæk G. Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40(3-4):166-77.
9. Magaziner J, German P, Zimmerman SI, Hebel JR, Burton L, Gruber-Baldini AL, et al. The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group*. *Gerontologist*. 2000;40(6):663-72.
10. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(7):1025-39.
11. Statsbudsjettet 2013 In: Finansdepartementet, editor. Oslo: <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2013/Budsjettsporsmal/Bevilgnings-sporsmal/Hyre144/?all=true&parti=h%C3%B8yre> 2013.
12. omsorgsdepartementet H-o. Prop. 99 L (2015–2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-99-l-20152016/id248343/sec32015>.
13. Rostad HM, Puts MTE, Cvancharova Småstuen M, Grov EK, Utne I, Halvorsrud L. Associations between Pain and Quality of Life in Severe Dementia: A Norwegian Cross-Sectional Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2017;7(1):109-21.
14. van Dam PH, Caljouw MAA, Slettebø DD, Achterberg WP, Husebo BS. Quality of Life and Pain Medication Use in Persons With Advanced Dementia Living in Long-Term Care Facilities. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(11):1432-7.
15. Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Cmaj*. 1999;160(3):329-33.
16. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(4):209-23.
17. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Borgehusebo S, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9(6):427-33.
18. Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo M, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J Alzheimers Dis*. 2016;50(4):1217-25.
19. Hendriks SA, Smalbrugge M, Galindo-Garre F, Hertogh CM, van der Steen JT. From admission to death: prevalence and course of pain, agitation, and shortness of breath, and treatment of these symptoms in nursing home residents with dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(6):475-81.
20. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. *Pain Rep*. 2020;5(1):e803.
21. The management of chronic pain in older persons. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(5):635-51.
22. AGS. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(6 Suppl):S205-24.
23. McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia: development of an evidence based practice guideline. *Aging Ment Health*. 2005;9(1):16-24.
24. Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebø BS, et al. Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013;12(4):1042-55.
25. Husebø BS, Ballard C, Aarsland D, Selbæk G, Slettebø DD, Gulla C, et al. The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(3):330-9.
26. Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo M, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimers Disease*. 2016;50(4):1217-25.
27. Atee M, Morris T, Macfarlane S, Cunningham C. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2021;61(6):1215-26.
28. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):67-80.
29. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(1):180-9.
30. Schofield P, Abdulla A. Pain assessment in the older population: what the literature says. *Age Ageing*. 2018;47(3):324-7.
31. AGS. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-46.
32. Erdal A, Flo E, Aarsland D, Selbæk G, Ballard C, Slettebø DD, et al. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018;13:935-46.
33. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*. 2009;6(7):e1000097.
34. Harris JD, Quatman CE, Manring MM, Siston RA, Flanigan DC. How to write a systematic review. *Am J Sports Med*. 2014;42(11):2761-8.
35. Oxman AD. Checklists for review articles. *BMJ (Clinical research ed)*. 1994;309(6955):648-51.
36. Parsons L, Cordier R, Munro N, Joosten A, Speyer R. A systematic review of pragmatic language interventions for children with autism spectrum disorder. *PLoS one*. 2017;12(4):e0172242.
37. Blytt KM, Bjorvatn B, Husebo B, Flo E. Effects of pain treatment on sleep in nursing home patients with dementia and depression: A multicenter placebo-controlled randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(4):663-70.
38. Griffioen C, Husebo BS, Flo E, Caljouw MAA, Achterberg WP. Opioid Prescription Use in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Pain Med*. 2019;20(1):50-7.
39. Helvik AS, Bergh S, Saltyte Benth J, Selbæk G, Husebo BS, Tevik K. Pain in nursing home residents with dementia and its association to quality of life. *Aging Ment Health*. 2021;1-11.
40. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes





- with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*. 2011;343(7816):193-.
41. Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. *European Journal of Pain*. 2014;18(10):1419-30.
42. Rostad HM, Utne I, Grov EK, Smastuen MC, Puts M, Halvorsrud L. The impact of a pain assessment intervention on pain score and analgesic use in older nursing home residents with severe dementia: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;84:52-60.
43. Rostad HM. Characteristics of nursing home residents with late-stage dementia and pain. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*. 2020:1-17.
44. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Saltvedt I, Hølen J, Fayers P, et al. Validation of Dolopius-2 among nonverbal nursing home patients - an evaluation of Dolopius-2 in a clinical setting. *BMC Geriatrics*. 2010;10:9.
45. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, et al. The Norwegian Dolopius-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med*. 2005;19(5):411-7.
46. Husebo BS. [Pain assessment in dementia]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(19):1996-8.
47. Wróblewska I, Talarska D, Wróblewska Z, Susto R, Drobnik J. Pain and symptoms of depression: international comparative study on selected factors affecting the quality of life of elderly people residing in institutions in Europe. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):147.
48. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Hjermsstad MJ, Loge JH, Kaasa S. Dolopius-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatr*. 2007;7:29.
49. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(2):380-91.
50. Achterberg WP, Erdal A, Husebo BS, Kunz M, Lautenbacher S. Are Chronic Pain Patients with Dementia Being Undermedicated? *J Pain Res*. 2021;14:431-9.
51. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliot AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42 Suppl 1:i1-57.
52. Guerriero F, Reid MC. New opioid prescribing guidelines released in the US: what impact will they have in the care of older patients with persistent pain? *Curr Med Res Opin*. 2017;33(2):275-8.
53. Estabrooks CA, Knopp-Sihota JA, Norton PG. Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. *BMC Res Notes*. 2013;6:460.
54. Hjaltadóttir I, Ekwall AK, Nyberg P, Hallberg IR. Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: retrospective analysis of nursing home data over 7 years. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(11):1342-53.
55. Rantz MJ, Petroski GF, Madsen RW, Mehr DR, Popejoy L, Hicks LL, et al. Setting thresholds for quality indicators derived from MDS data for nursing home quality improvement reports: an update. *Jt Comm J Qual Improv*. 2000;26(2):101-10.
56. Helsedirektoratet. Veileder for registrering av IPLOS-data i kommunen. In: Helsedirektoratet, editor. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen>, available 21.02. 2021. Oslo: Helse-direktoratet; 2018.
57. Proctor WR, Hirdes JP. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag*. 2001;6(3):119-25.
58. Husebo BS, Ballard C, Aarsland D, Selbaek G, Slettebo DD, Gulla C, et al. The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(3):330-9.
59. Husebo BS, Ballard C, Fritze F, Sandvik RK, Aarsland D. Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(8):828-36.
60. Plooy B, van der Spek K, Scherder EJ. Pain medication and global cognitive functioning in dementia patients with painful conditions. *Drugs Aging*. 2012;29(5):377-84.
61. Ellis JM, Wells Y, Ong JSM. Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. *Clin Gerontol*. 2019;42(3):286-96.
62. Husebo BS. Assessment and treatment of persistent pain in nursing home residents should be implemented systematically to prevent suffering. *Evid Based Nurs*. 2017;20(3):91.

Sykepleiernes erfaringer med bruk av SKUV i hjemmetjenesten: Endret funksjon og selvfølelse

Den store gruppen brukere av hjemmetjenester er eldre med sammensatte sykdommer og aldersrelaterede plager. Disse gruppene har behov for mer avansert behandling (1).

Introduksjon

I tillegg blir somatiske behov hos pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk heller ikke godt nok ivarettatt (2). Utviklingen stiller større krav til kompetansen hos de som skal ivareta ta disse gruppene (1) Pasientene trenger helsehjelp fra sykepleiere med god kompetanse som kan ivareta helhetsspektivet (3). Fordi sykepleierne blir brukt til oppgaver som andre kunne utført, blir ikke de primære sykepleieoppgavene godt nok ivarettatt (ibid). Oppgaver som er knyttet til å undersøke og vurdere pasientens helhetlige helsetilstand, samt å iverksette nødvendige tiltak er sykepleierens grunnleggende funksjon i helsetjenesten.

For å møte behovene hos en multisyk pasientgruppe, har myndighetene over tid hatt søkelys på pasientsikkerhet og tidlig oppdagelse og håndtering av funksjons- og sykdomsforverring gjennom blant annet nasjonale tiltakspakker. Eksempler på dette er pasientsikkerhetsprogrammet (4), reformer som samhandlingsreformen (5) og Leve hele livet (6) samt nye roller for sykepleiere som avansert klinisk allmennsykepleie (7). Kunnskapsoppsummering av strategier for å øke sykepleieres kompetanse i å avdekke forverring hos pasienter konkluderer med at det er behov for at sykepleiere tar i bruk mer systematiske tilnærminger i sin observasjon og vurdering av pasientene. I tillegg til å utvikle deres kunnskap og forståelse i patofysiologi som er knyttet til forverring (8). I dag finnes det flere viktige verktøy for å tidlig oppdage forverring. Blant disse er NEWS, SAFE, ALERT og ProAct. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har utviklet en ressursbank som de har kalt klinobs kommune. Ressursbanken inneholder en trinnvis

kunnskapstrapp som er basert på blant annet basal hjerte- og lungeredning, ISBAR og NEWS, samt simulering på samhandlingstrening (9). Dette er viktige verktøy for sykepleierne i kommunene, men verktøyene har imidlertid begrensninger ved at de fanger opp endringer i vitale tegn. Endringer i vitale tegn inntreffer når kroppens homeostase og kompensasjonsmekanismer ikke lengre er i stand til å opprettholde regulerende og kompenserende mekanismer. Vi mister informasjon om tidlig forverring ved at vi lener oss på verktøy som bruker snever pasientinformasjon. Om sykepleiefaget gjennom hele pasientforløpet har søkelys på systematisk klinisk observasjon og vurdering vil vi være i stand til å skaffe informasjon tidlig om endringer i pasientens helsetilstand (10).

For å møte økende kompetansekrav har systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) blitt tatt i bruk. Studier tyder på at SKUV kan bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene (11, 12, 13, 14). SKUV er definert som bruken av ferdighetene inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon i en fysisk undersøkelse av pasienten. I forskningslitteraturen, og i praksis, brukes uttrykk som head-to-toe assessment, fysiske undersøkelser, avansert klinisk vurdering med flere (11). Den systematiske kliniske undersøkelsen er en del av den komplette datasamlingen, hvor både subjektiv og objektiv informasjon om pasientens helsetilstand blir innhentet ved hjelp av pasientsamtale, fysiske undersøkelser og bruk av ulike validerte screening- og kartleggingsverktøy (15). Mange av undersøkelsene som SKUV omfatter, brukes allerede aktivt av sykepleiere, f.eks. BT, puls, saturasjonsmåling etc. Tradisjonelt har imidlertid store

FAKTA

Toril Johanne Knutshaug, Sykepleier, MSc
Universitetslektor ved
Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie,
MH, NTNU
Epost: toril.j.knutshaug@
ntnu.no tlf. 73412284

Heike Fischer,
Sykepleier, PhD
Prosjektkoordinator i
Berghem hjemme-
tjeneste, Trondheim
kommune
Epost: heike.fischer@
trondheim.kommune.no,
tlf. 72545850

Lene Elisabeth Blekken,
Sykepleier, PhD
Førsteamanuensis ved
Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie,
MH, NTNU
Epost: lene.blekken@
ntnu.no, tlf. 73412161

Monica Brorstad,
Sykepleier
Sykepleier i hjemme-
tjenesten, Hitra kommune
Epost: monica.brorstad@
hitra.kommune.no
tlf. 72441700

Mary-Elizabeth Bradley Eilertsen,
Sykepleier, PhD
Førsteamanuensis ved
Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie,
MH, NTNU
Epost: mary-elizabeth.
eilertsen@ntnu.no,
tlf. 73412249

Susan Saga,
Sykepleier, PhD
Førsteamanuensis ved
Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie,
MH, NTNU
Epost: susan.saga@
ntnu.no tlf. 73412162

deler av den fysiske undersøkelsen vært en del av legens ansvarsområde (11), men i land som USA, Storbritannia og Australia en del av spesialsykepleieres (nurse practitioners) og bachelorsykepleieres ansvarsområde. Endringene i helsetjenesten har ført til et behov for å revidere funksjonen til sykepleiere hvor det nå også blir ansett som viktig med bachelorsykepleiere med mer avansert klinisk kompetanse, inkl. fysiske undersøkelser og helsevurdering av pasienten (16,12).

Hensikten med studien

Vi har ikke funnet tidligere studier som viser hvordan sykepleiere erfarer det å ta i bruk SKUV i hjemmebaserte tjenester.

Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan sykepleiere i hjemmebaserte tjenester opplever sin arbeidshverdag med kompetanse i SKUV.

Forsknings spørsmål: Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenestene med å ta i bruk SKUV?

Metode

Studien har et kvalitativt design basert på fokusgruppeintervjuer av sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Fokusgruppeintervju er en metode som brukes for å oppnå dynamisk og interaktiv diskusjon for å avklare informantenes oppfatninger og erfaringer og er spesielt nyttig for å avdekke felles forståelse og praksis (17). Vi ønsket å få en dypere forståelse av sykepleierens erfaringer med å ta i bruk systematisk klinisk undersøkelse og vurdering i arbeidssituasjon (SKUV).

Utvalg og gjennomføring av intervjuene

Vi inviterte sykepleiere fra to ulike kommuner som hadde vært igjennom opplæring og innføring av SKUV i hjemmetjenesten; 1) en distriktskommune hvor sykepleietjenesten i de hjemmebaserte tjenestene er organisert i en egen «sykepleiepool», og 2) en sone for hjemmebaserte tjenester i en stor bykommune hvor sykepleiere arbeider etter arbeidslister, og hvor listeskrivere fordeler

Sammendrag: Sykepleierens erfaringer med bruk av SKUV i hjemmetjenesten: Endret funksjon og selvfølelse.

Bakgrunn: Flere pasienter med komplekse helseproblemer bor hjemme. Det stiller nye krav til sykepleiefunksjonen og kompetansen til sykepleiere i hjemmebaserte tjenester. Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) er en del av den komplette datasamlingen hvor både subjektiv og objektiv informasjon om pasientens helse inngår og innebærer systematisk bruk av de grunnleggende undersøkelsesferdighetene inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmebaserte tjenester har med bruk av SKUV.

Metode: Kvalitativ studie med tre fokusgruppeintervju av sykepleiere i hjemmetjenestene i to kommuner. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Sykepleierne erfarte at bruk av SKUV i klinisk praksis endret måten sykepleier utøver sykepleie på og endret sykepleierens selvforståelse. Sykepleierne opplevde at SKUV-kompetansen førte til konkretisering av sykepleieroppgaver, et mer effektivt samarbeid med andre yrkesgrupper at det ble enklere å ta selvstendige vurderinger og beslutninger, samt at de opplevde økt mestringfølelse i møte med de kliniske utfordringene, og dermed økt yrkesstolthet.

Konklusjon: Sykepleierne erfarte at bruk av SKUV i hjemmetjenesten førte til tydeligere sykepleiefunksjon og selvfølelse. Sykepleierne opplevde at dette hadde betydning slik at sykepleierkompetansen ble tydeliggjort i organisasjonen.

Nøkkelord: Klinisk undersøkelses- og vurderingskompetanse, hjemmebaserte tjenester, fokusgruppeintervju og sykepleiefaglig kompetanse.

Abstract: Nurses' experiences of using SKUV in the home care service: Changed function and self-esteem.

Background: An increasing number of patients require advanced nursing care at home, with consequences for both nursing functions and competencies. Advanced skills in physical examination and health assessment (Norwegian: SKUV), which rely on traditional physical examination skills such as inspection, palpation, percussion, and auscultation, enable nurses to conduct improved clinical assessments.

Rationale: The rationale behind this study was to investigate home care nurses' experiences employing physical examination and health assessment skills as part of their clinical practice.

Methods: Qualitative study involving three focus groups interviews with home care nurses from two home care nursing units in different municipalities. Qualitative content analysis was employed in the analyses.

Results: Employing SKUV affects nurses' abilities to perform various functions and nurses' professional self-image. Results suggest that employing these skills may result in both a stronger delineation of nursing tasks, more effective collaboration with non-nursing colleagues, enhanced decision-making abilities and an increased sense of mastery and pride.

Conclusion: Nurses in this study experienced that employing SKUV led to changes in both their abilities to perform various clinical functions as well as their professional self-image. Nurses perceived this to be relevant in terms of how it emphasised the professional competencies that nurses contribute.

Key words: Physical examination and health assessment competence, home care services, focus group interviews and professional nursing competence.

TABELL 1: Informantkarakteristikk

Alder <i>gjennomsnitt (range)</i>	35 år (25 -61)
Erfaring som sykepleier totalt <i>gjennomsnitt (range)</i>	9 år (2-20)
Erfaring som sykepleier på nåværende arbeidsplass <i>gjennomsnitt og (range)</i>	4 år (1-12)
Kjønn	9 kvinner/3 menn
Informanter fra bykommune og distriktkommune <i>antall</i>	8/4

TABELL 2: Intervjuguidens hovedspørsmål

<p>DEL I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan mener du at opplæring i SKUV har påvirket din kliniske undersøkelses- og vurderingskompetanse? 2. Hvordan opplever du som sykepleier i hjemmetjenesten nytteverdien av SKUV-kompetansen? <p>DEL II:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortell om erfaringene dine med å bruke av SKUV-kompetanse: Hva gjør det enkelt/vanskelig å ta det i bruk? 2. Hvordan påvirker SKUV-kompetanse hvordan du ser på deg selv som sykepleier i hjemmetjenesten?

oppgaver ut fra oppdragets behov. Inklusjonskriteriene var at deltagerne hadde fått opplæring i SKUV og derfor hadde noe erfaring i å praktisere det i tjenestene. De to tjenestene hadde 28 sykepleiere ansatt og 12 takket ja til å stille på tre ulike fokusgruppeintervjuer. Dette var sykepleiere som hadde mulighet til å delta på de oppsatte tidspunktene. To fokusgrupper var fra bykommunen og en var fra distriktkommunen (tabell 1). En intervjuguide, med spørsmål om sykepleiernes erfaringer, ble utarbeidet av artikkelforfatterne og benyttet i fokusgruppeintervjuene (tabell 2). To av moderatorne er forskere, den tredje er universitetslektor og jobber ved utdanningen, og har i tillegg en bistilling i hjemmebasert omsorg, men ikke i disse tjenestestedene. Ingen var moderator eller assisterende moderator på egen arbeidsplass. To fokusgruppeintervju ble utført i møterom i de to kommunene og det siste ble utført på universitetscampus. Det var ett møte per fokusgruppe og fokusgruppeintervjuene varte i ca. 1,5 time. Det ble gjort lydopptak og intervjuene ble transkribert ordrett.

Analyse

Analysen ble gjort med inspirasjon fra Graneheim og Lundemans kvalitative innholdsanalyse (18). 57 tekstsider ble transkribert av en av artikkelforfatterne. Intervjuene ble først lest i sin helhet av første- og sisteforfatter for å få en oversikt over

intervjuene. Prosessen med å lete etter mening og mønstre i dataene begynte under den første lesingen ved å markere tekst i transkripsjonene og skrive korte nøkkelord. Deretter begynte arbeidet med å identifisere enheter med selvstendig betydning i forhold til problemstillingen. Disse meningsenhetene ble kondensert uten at meningen forsvant, men slik at teksten kom tydeligere fram, deretter ble den kodet inn i undertemaer og temaer. For å sikre at analysen ble utført pålitelig, ble kodingsprosessen utført av to forskere uavhengig. En kritisk gjennomgang og diskusjon av foreløpige koder, undertemaer og temaer ble så gjennomført. Deretter ble resten av forfatterne invitert til å diskutere koding og temaer for å gjøre en felles vurdering. Førsteforfatteren vurderte deretter kritisk koder, undertemaer, temaer og utvalgte sitater for å undersøke om de ga et representativt bilde av materialet. Eksempel på prosessen fra meningsbærende enhet og til subtema og tema er presentert i tabell 3, se neste side.

Etiske overveielser

Deltagelse i studien var frivillig. Det ble innhentet skriftlig, informert samtykke. Informantene ble aidentifisert ved transkribering, og sitatene ikke koplet til enkeltinformanter. Studien er meldt og godkjent NSD - 607505 og dataene er lagret i henhold til deres direktiver.



TABELL 3: Eksemplifisering av analyseprosessen

MENINGSENHETER	KONDENSERTE KATEGORIER	KODER	SUBTEMA	TEMA
Du tar jo rommet på en helt annen måte når du har den kompetansen når du kommer inn. Du blir ikke så stresset, du vet du skal gjennomføre noen undersøkelser, og du blir mer rolig på jobb. Det blir lettere å stå i jobben, rett og slett	Den økte kompetansen senker stressnivå. Du gjennomfører undersøkelsene, du forholder deg roligere, dette gjør at det er lettere å stå i jobben	Mindre stress i jobben	Stolthet, selvstendighet og mestring	
Jeg tror det er veldig viktig (med SKUV), man står jo alene, det er jo viktig at man er såpass trygg at man tåler å stå alene også	Å ha SKUV kompetansen gjør at man blir tryggere når man står alene	Enklere å stå alene	Stolthet, selvstendighet og mestring	SYKEPLEIERNES SELVFORSTÅELSE SOM SYKEPLEIERE
Om du lærer deg det godt tror jeg at man kan bli en tryggere spl, vi går jo mye alene så det er jo alltid greit å ha litt ekstra kunnskap. Jeg tror pasientene også vil føle seg tryggere om vi kan gjøre slike små undersøkelser som det der da	Det er greit å ha ekstra kunnskap, det gjør sykepleierne tryggere og i neste omgang pasientene også	Trygge sykepleiere gir trygge pasienter	Stolthet, selvstendighet og mestring	
I starten følte jeg med litt mer viktig, høres det litt rart ut?	SKUV gjør at jeg føler meg viktigere	Føler seg viktigere	Stolthet, selvstendighet og mestring	
At vi får mer stolthet, yrkesstolthet, får høyere status i samfunnet generelt, selv om vi vet at vi har godt omdømme	Økt yrkesstolthet og høyere status i samfunnet	Høyere yrkesstolthet	Stolthet, selvstendighet og mestring	

Presentasjon av funn

Resultatene i denne studien baserer seg på 3 fokusgruppeintervju bestående av til sammen 12 sykepleiere (tabell 1). Analysen av intervjuene viste at deres erfaringer med å benytte systematisk klinisk undersøkelse og vurdering i hjemmetjenesten kan deles inn i to hovedtema: 1) Tydeligere sykepleiefunksjon og 2) sykepleiernes selvforståelse som sykepleiere.

Tydeligere sykepleiefunksjon

Sykepleierne opplevde at bruk av systematisk klinisk undersøkelse og vurdering endret måten de utfører sykepleie på, slik at det førte til 1) enklere å ta selvstendige vurderinger 2) konkretisering av arbeidsoppgaver og 3) mer effektivt samarbeid med andre

1) Enklere å ta selvstendige vurderinger

Informantene fortalte at de ofte stod alene om beslutninger. De var alene ute på oppdrag hvor de stod i en situasjon hvor de tenkte på å sette inn tiltak. De fortalte at de hadde med seg «det kliniske

blikket», som ble beskrevet som en følelse av at *noe var galt*, eller *riktig*, uten at de helt kunne sette fingeren på hva det var. De fortalte at SKUV ga støtte til observasjonene og en trygghet gjennom de kliniske undersøkelsene de utførte. Sykepleierne følte seg som mer klinisk kompetente:

‘[SKUV] har gitt meg bedre kompetanse på det mer akutte og har gitt meg bedre observasjonsevne og tryggere i situasjoner, og at jeg ser ting nå som jeg ikke kunne se så godt tidligere’ (fokusgruppeintervju 2).

Sykepleierne fortalte også at de opplevde at bruk av den nye kompetansen økte kvaliteten på tjenestene og at den bidro til økt pasientsikkerhet:

‘Jeg tror pasientene også vil føle seg tryggere om vi kan gjøre slike små undersøkelser som det der’ (fokusgruppeintervju 2).

2) Konkretisering av arbeidsoppgavene

Informantene beskrev sykepleieren som en «altmuligmann» og at fokus tidvis ble mer rettet mot praktiske oppgaver rundt pasienten enn pasienten

selv. En av sykepleierne sa at bruken av SKUV forbedret evnen til prioritering av oppgavene og økte søkelyset på pasientens helsetilstand:

'Jeg tror mange går mer fra den biten med å ta oppvasken og det der, og til å se at noen har et fint hjem ... til den delen som jeg gjør da, tenke på personen som sitter der, hva er det som er problemet på et vis, og identifisere og gjøre noe med det' (fokusgruppeintervju 3).

Sykepleiere snakket om at de opplever et økende trykk med stadig mer krevende og syke pasienter. De formidlet at den nye kompetansen forbedret muligheter til å bruke sykepleierressurser i situasjoner eller til pasienter som krevde mer avansert undersøkelses- og vurderingskompetanse. Når forverring ble oppdaget kunne sykepleiere dras inn for å gjøre kliniske vurderinger:

'Jeg ble oppringt av en kollega: «ho e litt dårlig ho Bjørg» - da drar vi bare ut og tar en undersøkelse ABCDE [prioriteringsalgoritme], så det er nok det mest suverene [...], er det her legevakt verdig eller kan det vente til i morgen?' (fokusgruppeintervju 2).

1) Mer effektivt samarbeid med andre

For at arbeidsoppgavene i hjemmebaserte tjenester skal bli utført på en god måte og brukere skal få gode tjenester, fortalte sykepleiere at gode samarbeidsrutiner var viktige. De mente at andre helsearbeidere nå i større grad tok kontakt og ba om at sykepleier undersøkte og vurderte pasientene. En sykepleier snakket om hvordan samhandlingen mellom helsefagarbeidere og sykepleierne hadde forbedret seg ved mistanker om en pasients endrede helsetilstand:



Foto: Shutterstock

«Kan dere gjøre noe med det her?» Ja, det kan vi faktisk nå. Så det har gått mye raskere over fra murring og masing til faktisk at det blir gjort noen med' (fokusgruppeintervju 2).

Informantene fortalte videre at SKUV også bidro til at sykepleiere tok kontakt med legetjenester på et tidligere stadium, fordi de var sikrere på sine vurderinger og at SKUV også førte til at unødvendige henvendelser ble unngått. Videre økte SKUV gjennomslagskraften ved en henvendelse, siden sykepleiere ga mer konkrete og relevante opplysninger om helsetilstanden:

Jeg tenker at man blir mye sikrere på våre observasjoner, gir bedre observasjoner til leger når vi ringer, og da blir det raskere hjelp til den brukeren også. Så føler jeg at det letter den kontakten med legevakt og sykehus og legekontor, fordi du har mer å komme med' (fokusgruppeintervju 1).

Sykepleieres selvforståelse som sykepleiere

Det andre hovedtemaet handlet om sykepleierens tanker om sykepleie, sin egen rolle og hvordan den påvirkes av SKUV kompetanse, hvordan sykepleierollen blir forsterket av SKUV kompetanse. To undertema trådte frem gjennom analysene:

1) Mestring og 2) yrkesstolthet.

1) Mestring

Informantene fortalte at den nye SKUV kompetansen gjorde at de opplevde en økt mestringsfølelse i arbeidet som sykepleiere; både fordi de hadde mer kunnskap og fordi de opplever at dette ble uttrykt til pasientene:

Du tar jo rommet på en helt annen måte når du har den kompetansen, når du kommer inn. Du blir ikke så stresset, du vet du skal gjennomføre noen undersøkelser og du blir mer rolig på jobb, det er lettere å stå i jobben rett og slett' (fokusgruppeintervju 3).

Selv om de fleste mente at de hadde styrket sin mestringsfølelse som sykepleier, kom det til uttrykk andre tanker som går på usikkerhet rundt mestring av den nye kunnskapen:

«Noen tror jeg er blitt mer usikker, at de tenker rett og slett at dette var kunnskap jeg ikke visste noe om, burde jeg visst dette som sykepleier tidligere (fokusgruppeintervju 3).

I en hektisk hverdag hvor sykepleiere har mye ansvar, kan det være belastende å bli tillagt nye undersøkelsesmetoder og vurderinger som krever mye kunnskap:

«Jeg sitter og bli aldeles svimmel, så at vi skal lære alt. Og tenke på å gjøre egen mental sjekklister allerede fra begynnelsen, det går jo ikke, det er for mye å kreve av oss» (fokusgruppeintervju 3).

2) Yrkesstolthet

Sykepleierne opplevde at bruken av SKUV økte yrkesstoltheten som sykepleier:

'At vi får mer stolthet, yrkesstolthet, får høyere status i samfunnet generelt, selv om vi vet at vi har godt omdømme' (fokusgruppeintervju 1).

Noen satte det i sammenheng med sykepleieres posisjon i forhold til andre helsearbeidere. De følte at de skilte seg mer ut. Denne sykepleieren beskrev at dette ble mer tydelig gjennom mer rendyrket sykepleiefaglig fokus i oppgavefordelingen mellom ansatte:

'Det som er med SKUV, det får meg til å føle meg annerledes da, mer prioritert, eller hvert fall, ja, fått en oppgradering da på en måte som gjør at jeg ikke er som alle andre ja, som at man kan føle seg – om det er travelt og man får en annen liste med mye hushold og sånne ting. Føler seg mer som en sykepleier – skiller seg ut' (fokusgruppeintervju 2).

Bortsett fra en mer generalisert, abstrakt følelse av økt yrkesstolthet som beskrevet ovenfor, pekte noen sykepleiere også på en sammenheng mellom kompetanse og bruk av denne på den ene side og hvor betydningsfulle sykepleiere var som yrkesgruppe. Denne sykepleieren snakket om hvordan sykepleieres SKUV påvirket helseutfall til brukerne og hvordan dette kunne være viktig på samfunnsnivå:

'Jo, jeg føler at rollen min er viktigere jo mer verktøy jeg har, brukeren får raskere hjelp, kanskje greier vi å forebygge noe? - det er jo helsefremmende også, sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv' (fokusgruppeintervju 3).

Noen av informantene var sykepleiere med mange års yrkespraksis og de ga uttrykk for at de fikk

kompetanse som gjorde at de fikk en fornyet yrkesstolthet:

«Det er jo veldig godt å føle at yrket er i utvikling da. Det synes jeg, det gjør meg jo kanskje mer yrkesstolt, jeg tror nok det».
(fokusgruppeintervju 1)

Diskusjon

I denne studien undersøkte vi sykepleieres erfaringer med å benytte systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) i hjemmebaserte tjenester. Funnene viser at SKUV har betydning ved en (1) tydeligere sykepleiefunksjon og en endring i (2) sykepleieres selvforståelse som sykepleiere.

Tydeligere sykepleiefunksjon i møte med hjemmetjenestens behov

Helsetjenester i hjemmet er blant tjenestetypene som har hatt størst økning i antall mottakere i perioden 2009-2016 (19). Ressurser har ikke fulgt med i like stor grad som forventningene, noe som resulterer i økt press på tjenestene. I denne studien fortalte sykepleierne at de jobbet mye alene og var nødt til å gjøre selvstendige kliniske vurderinger og beslutninger uten at de hadde støtte fra noen andre. Denne selvstendigheten kan være utfordrende fordi den innebærer å ta ansvar, ofte under tidspress. Misforholdet mellom ressurser, kompetanse og behov for avansert helsehjelp, kan føre til at brukerne ikke får de tjenestene de har behov for. Sykepleiemangelen i kommunehelsetjenestene er stor og omfattende (20, 21). Dette skaper også et betydelig problem med tanke på at sykepleiere er alene om sin kompetanse på jobb og står alene i vurderingene og beslutningene som må tas. En studie fra Storbritannia viser at sykepleieroppgaver ofte blir stående ugjort på grunn av mangel på sykepleiere i kommunale helsetjenester (3). Sæterstrand et al (22) påpeker at sykepleieres hovedutfordring i hjemmetjenesten er å ta vanskelige kliniske beslutninger. Den støtten de da kunne hatt i en hverdag med flere sykepleiere på jobb uteblir. Kanskje kan noe av denne uteblitte støtten fra andre sykepleiere dekkes av at kompetansen heves? Informantene i denne studien fortalte at SKUV bidro til bedre vurderingsgrunnlag og dermed også bedre beslutninger. Den støtten de kunne hatt i flere sykepleiekolleger på jobb, kan da i noen grad erstattes av at man blir tryggere på egne vurderin-

ger og beslutninger? Informantene våre peker på at de fikk færre telefoner fra kollegaer som var usikre på avgjørelser, og at de da støttet seg på de kliniske undersøkelsene de selv gjorde. De fortalte at bruken

«En undersøkelse viser at 90 prosent av hjemmesykepleiere oppgir at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver andre yrkesgrupper burde gjort»

av SKUV førte til trygghet i kliniske beslutninger, og dermed økt trygghet og selvstendighet hos sykepleiere i møte med pasientene. Dette er i samsvar med en delphistudie fra Skottland som peker på at forbedring i pasientomsorgen gjennom økt bruk av systematiske kliniske undersøkelser også er en sterk motivator for sykepleiere i deres kliniske hverdag og arbeidssituasjon (23). Informantene i denne studien ga uttrykk for at økt bruk av SKUV kunne ha en forebyggende og helsefremmende effekt for pasientene. De oppdager tegn til endringer i helsetilstanden tidligere, de gjorde undersøkelser som ga et godt vurderingsgrunnlag for eksempel i samråd med lege. En annen studie (24) beskriver også at bruk av tiltakspakken «tidlig oppdagelse av forverret tilstand», som kan sammenlignes med deler av SKUV, førte til at ansatte ble flinkere og tryggere på diverse målinger og de oppdaget forverringer tidligere.

Det har vært en pågående debatt om behovet for spissing av arbeidsoppgaver i sykepleierfaget (19, 25, 26, 27). En undersøkelse viser at 90 prosent av hjemmesykepleiere oppgir at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver andre yrkesgrupper burde gjort (28). Sykepleiere skal gi kvalitativt gode sykepleietjenester samtidig som de skal utføre praktiske oppgaver som dusjing og tømning av søppel (26). Flere studier beskriver denne skiven mellom ulike oppgaver (28, 29). Funnene fra vår studie viser at sykepleierne opplevde at arbeidsdelingen mellom



de ulike helsefaglige ansatte ble bedre etter at de begynte å ta i bruk SKUV fordi den bidro til en tydeliggjøring av kompetanse som var unik for sykepleiere. Denne kompetansen gjorde dem i stand til å gjøre bedre undersøkelser og vurderinger knyttet til helsetilstanden. De opplevde at denne kompetansen var betydningsfull både for sykepleierne selv og for samarbeidende helsepersonell. Samtidig som SKUV kan tydeliggjøre sykepleieres kompetanse, slik at de gjør sykepleieoppgaver, kan innføring av SKUV føre til et større gap mellom det de vurderer at de burde ha gjort og det de gjør. Sykepleierne i denne studien gir uttrykk for at det er mye nytt å lære, for eksempel å auskultere hjertet, og de forteller at det kan virke overveldende. Det at de nå er bedre i stand til å «se etter» endringer i pasientens helsetilstand, gjør at oppgavemengden øker, om ikke andre oppgaver blir tatt vekk.

Sykepleiere baserer sine handlinger på kliniske undersøkelser og vurderinger med bakgrunn i

både subjektive og objektive data. Det viser seg imidlertid at beslutninger ofte tas med bakgrunn i erfaringsbasert kunnskap og intuitiv forståelse, heller enn fysiologiske symptomer og objektive funn (3023). Sykepleierne i vår studie snakket også om sin intuisjon, at de hadde en intuitiv følelse av at de burde undersøke pasienten. Samtidig vektla de viktigheten av objektive funn. Zambas et al beskriver i en studie hvordan sykepleiere la sine opprinnelige, intuitive oppfatninger til grunn for å gjøre fysiske undersøkelser av sin pasient, slik at forverring ble avdekket og bekreftet (31). Denne studien peker i retning av at erfaringsbasert, intuitiv forståelse i kombinasjon med objektive parametere øker sykepleieres kliniske kompetanse. I denne studien fortalte sykepleierne at bruken av SKUV forbedrer kommunikasjon med andre helsearbeidere, for eksempel leger. Dette kan handle om felles språk, både når pasientens helsetilstand formidles muntlig og gjennom den skriftlige dokumentasjonen. Informantene pekte på at bruken



Foto: Shutterstock

av SKUV gjorde deres arbeid både mer synlig og tydeligere fordi de kommuniserte og handlet med bakgrunn i objektive parameter. Andre studier bekrefter dette (32), samt at bruk av samme språk forbedrer tverrprofesjonelt samarbeid og øker pasientsikkerhet (32, 33).

Sykepleiernes identitet og stolthet i tjenestetøvelsen

Bruk av SKUV økte mestringsfølelsen hos sykepleierne i denne studien. Sykepleiere opplevde større grad av presisjon, samt dokumenterte og meddelte til annet helsepersonell hva som var avvikende fra normale forventninger. Samtidig opplevde sykepleiere at SKUV førte profesjonsutviklingen i riktig retning, at de fikk bruke tid på å undersøke og vurdere pasientenes helsetilstand, og at denne utviklingen var viktig for å øke sykepleiernes status som yrkesgruppe. Sykepleiernes arbeidsoppgaver blir tydeligere og mer synlig. Denne utviklingen er spesielt viktig i hjemmetjenesten hvor arbeidsoppgavene er mangfoldige og behovet er stort for blant annet å hindre sykehusinnleggelse (16). En studie fra Norheim og Thoresen rapporterte at sykepleiere ønsker å bruke sin kompetanse på utfordrende oppgaver (34). SKUV kompetanse kan redusere en forståelse av at sykepleie er noe alle kan gjøre (35). Ved at sykepleiernes oppgaver blir mer tydelig og synlig kan det også øke mulighetene for at pasientenes behov for sykepleie blir møtt, og de ugjorte sykepleieoppgavene utført (3). Mer spesialisering av sykepleieroppgaver kan også øke sykepleieres fokus på å forebygge sykdom og fremme helsen til pasientene. Informantene i denne studien mente at de kunne gjøre bedre og mer kompetente avgjørelser, samt stå stødigere i sine avgjørelser. I en lignende studie som nettopp er publisert ble sykepleieres erfaring med bruk av SKUV i sykehjem undersøkt. I denne studien fant man at sykepleierne nettopp kjente seg tryggere på sine egne kliniske vurderinger (14). Dette øker også selvtilliten som sykepleier. Sykepleiere står tydeligere frem som aktive utøvere av sin funksjon, bevisst sin rolle og sitt fag som sykepleiere.

Studiens styrker og svakheter

Denne studien har et relativt lite datagrunnlag og vi har derfor vært forsiktige med å trekke konklusjoner. Vi spurte sykepleierne om hva som kan gjøre det enkelt eller vanskelig å ta det i bruk, og

kan ha fått begrensende svar i og med at erfaring er så mye mer enn det. Vi opplever imidlertid at datamaterialet viste to tydelige tema, som tross et begrenset antall informanter, er viktige å formidle. Det er uansett ønskelig med flere studier

«Sykepleiere i hjemmetjenesten formidlet en tro på at deres evner til å praktisere fysiske undersøkelser gjorde en positiv forskjell for pasientomsorgen»

av SKUV kompetanse, gjerne studier som undersøker effekten av SKUV i hjemmetjenesten knyttet til tidlig oppdagelse av forverring og sykehusinnleggelse. Forskernes posisjon, perspektiv og tilstedeværelse må tas i betraktning (36). Flere av forfatterne har vært pådriverne i prosessen med å implementere SKUV i sykepleierutdanningen og helsetjenesten. Det er også mulig at informantene var spesielt opptatt av SKUV og det å ta den nye kompetansen i bruk. Dette er forhold som forskerne har hatt i tankene underveis i forskningsprosessen.

Implikasjoner for sykepleiepraksis

Kompetanse i SKUV gjør at sykepleierne opplever at de har fått et bedre grunnlag for å gjøre kliniske beslutninger. Samtidig kan kompetansen gi grunnlag for en bedre fordeling av arbeidsoppgaver mellom ulike yrkesgrupper i hjemmetjenesten og forbedret samarbeid med andre yrkesgrupper i andre deler av helsetjenesten. I tillegg opplever sykepleierne at SKUV øker deres mestringsfølelse og selvtillit. Sykepleiere i hjemmetjenesten formidlet en tro på at deres evner til å praktisere fysiske undersøkelser gjorde en positiv forskjell for pasientomsorgen. Samlet sett oppleves SKUV som en viktig kompetanse å ha for sykepleiere som skal møte de sammensatte behov hos pasienter i hjemmetjenesten. ■



Litteraturliste

1. Helsedirektoratet. Kompetanseløft 2020: Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene -utviklingstrekk og status 2019. Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [hentet 23.01.2022]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rappporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/Kompetansel%C3%B8ft%202020%20-%20%C3%85rsrapport%202019.pdf/_attachment/inline/b4b54e7e-4bd3-477f-b94f-bc4263bfa75e:254cff-46b8f2e0667500ceb2adec96e48b63e9b9/Kompetansel%C3%B8ft%202020%20-%20%C3%85rsrapport%202019.pdf
2. Gautun, H. For få på jobb? Sykepleiebemanning i sykehjem og hjemmesykepleie. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
3. Senek M, Robertson S, Ryan T, Sworn K, King R, Woud E, Tod A. Nursing care left undone in community settings. Results from a UK cross-sectional survey. *Journal of nursing management*. 2020;28(8):1968-1974
4. Regjeringen. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 - regjeringen.no
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak Nasjonal veileder. Rapportmal (regjeringen.no)
6. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve livet livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. 2018
7. Helsedirektoratet. Videreutdanning for sykepleiere – Hvordan sikre behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden? Oslo: Helsedirektoratet; 12/2017. Rapport IS-2674
8. Liaw SY, Scherpbier A, Klainin-Yobas P, Rethans JJ (2011). A review of educational strategies to improve nurses' roles in recognizing and responding to deteriorating patients. *International Nursing Review*, 58, 296–303.
9. Utviklingscenter. Klinisk kompetanse i kommunehelsetjenesten
10. Osborne S, Douglas C, Reid C, Jones L, Gardner G (2015). The primacy of vital signs – Acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 951–962.
11. Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie. *Sykepleie forskning*. 2013;8(4):324–332
12. Rothman MJ, Solinger AB, Rothman SI, Finlay GD. Clinical implications and validity of nursing assessments: a longitudinal measure of patient condition from analysis of the electronic medical record. *BMJ Open*. 2012;2(4); e000646
13. Raleigh M. A quantitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. *J Clin Nurs*. 2016;26(13-14):2025–2035
14. Didriksen Å, Nerdal L., Hov J.: «Det handler om å være i forkant» - Erfaringer med SKUV på sykehjem. *Klinisk sykepleie*. Volum 36, nr. 21.2022: 18-32
15. Grov EK, Holter IM. Grunnleggende kompetanse i sykepleie. Oslo: Gyldendal akademiske; 2015
16. Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Straand J, Wyller T. Nursing care needs and services utilized by homedwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Service Research*. 2017;17(1):645.
17. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 5 utgave. Los Angeles: Calif Sage; 2014
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105–112
19. Mehus KH. Utvikling i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester: Samdata kommune. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Analysenotat 2018:1
20. Gautun H. Utviklingen må snus, bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie. Oslo: Velferdsutviklingsinstituttet NOVA; 2020. NOVA Rapport 14/2020
21. Ugreninov E., Solstad J., Vedeler, K.H. og Edith Roth Gjevjon: Konsekvenser av sykepleiermangelen i kommunene fra en pasient og pårørendeperspektiv. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport. 7/2017
22. Sætherstrand TM, Holm SG, Brinchmann BS. Hjemmesykepleiepraksis. *Klinisk sykepleie*. 2015;29(01):4–16
23. McElhinney E. Factors which influence nurse practitioners' ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module – an electronic delphi study. *J Clin Nurs*. 2010;19(21-22):3177–3187
24. Stensheim G. og Malmedal W. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2020; 2:10–22
25. Cristoffersen A. Sykepleiere kan også bruke stetoskop. *Sykepleien*, debatt. 10. mai 2020
26. Evju A, Skogmo I. Hvilke oppgaver kan sykepleier ha i primærhelseteam? *Sykepleien*, fagutvikling. 06. februar 2019
27. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. 2019– 2023. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 23.01.2022]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4d6f1cfc0ef:94a7c49bf505dd36d59d-9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
28. Bergsagel I. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver som de mener andre burde utføre. *Sykepleien*, nyheter. 06. februar 2019
29. Holm GS. Knappt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress. En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram. [PhD i studier av profesjonspraksis]. Bodø: Nord Universitet; 2017
30. Brier J, Carolyn M, Haverly M, Januario M, Padula C, mfl. Knowing «something is not right» is beyond intuition: development of a clinical algorithm to enhance surveillance and assist nurses to organize and communicate clinical findings. *J Clin Nurs*. 2015; 24(5–6):832–843
31. Zambas SI, Smythe EA, Koziol-McLain J. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: a hermeneutic pragmatic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016; 11:32090
32. Murphy L, Hivand K, Danielsen A. Systematiske pasientundersøkelser avdekker forverring og kan redde liv. *Sykepleien*, fagutvikling. 17. oktober 2019
33. Douw G, Schoonhoven L, Holwerda T, Huisman-de Waal G, van Zanten AR, mfl. Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic review. *Critical Care*. 2015;19(1):230
34. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid. *Sykepleien forskning*. 2015;10(1):14–22
35. Johansen E, Fagerstrøm L. An investigation of the role nurses plays in Norwegian homecare. *British journal of community nursing*. 2010;15(1):497–502
36. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2017

Olaviken sykehus

– et kjøkken med fokus på å utvikle produkter og smaker som er tilpasset ulike pasientgrupper

Ved økende alder reduseres behovet for energi på grunn av lavere aktivitetsnivå og redusert muskelmasse. Selv om energibehovet er lavere vil behovet for næringsstoffer være det samme, og i noen tilfeller økt, noe som gir økt risiko for feil- og underernæring.

Underernæring kan være relatert til alderdom i seg selv, men forekommer ofte som følge av sykdom. For eldre som mottar helse- og omsorgstjenester er imidlertid feil- og underernæring en større utfordring (1). Det er viktig å merke seg at raskt vekttap kan forekomme både hos personer med lav eller høy utgangsvekt. Forebygging av feil- og underernæring bør derfor gjelde alle eldre (2). Forekomsten av underernæring varierer,

fra 20-71 % blant sykehjemspasienter, mens 20-78 % befinner seg i risiko for å utvikle underernæring. Underernæring får ofte utvikle seg fordi risiko aldri blir avdekket. Et viktig virkemiddel for unngå underernæring, er screening av ernæringsmessig risiko som en del av rutinemessige utredning (2). I 2018 fikk rundt halvparten av sykehjemsbeboere på 67 år eller eldre kartlagt sin ernæringsstatus, mens kun 16 % av de hjemmeboende ble kartlagt (3,4).

FAKTA

Av Wivi-Ann Tingvoll
Foto: Tor Engevik





Retningslinjene pålegger primærhelsetjenesten å gjennomføre vurdering av risiko for underernæring ved innleggelse eller vedtak, og deretter månedlig dersom faglig begrunnet opplegg ikke tilsier noe annet (6). Det er derfor viktig å ernæringscreening alle uansett vekt, da prosentvis vekttap er mere faretruende enn en lav KMI.

NKS Olaviken alders psykiatrisk sykehus i Bergen, er fremtidsrettet og jobber daglig med kvalitetsutvikling av kost og ernæring for å møte utfordringene med matinntaket og ernæringsstatus. De har eget kjøkken i sykehuset som legger til rette for næringsrik kost. Kjøkkensjef Ronny Nilsen ved sykehuset har et stort engasjement i dette arbeidet og i det daglige arbeide er det fokus på hvordan legge til rett for næringsrik kost til den enkelte pasient.

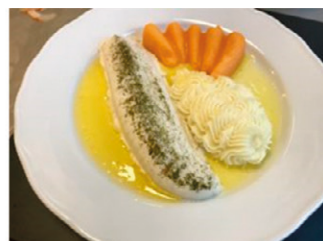
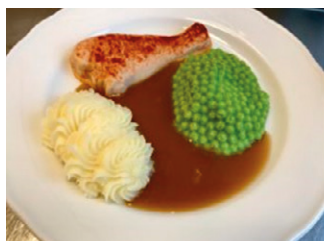
«Vi har et veletablert kjøkken som lager det meste av maten som serveres på sykehuset. Personalet er kvalifiserte medarbeidere som hver dag sørger for god og ernæringsriktig mat. Alle skal kunne spise godt og måltidsrettens utseende er av stor betydning når måltidet tilbedres. Vi sier ofte at vi spiser «med øynene». Er maten attraktiv kan det gi økt appetitt, noe som er særlig viktig for de som er underernærte, eller som står i fare for å bli det»

Delikat mat i ett hyggelig måltidsmiljø er grunnleggende faktorer for trivsel og god matlyst. Ved å tilrettelegge for bedre miljømessige forhold rundt spisesituasjonen, samt å tilpasse matens konsistens når det gjelder tygge- og svelgevansker, kan beboere på sykehjem bedre ivareta ernæringsstatus. F.eks. Dysfagi er underdiagnostisert.



Så mange som 13 % av normalbefolkningen over 65 år kan ha dysfagi, ofte uten at de er oppmerksom på det selv, og kanskje er halvparten av eldre på institusjon affisert. (7) Et viktig tiltak er innføring av naturtro purémat kan gi opptil 50 % økning i matinntaket (8).

«Vi har et uttalt mål om i tillegg til appetittvekkende purekost å redusere bruk av halv-



Hvordan maten kan tilberedes appetittvekkende.

fabrikata. Det er fokus på å utvikle produkter og smaker som er tilpasset de ulike pasientgruppene. En forutsetning for å lykkes med det er tett samarbeid med personalet i avdelingen og kjøkkenet om pasientenes matbehov. Et godt samarbeid på tvers med avdelingene og kjøkkenet samt kost ansvarlig i avdelingene er avgjørende om vi skal lykkes med vårt ernæringsarbeid. Nilsen sier videre at kontakt direkte med den enkelte pasient og kjøkkenet er viktig og han er ofte på avdelingen og samtaler både med personalet og den enkelte brukere for å kunne legge til rette for et riktig og næringsrikt måltid. Vi legger stor vekt på et sunt og variert kosthold, med gode tilbud til våre pasienter. Maten er hjemmelaget og næringsrikt, og det står fisk på menyen 3 dager i uken. Kjøkkenet produserer også det meste av brød og kaker selv».

Vi serverer årlig omkring 71 580 måltider til våre brukere og ansatte. Måltidene tilstrebes av å skape glede og nytelse for pasienter og ansatte, men det spiller samtidig en avgjørende rolle for pasientene sin behandling og restitusjon.

Våre kjerneoppgave er derfor å sikre at den maten vi serverer er både rik på næring, er av kulinarisk høy kvalitet og tilpasset våre brukeres matkultur og smak.

Kostholdboken (5) er kjøkkenets bibel, og den er på sett og vis som pasient/behandlingsforløp og samhandlingsreform – den synliggjør et helhetsperspektiv med hovedfokus på å heller forebygge mer og behandle mindre. Hensikten er å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgs da er måltidene viktig for trivsel og helse.

I NKS Olaviken tar vi disse føringene på alvor – gjennom ovennevnte tiltak.

Både sykdommene selv, behandlingen eller bivirkning av behandling har betydning for kosthold og ernæring. Også legemidler kan påvirke matlyst og ernæringsstatus. Sammen med naturlige endringer som skjer i alderdommen påvirker dette ernæringsbehov og matinntaket, og det øker risiko for feil- og underernæring og ytterligere sykdom. Maten er en

viktig del av den medisinske behandlingen og noen ganger er maten det eneste som skal til for å bedre helsetilstanden (10). Riktig og tilpasset ernæring bidrar til å opprettholde funksjon, allmenntilstand og forebygge progresjon av eller komplikasjon av sykdom.

I følge Helsedirektoratets: «Å være godt ernært, har en positiv effekt for pasientens velvære (overskudd, humør, appetitt), bidrar til å bevare funksjonen, gir bedre muskelstyrke, raskere sårheling, bedre immunforsvar og færre komplikasjoner» (9).

Underernæring har helsemessige konsekvenser som fører til redusert fysisk og kognitiv funksjon, nedsatt effekt og toleranse av behandling, økt sykkelighet og økt dødelighet. Kjente følger er gjentatte sykehusinnleggelse, flere legebesøk, økt behov for helse- og omsorgstjenester i eget hjem, korttidsopphold og tidligere behov for sykehjems plass (2).

Disse utfordringer krever kontinuerlige forbedring for å opprette kvaliteten på kost og ernæring til eldre, avslutter Nilsen. ■

Referanser

1. Bøhn BH, m.fl. Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Delrapport Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/leve-helelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport1_mat_ernaering_eldre.pdf.
2. Mowé M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002;122(8): 815–8.
3. Helsedirektoratets: «Å være godt ernært, har en positiv effekt for pasientens velvære
4. Helsedirektoratet. Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%BBling-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
5. Helsedirektoratet. Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet, 2012. Tilgjengelig fra: w
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet, 2018. Tilgjengelig fra: Forebygging og behandling av underernæring - Helsedirektoratet
7. Manduchi, B., Walshe, M., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P. & McCarron, M. (2020): Prevalence and risk factors of choking in older adults with intellectual disability: Results from a national cross-sectional study, Journal of Intellectual & Developmental Disability, DOI: 10.3109/13668250.2020.1763278
8. Olivia Farrer,Carla Olsen,Emily Teo (2015) Does presentation of smooth pureed meals improve patients consumption in an acute care setting: A pilot study <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12198>
9. Helsedirektoratet. Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%BBling-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>



**Helsedirektoratets
anbefalinger for fysisk
aktivitet:**

Eldre med nedsatt mobilitet bør gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken for å styrke balansen og forhindre fall.

AKTIVE ELDTRE – EN LEVENDE ALDERDOM GJENNOM STYRKETRENING OG FYSISK AKTIVITET

Et flerfaglig livsgledeprosjekt som har som mål å tilrettelegge for en aktiv og levende alderdom. Prosjektet ble startet av Tor Engevik, leder i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for geriatri og demens, i samråd med Ingrid Tvedt, institusjonssjef ved Løvåsen sykehjem og Rune Eidset, spesialrådgiver i Etat for alders- og sykehjem. Det er senere utprøvd og videreutviklet i samarbeid med beboere og ansatte ved sykehjem i Bergen. Opplegget er utprøvd på et tredvetalls sykehjem, serviceboliger, dagsentre og eldretreninger i forskjellige kommuner i Hordaland og Sogn Fjordane.

HAR ELDTRE BEHOV FOR STYRKETRENING?

For yngre er det **viktig** å trene. For eldre er det **livsviktig** å trene. Muskelsvinn eskalerer etter 60 års alder. Det som kan forebygge dette er styrketrening. De fleste av oss vil jo bli eldre? Forskning viser også at styrketrening forebygger demens og reduserer utvikling av demens.

MOTIVASJONSFAKTORER

På sykehjem kan dette kan være:

- Musikk. Det er gøy å trene til musikk.
- Reminisens . Å trene hjernen øker tilstedeværelse.
- Sosialt samvær. Trene øvelser sammen.
- Ernæring. Viktig med drikke etter trening for å gjenopprette væskebalanse som er et av våre grunnleggende behov. I tillegg er det sosialt og øker livsglede for både pleiere og beboere.

Hvilket utstyr har man behov for?

- En strikk med to håndtak, og som ikke er for stram
- Tre sanger fra CD, (eller I-Pod), tilpasset beboergruppens musikksmak
- En CD spiller, (eller et annet musikkanlegg)
- Treningsprogram med eksempler på øvelser
- Diktbok
- En eller to pleiere med godt humør som kan lede treningsprogrammet og vise øvelsene



REMINISENS OG HVILE ETTER TRENING

Det er viktig å finne hvilepulsene sammen og se til at alle har det greit etter treningen. Det gjør vi samtidig som vi tar noen rim og regler eller noen sanger sammen. Viktig at alle som kan, får være med. Ofte kan de eldre noen regler som vi ikke kan fra før. Slik utvides horisonten gradvis og treningsopplegget får nytt innhold. Det er også mulig å ta en mental reise. Vi starter på sykehjemmet og forestiller oss at vi går eller kjører til steder beboerne har vært tidligere.

STATUS: SAMTLIGE BEBOERE GLEDER SEG TIL TRENINGEN

Prosjektet er utprøvd på 8 bogrupper på Løvås sykehjem og et titalls sykehjem og dagsentre i Hordaland. Alle gleder seg til treningen hver eneste uke. Det som overrasker er at beboere man kunne tro ikke ville ha størst utbytte, også viser glede og blir med på treningen. Forskning viser at jo dårligere utgangspunkt jo større potensial. Det å kunne reise seg fra en stol gir stor livsglede kontra det å ikke kunne reise seg fra stolen. Å reise seg er utgangspunkt for andre aktiviteter.

FORTSETTELSEN

Det vurderes å få treningsopplegget innført i alle serviceboliger i Laksevåg bydel i Bergen. Tanken er å undersøke om de som bor i serviceboligene blir boende lengre i boligene før de kommer på sykehjem, etter innføring av treningsopplegget.

REFERANSER

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431827/>

<http://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Demens-ingen-hindring-for-effektiv-trening>

<http://www.aldringoghelse.no/file/tidsskriftet/fulltekstartikler/glimt-av-glede-et-doktorgradsprosjekt-om-musikk-terapi-med-personer-med-demens>

<https://www.nrk.no/trondelag/xl/tunge-loft-kan-forlenge-livet-1.12787125>

Kontaktinfo:

Tor Engevik • tor.engevik@hotmail.no • tlf. 905 46 228

Lærerikt fagseminar i Narvik

Den 25. september 2022 arrangerte lokalgruppleder Tina Sjøvold og lokalgruppen til NSF's faggruppe i geriatri og demens i Nordland et kjekt og lærerikt fagseminar om demens i Narvik. Fagseminaret ble arrangert i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelse og ble avholdt i auditoriet ved universitetet i Narvik og ble avsluttet med hyggelige fagkveld med kulturelle innslag i sjømannskirka.

Seminarets første foredragsholder var Guri Indregard som kom med en personlig fortelling om sin mor med Alzheimers sykdom. Etter lunsj var det sykepleier og musiker Gina Nordby som forteller om hvordan hun med

musikk og sang ville skape og bevare gløden i eldreomsorgen. Og siste foredragsholdere ut var faggrupeleder Tor Engevik og norgesmester i styrkeløft 77 år unge Unni Olsen. Unni som har beinskjørhet fortalte levende om hvorfor hun begynte å trene styrkeløft som 62 åring etter 37 år på en kontorstol. Og hun fortalte humoristisk om hvordan hun klarte å trene styrkeløft og bli norgesmester til tross for to armbrudd i løpet av noen få år. Tor Engevik fortalte deretter om hvordan man kan forebygge sykdom med trening og aktivitet og kom med gode historier fra sitt virke som sykepleier i eldreomsorgen. Tor fortalte hvor viktig det er at eldre

får leve aktive liv og om alle de positive ringvirkninger eldre får av trening, musikk og reminisens også når de er på sykehjem.

Fagseminaret ble deretter avsluttet med kaffe og kaker i Sjømannskirken der lokal musikanter Torbjørn Dåbach spilte gitar og sang både kjente og mer lokale låter. Deretter kom Gina Nordby nok en gang og fortalte humoristisk om sine «små møter og store øyeblikk» mens hun spilte og sang til stor applaus fra salen. De fremmøtte ga uttrykk for at det hadde vært en engasjerende og lærerik dag med gode faglige påfyll. ■



Sykepleier og musiker Gina Nordby synger og forteller gode historier om «små møter - store øyeblikk» på fagseminar i Narvik. Foto: Tor Engevik

Vinterseminar for NSF FGDs lokalgruppe i Oslo og Akershus

Den 3. november arrangerte NSF FGDs lokalgruppe i Oslo og Akershus et engasjerende vinterseminar med tittelen: Er det tabu? Rus, vold og seksualitet i eldreomsorg.

Første foredragsholder, Laila Kathleen Johansen, snakket entusiastisk om «Forståelse av seksualitet i møte med eldre og personer med demens». Laila kom med mange eksempler fra sitt virke som sykepleier på sykehjem, sykehus og hjemmesykepleie.

Psykolog Nina Langmyr ved KORUS Oslo fortalte om «Aldring, alkohol og legemidler - Den viktige samtalen». Til sist fikk vi foredraget «Ny forståelse av aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp» med Bjørn Lichtwarck – Spesiallege/PhD og Janne Myhre – dagligleder og spesialsykepleier/PhD, begge ansatt ved forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom.

Det ble en utrolig spennende dag for de 20 fremmøtte sykepleierne og andre fagpersoner som stilte i kommunestyresalen i Lillestrøm og hadde gode faglige diskusjoner om rus, vold og seksualitet i eldreomsorgen. Det er bare å rette en stor takk til styret i lokalgruppen i Oslo/Akershus for å ha stått for dette gode seminaret. ■

Fra venstre: Styret i lokalgruppe for Oslo og Akershus, Trude Irene Solberg, Marina Rudenko, Christine Ekrheim og fagleder Tor Engevik.
Foto: Ranveig Lie



Deltagere ved lokalgruppe for Oslo og Akershus vinterseminar.
Foto: Tor Engevik



Foredragsholder: Laila Kathleen Johansen.
Foto: Tor Engevik

RESOURCE® ULTRA FRUIT

– endelig en klar næringsdrikk
med EKSTRA MYE PROTEIN



Resource® Ultra Fruit er en klar og energirik næringsdrikk som inneholder **75 prosent mer protein** enn andre klare næringsdrikker, som finnes på markedet. Et **leskende og velsmakende alternativ** til melkelignende næringsdrikker, som med fordel kan brukes som et næringsrikt alternativ til vann, saft og juice. Resource® Ultra Fruit inneholder **100 % myseprotein** og er **fettfri**.

Informasjon til helsepersonell

Resource® Ultra Fruit er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn. Til kostholdsbehandling av pasienter med underernæring eller i risiko for underernæring.

www.nestlehealthscience.no



 **Nestlé**
HealthScience

Mer verdig omsorg



- DignaCare er en fleksibel sensor som festes enkelt på utsiden av inkontinensproduktet.
- Sensoren varsler om behov for skift av inkontinensprodukt via en brukervennlig app.
- DignaCare sikrer en verdig hverdag for de som lever med inkontinens, og en enklere hverdag for helse- og omsorgspersonell. Med DignaCare kan vi som samfunn oppnå høyere kvalitet i behandling, og omsorg, og gi mer helse for investerte kroner.

Besøk: www.dignacare.com



**SYKEPLEIERE
STERKERE
SAMMEN**

Søknad fagutvikling- og aktivitetsmidler

Sentralt fagforum ønsker å stimulere til fagutviklingsarbeid knyttet til NSF og/ eller faggruppene innsatsområder. Vi lyser derfor ut muligheten til å søke om fagutviklingsmidler for 2023 gjennom Sentralt fagforum, med frist **15. januar 2023**.

I tillegg ønsker Sentralt fagforum å stimulere til aktivitet i faggruppene gjennom å lyse ut aktivitetsmidler for 2023. Frist for innsending av søknad til **Geriatri og demens landsstyre er 15. januar 2023**.

Du kan lese mer om kriterier og søknadsprosess ved å følge lenken:

<https://www.nsf.no/fg/sentralt-fagforum/fagutviklingsmidler-og-aktivitetsmidler-2023>

Vi håper å se din søknad!

Bli medlem

Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

- Tor Engevik, Storhammeren 5, 5145 Fyllingsdalen.
- Eller send en e-post med opplysningene til tor.engevik@hotmail.no
- Eller meld deg inn ved å sende ordet: GERIATRI til 02409

INNMELDINGSBLANKETT

Jeg ønsker å bli medlem av NSF FGD:



NSF's FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Navn:

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 400,- for 2023. Pensjonister og medlemmer som ikke er i aktivt arbeid betaler 50 prosent av kontingent.

Sykepleierstudenter kan nå være gratis medlemmer ut det året de er ferdig med bachelorgraden sin.

De vil da få fagtidskriftet gratis i postkassen sin to ganger årlig i tillegg til en rekke andre medlemsfordeler.