

Masteroppgave

Masterstudium i spesialsykepleie til akutt og kritisk syke
pasienter med spesialisering i akuttsykepleie

November 2024

Forslag til fagprosedyre for initialvurdering av eldre
med akutt funksjonssvikt i akuttmottak

Kandidatnavn: Berit Jonli og Ida Eline Selbekk
Emnekode: MASY5900-1

Antall ord: 15790

FORORD

Tankene rundt denne masteroppgaven begynte å spire våren 2022 mens vi begge var godt i gang med videreutdanning i akuttpsykepleie. Etter å ha jobbet flere år som sykepleiere i akuttmottak har vi erfart at eldre som kommer inn med diffuse og atypiske symptomer potensielt kan ha akutt og alvorlig sykdom som krever rask igangsetting av behandling. Vår erfaring er at disse pasientene ikke nødvendigvis blir fanget opp av triagesystemet vi anvender, og har økt risiko for å bli undertriagert. Noe som potensielt kan føre til forsinket behandling og dårligere prognoser for pasienten. Vi ønsket derfor å utforme en fagprosedyre ment som et tilleggsverktøy i initialvurderingen av denne pasientgruppen.

Vi ønsker først og fremst å takke våre nærmeste for å ha støttet oss og gitt oss rom til å kunne fullføre dette tidkrevende prosjektet. Vi ønsker å takke våre ledere Jannicke Blåsberg og Berit Wiklund som har tilrettelagt og gitt oss 30 permisjonsdager med lønn som vi har benyttet til å skrive denne masteroppgaven. Vi føler oss heldige som har ledere som prioriterer kompetanse og fagutvikling i avdelingen. Helt til slutt vil vi takke vår stødige veileder Stine Engebretsen som gjennom hele prosessen har vært tilgjengelig med sin kompetanse og erfaring. Vi takker for konstruktive tilbakemeldinger og støtte.

Det har vært en krevende prosess å gjennomføre dette prosjektet ved siden av full jobb og familieliv. Vi synes selv vi har utgjort et godt team og takker hverandre for et godt samarbeid, nå gleder vi oss til å gå på jobb som ferdige spesialsykepleiere med mastergrad i akuttpsykepleie.

Ida Eline Selbekk og Berit Jonli

November, 2024

SAMMENDRAG

Tittel og undertittel: Forslag til fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak.

Bakgrunn: Eldre pasienter som blir henvist grunnet akutt funksjonssvikt er en pasientgruppe som har risiko for å bli undertriagert. Symptomene er ofte diffuse og atypiske, og kan være påvirket av kroniske tilstander og medikamentbruk. Disse pasienten får ofte lav triagescore fordi de verken får nok avvikende treff i vitale parameter eller treff i triage-systemets indeks.

Forskning viser at det er utfordrende å gi riktig prioritering og behandling til eldre med atypiske symptomer. I stedet for de typiske symptomene ved akutt sykdom, presenterer eldre med akutt funksjonssvikt uspesifikke symptomer som blant annet fall, nedsatt mobilitet, inkontinens og akutt forvirring. Det er spesielt viktig med tidlig diagnostisering og behandling av eldre grunnet redusert reservekapasitet og dermed økt risiko for utvikling av alvorlig forløp med varig nedsatt funksjonsevne og død (Sortland et al., 2021, s. 56-57).

Hensikt og problemstilling: Fagprosedyren skal sikre en kunnskapsbasert praksis ved initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Målet er å raskt avdekke akutt og alvorlig sykdom hos denne pasientgruppen slik at riktig behandling kan iverksettes tidlig.

Kvalitetsarbeidets problemstilling er: Forslag til fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak

Metode: Metoden for denne masteroppgaven er kvalitetsarbeid. Vi har valgt å anvende Konsmos modell for kvalitetsarbeid og Helsedirektoratets veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Kunnskapssøket er strukturert ved hjelp av PICO-skjemaer og kunnskapspyramiden er benyttet som veiledning til kildevalg. Fagprosedyrens oppbygging er strukturert etter sykehusets mal og er evaluert med AGREE II -verktøyet.

Resultat: Resultatet er et forslag til en kunnskapsbasert fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak, St. Olavs Hospital avdeling Orkdal Sjukehus.

Konklusjon: Forslaget til fagprosedyre kan føre til standardisert initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt hvor akutt og alvorlig sykdom blir oppdaget tidlig. Dette kan bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet.

Nøkkelord: Akuttsykepleie, akutt funksjonssvikt, akuttmottak, initialvurdering, eldre, kvalitetsforbedring, fagprosedyre.

ABSTRACT

Title and subtitle: Proposal for a clinical practice guideline for initial assessment of elderly patients with acute functional decline in the emergency department.

Background: Elderly patients who are referred to the emergency department due to acute functional decline are a group of patients with an increased risk of being undertriaged. The symptoms are often vague and atypical, and may be influenced by chronic conditions and medicine use. These patients often have normal vital signs. Signs and symptoms are not present in the triage system, and because of this tends to get too low triage score.

Research shows that it's challenging to give correct priority and treatment to elderly patient with atypical symptoms. Instead of the typical symptoms of acute illness, elderly people with acute functional decline present non-specific symptoms such as falls, reduced mobility, incontinence and acute confusions. Early diagnosis and treatment of the elderly is particularly important due to reduced reserve capacity and thus an increased risk of developing a serious illness with permanent disability and possible death (Sortland et al., 2021, s. 56-57).

Objective and problem: The clinical practice guideline should ensure a evidence-based practice during the initial assessment of elderly patients with acute functional decline. The aim is to quickly detect acute and serious illness in this group of patients so that correct treatment can be initiated early.

Proposal for clinical practice guideline for initial assessment of elderly patients with acute functional decline in the emergency department.

Method: The method of this master's thesis is quality work. The candidates have chosen to use Kongsmo's model for quality work and the Norwegian Directorate of Health's Guidelines for Development of Evidence-based guidelines. The search for previous academic publications is structured using PICO-forms, and the knowledge pyramid is used as a guide for source selection. The professional guideline is structured according to the hospital's template and is evaluated with the AGREE II.

Results: The result is a proposal for a evidence-based guideline for initial assessment of elderly patients with acute functional decline in the emergency department, St. Olavs Hospital, department Orkdal Sjukehus.

Conclusion: The proposal for an evidence-based guideline can lead to a standardized initial assessment of the elderly patients with functional decline impairment where acute and serious illness is detected early. This can contribute to increased patient safety and quality in the health service.

Keywords: Emergency nursing, acute functional decline, emergency department, initial assessment, elderly, quality improvement, clinical practice guideline.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av valgt tema.....	1
1.2	Oppgavens avgrensing	3
1.3	Oppgavens oppbygning	3
2.0	Teori.....	4
2.1	Akutt funksjonssvikt	4
2.2	Initialvurdering	5
2.3	Akuttsykepleierens funksjon og ansvar.....	6
3.0	Metode.....	8
3.1	Modell for kvalitetsforbedring	9
3.2	Retningslinjemetodikk	10
3.3	Akuttsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid	12
4.0	Forberede og planlegge.....	13
4.1	Behovet for kvalitetsarbeidet.....	13
4.2	Finnes det tilsvarende kvalitetsarbeid?	15
4.3	Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikter	21
4.4	Kvalitetsarbeidets målsetting, målgruppe og kvalitetsindikatorer	23
4.5	Kunnskapssøk	25
4.5.1	Forskningkunnskap.....	25
4.5.2	Erfaringskunnskap	29
4.5.3	Pasientkunnskap	30
4.5.4	Kildekritikk	32
4.5.5	Inklusjonskriterier.....	33
4.5.6	Eksklusjonskriterier.....	36
5.0	Utforming av kvalitetsarbeidet.....	37
5.1	Hensikt.....	37
5.2	Omfang	38
5.3	Grunnlagsinformasjon.....	38
5.4	Ansvar.....	39
5.5	Arbeidsbeskrivelse.....	40
5.5.1	A – Airways.....	40
5.5.2	B – Breathing	41

5.5.3	C – Circulation	43
5.5.4	D – Disability	46
5.5.5	E – Exposure	47
5.5.6	Erfaringskunnskap	49
5.5.7	Pasientkunnskap	49
6.0	Presentasjon av kvalitetsarbeidet	52
6.1	Presentasjon av fagprosedyren	52
7.0	Evaluering av forbedringsarbeidet	59
7.1	Avgrensning og formål	59
7.2	Involvering av interessenter	59
7.3	Metodisk nøyaktighet	60
7.4	Klarhet og presentasjon	61
7.5	Anvendbarhet	61
7.6	Redaksjonell uavhengighet.....	62
8.0	Etiske overveielser.....	63
9.0	Hvordan følge opp kvalitetsarbeidet?.....	66
9.1	Å få prosedyren godkjent i avdelingen	66
9.2	Å få ansatte til å ta i bruk fagprosedyren.....	67
10.0	Konklusjon	69
	Referanseliste.....	70

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven er et kvalitetsarbeid hvor vi har utarbeidet et forslag til en fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. En fagprosedyre beskriver detaljert hvordan en bør utføre klinisk avgrensede oppgaver. Ved å standardisere oppgaver i helsetjenesten vil man kunne unngå uønsket variasjon, noe som kan bidra til å fremme trygg og god helsehjelp (Helsedirektoratet, 2012, s. 13).

1.1 Presentasjon av valgt tema

I et akuttmottak vurderes og behandles pasienter med sykdom og skade av ulik alvorlighetsgrad. I årene fremover vil andelen eldre i Norge øke, og det er forventet at én av fem innbyggere vil være over 70 år i 2060. Eldre er blant dem som bruker akuttmedisinske tjenester mest, så denne endringen i befolkningen vil uten tvil påvirke arbeidshverdagen vår i akuttmottak (Sortland et al., 2021, s. 11; Mwakilasa et al., 2021, s. 1). Etter å ha jobbet flere år i akuttmottak har vi erfart at eldre pasienter som blir henvist grunnet akutt funksjonssvikt har en høy risiko for å bli undertriagert. Symptomene er ofte diffuse og atypiske, og kan være påvirket av kroniske tilstander og medikamentbruk. Vår erfaring er at disse pasienten kan få lav hastegrad selv ved akutt og alvorlig sykdom, fordi de ikke har avvikende treff i vitale parameter eller får høy score i triagesystemet.

Flere studier støtter opp under våre observasjoner og erfaringer. Det er utfordrende å gi riktig prioritering og behandling til eldre med atypiske symptomer. Atypisk sykdomspresentasjon fører ofte til feildiagnostisering og undertriagering som gir økt risiko for forsinket og utilstrekkelig behandling. Tidlig initialvurdering og diagnostisering kan minske faren for uheldige utfall og komplikasjoner, redusere liggedøgn på sykehus og redusere risiko for funksjonsnedsettelse og død (Sortland, et al., 2021, s. 9-11; Pisani, 2023, s. 6; Hofman et al., 2017, s. 241-245; Schultz et al., 2021, s. 2-3; Wachelder et al., 2017, s. 2).

Akuttsykepleierens forebyggende og behandlende funksjon innebærer blant annet å identifisere svikt eller oppdage faren for svikt i vitale funksjoner og kunne forebygge disse gjennom intervensjoner. Akuttsykepleieren skal bidra til pasientsikkerhet ved å forebygge uønskede hendelser og pasientskader (Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av akuttsykepleiere (NLAS), 2011, s. 4; Norsk sykepleierforbund (NSF), 2023, s. 1). Pasientsikkerhet kan defineres som "vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser" (Stubberud, 2020a, s. 68). Meldeordningen til Norsk pasientskadeerstatning og helsedirektoratet mottar en stor andel hendelser som er knyttet til svikt i kliniske prosesser og prosedyrer (Meld. St. 6 (2017-2018) s. 43-52). En kunnskapsbasert fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt kan bidra til å unngå uønsket variasjon i vurderingen av disse pasientene, noe som kan sikre trygge og gode helsetjenester (Nortvedt et al., 2021, s. 153-155; Helsedirektoratet, 2012, s. 10).

Akuttsykepleierens har en funksjon innenfor forskning og utvikling. Ved å anvende en kunnskapsbasert fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt vil det bidra til å sikre at akuttsykepleieren arbeider forsknings- og kunnskapsbasert (NLAS, 2011, s. 6). Forskning og utviklingsarbeid kan defineres som kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap. Kunnskapsbasert forskning bygger på anvendt forskning rettet mot praktiske mål eller anvendelser. Forskningsbasert kunnskap kan fungere som en veileder for praksis og pasientnære situasjoner i utøvelsen av faget (St. meld. Nr. 20 (2004-2005), s. 28; Nortvedt et al., 2021, s. 18-19).

Med utgangspunkt i våre tidligere erfaringer og vårt ansvar som akuttsykepleiere har vi utarbeidet et forslag til en fagprosedyre der akutt og alvorlig sykdom hos eldre med akutt funksjonssvikt kan fanges opp tidligere i forløpet og riktig behandling kan igangsettes. Vi har ikke funnet lignende eksisterende fagprosedyrer. Etter å ha presentert prosjektplan for ledelse og kollegaer i akuttmottaket får vi inntrykk av at det er både behov og ønske om en slik fagprosedyre. Målet med fagprosedyren er å raskt kunne identifisere akutt og alvorlig sykdom hos eldre med akutt funksjonssvikt for rask avklaring og videre kunne igangsette riktig behandling.

Oppgavens problemstilling "Forslag til fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak".

1.2 Oppgavens avgrensning

Masteroppgaven vil presentere forslag til en fagprosedyre som retter seg mot initialvurdering av pasienter 65 år og eldre med akutt funksjonssvikt. Initialvurderingen baseres på ABCDE-prinsippene og innebærer observasjon, overvåkning og prøvetakning av pasienten. Fagprosedyrens overordnede mål vil være å avdekke somatisk akutt og alvorlig sykdom hos eldre med akutt funksjonssvikt. Fagprosedyren vil ikke være dekkende for pasientens psykiske tilstand og behov i sin helhet, likevel vil det være aktuelt å observere blant annet bevissthet og symptomer på delirium. Fagprosedyren vil heller ikke være gjeldende for ustabile pasienter som kommer inn med annen henvisningsdiagnose enn akutt funksjonssvikt. Disse pasientene vil bli vurdert i henhold til allerede eksisterende fagprosedyrer. Forslaget til fagprosedyren vil gjelde for helsepersonell som utfører initialvurdering av pasienter med utgangspunkt i akuttmottak som arbeidssted. Fagprosedyren vil ikke omhandle resultat av diagnostikk og behandling.

1.3 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er en monografi. Innledningsvis presenteres oppgavens tema, problemstilling og avgrensning. Deretter presenteres teoridelen i oppgaven. I teorikapittelet redegjøres det for akuttsykepleierens funksjon og ansvar ved initialvurdering og behandling av eldre med akutt funksjonssvikt. Oppgavens metodekapittel inneholder beskrivelse av modell for kvalitetsarbeid og retningslinjemetodikk. Videre i oppgaven vil det presenteres behov og mål for kvalitetsarbeidet, samt kunnskapssøk og kildekritikk. Deretter presenteres og drøftes kvalitetsarbeidet ut ifra funnene i kunnskapssøket og tidligere erfaring.

2.0 Teori

Akutt sykdom beskrives som skade eller sykdom som oppstår raskt eller brått. Akutt sykdom omfatter både kirurgiske og medisinske tilstander som ofte krever behandling på sykehus. Med riktig behandling kan akutt sykdom helbredes raskt, men noen ganger kan det utvikle seg til kritisk eller kronisk sykdom. Kritisk sykdom omhandler tilstander og sykdommer som er svært alvorlige og mulig livstruende. Disse pasienten har ofte svikt i en eller flere vitale organer og kan oppleves som ustabile (Stubberud, 2020b, s. 28). Ustabile pasienter krever kontinuerlig overvåkning og tiltak for å forebygge videreutvikling av helsesvikt (NLAS, 2011, s. 4). Akutt sykdom kan være vanskelig å oppdage hos eldre på grunn av atypiske symptomer eller manglende symptomer. Akutt funksjonssvikt kan derfor være det eneste tegnet på akutt sykdom hos eldre (Sortland et al, 2021, s. 11 & 54; Saltvedt 2021, s. 1). I neste underkapittel skriver vi mer om akutt funksjonssvikt.

2.1 Akutt funksjonssvikt

Akutt funksjonssvikt kan defineres som tap av én eller flere evner til å gjennomføre grunnleggende daglige gjøremål (ADL) og oppstår i løpet av 1-2 uker. Ulike profesjoner bruker Barthel ADL-indeks til å vurdere i hvilken grad pasienten klarer å gjennomføre ulike gjøremål som blant annet påkledning, spising og personlig hygiene. Symptomene på akutt funksjonssvikt er ofte sammensatte, men redusert mobilitet, delirium, fall, underernæring og/eller dehydrering kan være typiske funn (Saltvedt, 2021, s. 1; Ward & Reuben, 2024, s. 6; Ranhoff, 2020, s. 234). Vår erfaring fra akutmottak er at det legges inn et stort antall eldre pasienter med akutt funksjonssvikt som henvisningsdiagnose. Tall fra Sortland et al. (2021, s. 54) viser at 35,2 % av eldre med uspesifikke symptomer og plager har tilstedeværelse av akutt sykdom.

Eldre med akutt sykdom mangler ofte de organrettede tegn og symptomene som ellers regnes som typiske. Ved aldring svekkes evnen til å opprettholde fysiologisk homeostase og den fysiologiske reservekapasitet svekkes. Akutt sykdom hos denne pasientgruppen kan gi symptomer fra helt andre deler av kroppen enn der den akutte

sykdommen finnes (Wyller, 2020, s. 45-48). Symptomene oppstår ofte fra det organsystemet som er mest svekket fra før. For eksempel kan eldre som er glemsk bli mer glemsk og eldre med ustødig gange får økt falltendens. Dette kan gjøre symptomene diffuse. I tillegg kan eldre ha fravær av symptomer (Sortland et al., 2021, s. 11). For eksempel fravær av feber ved alvorlig infeksjon, hjerteinfarkt uten brystmerter, blindtarmbetennelse uten abdominale smerter og urinveisinfeksjon uten smerter ved vannlatning. Symptomene kan skyldes pasientens kroniske sykdom eller er en naturlig konsekvens av normale aldersforandringer (Wyller, 2020, s. 45-48; Sortland et al., 2021, s. 50-54).

Akutt funksjonssvikt er en hyppig innleggelsesårsak og skyldes alltid akutt sykdom, skader, forverring av kronisk sykdom eller legemiddelbivirkning. Vurdering av alvorlighetsgrad kan være vanskelig og tilstanden kan raskt forverre seg. Årsaken til dette er at symptomene ofte er diffuse og er preget av kroniske sykdommer og aldersforandringer (Ranhoff, 2020, s. 234; Saltvedt, 2021, s. 1). Dette gjør diagnostisering av eldre utfordrende og alvorlighetsgraden blir ofte undervurdert (Wyller, 2020, s. 45-48). Derfor kreves det en rask og bred diagnostikk for å avdekke en potensiell akutt og alvorlig årsak, som for eksempel infeksjoner, kardiovaskulær sykdom og metabolske forstyrrelser (Ranhoff, 2019, s. 303-308; Ward & Reuben, 2024, s. 2).

2.2 Initialvurdering

En initialvurdering av en pasient omhandler i grove trekk triagering, overvåkning, datainnsamling og prøvetaking (Engebretsen, 2020, s. 497). En kunnskapsbasert fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt kan hjelpe akuttstusykepleieren til å gjøre riktige vurderinger. Dette kan bidra til å sikre at denne pasientgruppen får lik utredning og behandling, noe som kan sikre god kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2012, s. 10). Denne fagprosedyren bygger på ABCDE-prinsippene (Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) og er en rask og systematisk måte å avdekke akutt sykdom. Prinsippene brukes på de fleste pasienter i akuttmottak (Engebretsen, 2020, s. 497). En observasjonsstudiet viser at

ABCDE-prinsippene ble brukt i 100 % av tilfellene hos pasienter med triagekode rød, mens hos pasienter med triagekode gul ble de samme prinsippene brukt kun 24 % av tilfellene (Olgers et al., 2017, s. 108). Diffuse symptomer som fall, forvirring eller nedsatt funksjonsnivå kan være tegn på akutt og alvorlig sykdom. Derfor er det viktig med kliniske observasjoner og vurderinger, slik at riktig diagnose blir stilt og riktig behandling blir igangsatt (Sortland, 2021, s. 54-57; Helsedirektoratet, 2022, s. 1-3).

2.3 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar

Akuttsykepleieren har en forebyggende-, behandlende-, lindrende- og rehabiliterende funksjon og ansvar. Det vil blant annet si at akuttsykepleieren skal kunne identifisere akutt sykdom hos pasienter og i tillegg kunne behandle og forebygge svikt i vitale funksjoner. For å oppdage akutt og alvorlig sykdom hos eldre med akutt funksjonssvikt kreves det at pasienten observeres og vurderes på en systematisk måte slik at man tidlig kan iverksette ulike intervensjoner. Dette krever avansert kunnskap innenfor mange ulike fagfelt som for eksempel indremedisin, kirurgi, ortopedi, nevrologi, traumatologi, geriatri og andre relevante kunnskapsområder (NLAS, 2011, s. 2-5). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har vi et selvstendig ansvar til å holde oss oppdatert om forskning innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2023, s. 2).

Den forebyggende funksjonen vil være svært relevant for temaet i masteroppgaven. Akuttsykepleierens forebyggende funksjon handler om å iverksette tiltak for å forebygge videreutvikling av helsesvikt og sykdom. Initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt kan bidra til at akuttsykepleieren, gjennom systematisk observasjon og vurdering, avdekker helsesvikt eller faren for helsesvikt. Ved å tidlig avdekke akutt sykdom og starte riktig behandling hos eldre med akutt funksjonssvikt kan man også unngå unødige undersøkelser og behandling som potensielt kan føre til komplikasjoner for pasienten (NLAS, 2011, s. 4).

Akuttsykepleierens behandlende funksjon handler om å utøve akuttsykepleie ut ifra kunnskapsbasert kompetanse og faglig forsvarlighet. Vi skal kunne utføre triagering og retriagering av akutt- og/eller kritisk syke/skadde pasienter (NLAS, 2011, s. 4). Fravær av klassiske symptomer kan føre til at akuttsykepleieren ikke oppfatter

alvorlighetsgraden til pasienter med akutt funksjonssvikt (Wyller, 2020, s. 45-49; Thune & Leonardsen, 2017, s. 4-5). Eldre redusert reservekapasitet og dårligere evne til å kompensere for akutt sykdom (Schultz et. al., 2021, s. 1). Derfor er det viktig med rask initialvurdering og bred diagnostisering for å raskt iverksette adekvat behandling. Dette kan bidra til å øke sannsynligheten for at pasienten overlever og opprettholder funksjonsnivået. Akuttsykepleieren har et selvstendig ansvar til å vurdere, stille sykepleierdiagnoser og utføre tiltak på bakgrunn av dette (NLAS, 2024, s. 4). Akutt funksjonssvikt er svært ofte forårsaket av akutt og alvorlig sykdom. Derfor er det nødvendig at vi som akuttsykepleiere har gode kunnskaper om mulige årsaker til akutt funksjonssvikt og kunnskap om symptomutvikling hos eldre (Wyller, 2020, s. 48). Mangelfull vurdering kan resultere i undertriagering og feildiagnostisering av denne pasientgruppen (Wachelder et. al., 2017, s. 8).

Akuttsykepleierens lindrende funksjon handler blant annet om å begrense styrken og omfanget av pasientens belastninger i forbindelse med sykdom, skade og intervensjoner. Forebyggende, behandlende og lindrende tiltak bidrar til å bedre pasientens funksjonsnivå og forebygge komplikasjoner. Disse tiltakene vil ha en indirekte rehabiliterende effekt og dermed vil den rehabiliterende funksjonen allerede starte i det akutte stadiet av pasientens behandlingsforløp (NLAS, 2011, s. 4-5).

Masteroppgave i kvalitetsarbeid bidrar til å sette fokus på behovet for kontinuerlig faglig utvikling. Gjennom denne masteroppgaven blir vi utfordret til å bidra med fagutvikling ved å innhente relevant forskningskunnskap, kritisk tenking og etisk refleksjon rundt temaet (NLAS, 2011, s. 7; NSF, 2023, s. 4).

3.0 Metode

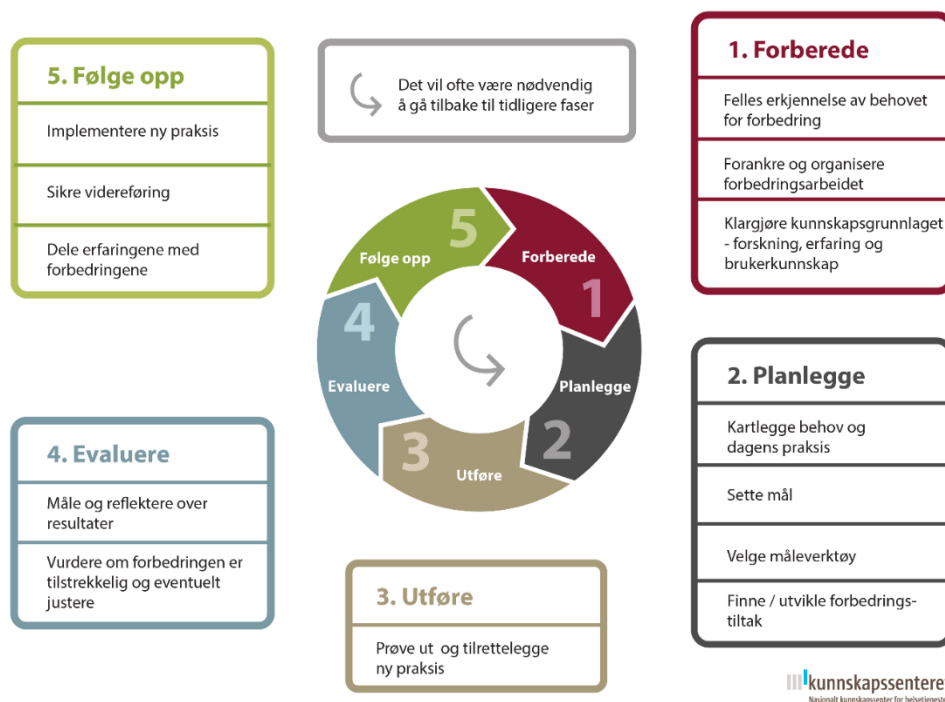
Helsetjenesten er i stadig utvikling og det finnes flere områder i helsetjenesten hvor man ønsker forbedring. Det kan være ønske om bedre resultat for pasientens helse, bedre pasientopplevelse, bedre for helsepersonell eller bedre for samfunnet (Helsebiblioteket, 2019, s. 3). For å opprettholde og videreutvikle gode helsetjenester er det nødvendig å drive med kvalitetsarbeid. Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess som fører til økt kvalitet i helsehjelpen og bidrar til å ivareta pasientsikkerheten (Stubberud, 2018, s. 11-14). God kvalitet i helsetjenesten innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Figur 1) (Helsebiblioteket, 2021a, s. 3; Helsedirektoratet, 2018, s. 3). Et kvalitetsarbeid omhandler både kvalitetskontroll og kvalitetsforbedring. I denne masteroppgaven har vi valgt å jobbe med kvalitetsforbedring. Kvalitetsforbedring handler om å ta i bruk eksisterende kunnskap i praksis. Det vil si at man tar i bruk forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap for å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester (Stubberud, 2018, s. 12).



Figur 1 Kvalitetsstjernen (Helsebiblioteket, 2021a, s. 3)

3.1 Modell for kvalitetsforbedring

Det finnes ulike metoder og verktøy man kan bruke til å jobbe med kvalitetsforbedring på en systematisk måte. Vi har valgt å anvende Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring i vår masteroppgave (se figur 2) (Konsmo et al., 2015).



Figur 2 Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring (Konsmo et al., 2015)

Denne modellen beskriver fem ulike faser for hvordan man kan gå frem for å oppnå forbedring i tjenestene. Hver fase består av flere trinn og beskriver arbeidsprosessen på makronivå (se tabell 1). Tabell 1 beskriver også hvordan vi har gjennomført dette i vår masteroppgaven. Modellen kan fungere som en huskeliste og kan bidra til å sikre en vellykket gjennomføring av forbedringsarbeidet. En annen fordel er at denne modellen kan anvendes både ved små og store forbedringsprosesser. Modellen er bygd opp som en sirkel med piler som viser prosessen fremover fra fase til fase. Ofte jobber man med flere trinn parallelt da trinnene delvis glir over i hverandre. I tillegg vil det være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen. Det er viktig å huske at kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess, noe som blir illustrert i modellens

sirkel. Sirkelen er et tegn på at man aldri blir ferdig i jobben med kvalitetsforbedring (Helsebiblioteket, 2021a, s. 2).

Tabell 1 - Modell for kvalitetsforbedring (Helsebiblioteket, 2021a, s.1) og beskrivelse av arbeidsprosessen på makronivå.

1. Forberede	Felles erkjennelse av behovet for forbedring	Dette er redegjort i kapittel 4.1
	Forankre og organisere forbedringsarbeidet	Dette er redegjort i kapittel 4.4
	Klargjøre kunnskapsgrunnlaget	Dette er redegjort i kapittel 4.5 med underkapitler
2. Planlegge	Kartlegge behov og dagens praksis	Dette er redegjort i kapittel 4.1 og 4.2
	Sette mål	Dette er redegjort i kapittel 4.4
	Velge måleverktøy	Dette er redegjort i kapittel 4.4
	Finne/utvikle forbedringstiltak	Dette er redegjort i kapittel 4.5
3. Utføre	Prøve ut og tilrettelegge ny praksis	Ikke aktuelt da dette er en masteroppgave.
4. Evaluere	Måle og reflektere over resultater	Fagproseduren evalueres ved hjelp av AGREE II i kapittel 7. Ut over dette er det ikke aktuelt med videre evalueringer, da dette er en masteroppgave.
	Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere	Ikke aktuelt da dette er en masteroppgave.
5. Følge opp	Implementere ny praksis	Ikke aktuelt da dette er en masteroppgave. Refleksjoner rundt fremtidig implementering fremkommer i kapittel 9.
	Sikre videreutvikling	
	Dele erfaringene med forbedringen	

3.2 Retningslinjemetodikk

Som retningslinjemetodikk har vi valgt å anvende Helsedirektoratets (2012) veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer ved utarbeidelse av vårt forslag til

fagprosedyre. Denne modellen beskriver arbeidsprosessen på mikronivå og blir presentert som en ti-trinns-prosess hvor hver av disse trinnene har underpunkter. En fagprosedyre er en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell bør utføre klinisk avgrensede oppgaver. En fagprosedyre skal være til hjelp for helsepersonell og kan i tillegg være med på å hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenestene (Helsedirektoratet, 2012, s. 10). Tabell 2 viser masteroppgavens arbeidsprosess ut fra disse ti trinnene.

Tabell 2 - Arbeidsprosessen beskrevet etter Helsedirektoratets veileder (2012) på mikronivå.

1. Bruk retningslinjemetodikk	I denne masteroppgaven har vi valgt å bruke Helsedirektoratets veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012)
2. Vurder og begrunn behovet for en faglig retningslinje	Behovet for en prosedyre om initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt er redegjort i kapittel 4.1
3. Skal du revidere eller utarbeide ny? Undersøk om det finnes retningslinjer om det aktuelle tema	Det skal utarbeides en ny fagprosedyre. Det finnes relevante fagprosedyrer fra tidligere, men ingen som går spesifikt på vårt tema. Vurdering av fagprosedyrer er dokumentert i Agree- II - skjema i kapittel 4.2
4. Nedsett en arbeidsgruppe og håndter habilitets og interessekonflikter	Arbeidsgruppen er redegjort i kapittel 4.3 Habilitet og interessekonflikter er redegjort i kapittel 4.3
5. Formuler målsetning, spørsmål, kvalitetsindikatorer og målgruppe	Dette er redegjort i kapittel 4.4 PICO-skjema presenteres i kapittel 4.5.1
6. Innhente og vurder kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon	Kunnskapsgrunnlaget er gjort rede for i kapittel 4.0 med underkapitler og kapittel 5.0 med underkapitler.
7. Utform anbefalingene	Dette er utformet i kapittel 5.0 med underkapitler og presentasjonen er redegjort i kapittel 6.0
8. Planlegg og gjennomfør implementering	Er ikke relevant da dette er en masteroppgave. Om fagprosedyren innføres, vil det være nyttig å prøve ut denne av kollegaer, få tilbakemeldinger og deretter utføre aktuelle endringer slik at den oppnår en brukervennlighet som er tilpasset avdelingen.

9. Planlegg evaluering og oppdatering	Forslaget til ny fagprosedyre er evaluert med verktøyet AGREE II i kapittel 7
10. Gjennomfør evaluering og oppdatering	Da dette er en masteroppgave, vil ikke fagprosedyrens effekt og oppdatering være aktuelt å gjennomføre.

3.3 Akuttsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

For å ivareta pasientsikkerheten og sikre høy kvalitet på helsetjenesten er det nødvendig å jobbe med kvalitetsarbeid på en systematisk måte (Stubberud, 2020a, s. 68). Akuttsykepleieren har et selvstendig ansvar i å arbeide med fagutvikling og forskning. I tillegg stilles det krav til å kunne jobbe forsknings- og kunnskapsbasert. Dette innebærer blant annet å anvende tilgjengelig forskning eller selv delta i forskningsarbeid for å opprettholde og videreutvikle akuttsykepleiefaglig kvalitet (NLAS, 2011, s. 7). Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-4a skal alle som yter helsetjenester sørge for at virksomheten arbeider systematisk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Kvalitetsforbedring handler om å innføre nye eller forbedrede prosesser, systemer eller tjenester som er basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap (Stubberud, 2020a, s. 68). Målet med denne masteroppgaven vil derfor ikke være å utvikle ny teoretisk kunnskap, men anvende eksisterende kunnskap i praksis.

4.0 Forberede og planlegge

I dette kapitlet presenteres arbeidet vi har gjort i den forberedende og planleggende fasen av kvalitetsarbeidet. Helsedirektoratets (2012) veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer beskriver hvordan disse fasene skal gjennomføres (se tabell 2).

4.1 Behovet for kvalitetsarbeidet

Eldre med atypiske symptomer på sykdom er mer utsatt for forsinket eller manglende diagnostikk. Det kan igjen føre til forsinket og/eller manglende behandling, lengre sykehusopphold, nedsatt funksjon og økt mortalitet (Hofman et al., 2017, s. 242). Sortland et al., (2021, s. 56) skriver at opptil 1 av 3 eldre har fravær av typiske symptomer på akutt sykdom. Derfor er det helt nødvendig med økt kunnskap om denne sårbare pasientgruppen for å kunne utøve helsetjenester av god kvalitet. Som helsepersonell er det utfordrende å triagere og diagnostisere denne pasientgruppen fordi det ofte er hovedsymptomet som fører oss inn på riktig diagnostisk tankegang. Hos eldre med akutt funksjonssvikt finner man ofte ikke et klart hovedsymptom (Sortland et al., 2021, s. 48).

Grunnet aldersforandringer, medikamentbruk og kroniske sykdommer kan symptomer hos eldre være diffuse eller fraværende og man finner nødvendigvis ikke dramatiske symptomer selv ved potensielt livstruende tilstander. Atypiske og uspesifikke symptomer presenterer seg gjerne som fall, nedsatt mobilitet, inkontinens og akutt forvirring. For å kunne avdekke potensielt akutt og alvorlig sykdom hos eldre som blir henvist med akutt funksjonssvikt må akuttstusykepleieren jobbe bredt. Pasientgruppen har ingen sikker diagnose ved innkomst, derfor er det nødvendig med en god og grundig vurdering slik at optimal behandling kan iverksettes til riktig tid. For tidlig identifikasjon av akutt sykdom hos eldre er det viktig at akuttstusykepleieren innehar kunnskap, viser gode holdninger og retter oppmerksomhet mot pasienten i akuttmiljøet. En systematisk og bred initial vurdering av pasienten vil kunne hjelpe helsepersonell å få et mer korrekt bilde av alvorlighetsgraden av

sykdom (Thune & Leonardsen, 2017, s. 2-5; Ranhoff, 2019, s. 306-308; Sortland et al., 2021, s. 8-11 & 56-57; Hofman et al., 2017, s. 241-242).

Ranhoff (2019, s. 303) beskriver at eldre med kroniske sykdommer er en sårbar gruppe som har økt risiko for å bli rammet av akutt sykdom. Eldre over 85 år har høy risiko for å bli utsatt for uønskede hendelser forårsaket av helsetjenesten.

Pasientsikkerhet handler om å unngå at pasienter utsettes for unødig skade og/eller mangel på ytelse (Stubberud, 2020a, s. 64). Sortland`s et al. (2021, s. 57) studie diskuterer flere mulige årsaker til at eldre med atypiske symptomer ikke får god nok helsehjelp. Et av punktene handler om at helsepersonell ikke oppfatter pasientene så dårlige som det de er, noe som kan føre til fravær av nødvendige undersøkelser og prøver. En standardisert fagprosedyre vil kunne bidra til å sikre at alle pasienter innenfor gitte inklusjonskriterier får lik initialvurdering i akuttmottak. Ved å ikke avdekke akutt og alvorlig sykdom tidlig nok står pasienten i fare for forsinket behandling og feil behandling, noe som kan beskrives som mangel på ytelse og dårlig kvalitet i helsetjenesten (Sortland et al., 2021, s. 57).

Kvalitet i helsetjenesten innebærer samordnede, virkningsfulle, trygge og sikre tjenester som involverer brukeren (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Helsepersonell herunder akutt sykepleiere er lovpålagt å sørge for at virksomheten jobber systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-4a). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det beskrevet at sykepleier skal bidra til pasientsikkerhet, samt forebygge uønskede hendelser og pasientskader. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for å sikre at arbeidet den enkelte utfører er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, 2023, s. 1-3). Ved å utarbeide en fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt kan akutt sykepleieren gjennom systematisk observasjon og vurdering ut ifra ABCDE-prinsippene avdekke helsesvikt eller faren for helsesvikt og bidra til økt kvalitet på tjenesten som utføres.

4.2 Finnes det tilsvarende kvalitetsarbeid?

I arbeidet med å skape en ny fagprosedyre er det hensiktsmessig å søke etter eksisterende kvalitetsarbeid om valgt tema, dette gjør man blant annet for å unngå dobbeltarbeid (Nortvedt et al., 2021, s. 48; Helsedirektoratet, 2012, s. 16). Først gjennomførte vi søk etter nasjonale faglige retningslinjer på helsedirektoratet og kunnskapsbaserte fagprosedyrer via helsebiblioteket. Det ble videre gjennomført systematiske søk i flere norske og internasjonale databaser, oversikt over anvendte databaser og funn vises i tabell 3. Søket ble utført ved å bruke relevante søkeord. I norske databaser som helsedirektoratet og helsebiblioteket brukte vi søkeordet "akutt funksjonssvikt". Akutt funksjonssvikt kan ikke oversettes direkte fra norsk til engelsk. Ved søk i internasjonale databaser anvendte vi søkeordene "frail, elderly, frailty, acute malfunction and acute functional decline" i ulike kombinasjoner.

Tabell 3 - Oversikt over systematisk søk for tidligere kvalitetsarbeid.

Søk	Funn	Resultat
1. Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet	Ingen	
2. Helsebibliotekets retningslinjedatabase	1	Noe relevans, men prosedyren omfatter videre utredning
3. Andre norskspråkelige fagprosedyrer	3 (St. Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal, Diakonhjemmet sykehus)	Noe relevans, men prosedyrene omfatter utredning på sengepost
4. Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer utviklet i andre land - Center for klinisk retningslinjer - Guidelines international network - Joanna Briggs - National Institute for Health and Clinical Excellence/NICE database	Ingen	

<ul style="list-style-type: none"> - Scottish Intercollegiate Guidelines Network - Sosialstyrelsen nasjonale retningslinjer - BMJ Clinical evidence 		
<p>5. Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer publisert i tidsskrifter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medline - CINAHL 	Ingen	

Vi har i tillegg forespurt relevante fagprosedyrer fra ulike norske sykehus. Oversikt over hvilke sykehus og svarrespons vises i tabell 4. Interne fagprosedyrer fra ulike sykehus offentliggjøres ikke alltid og derfor valgte vi å kontakte sykehusene direkte. Flere sykehus hadde fagprosedyrer for utredning og behandling av akutt funksjonssvikt hos pasienter på geriatrisk avdeling. Disse fagprosedyrene har en annen tilnærming enn hva dette kvalitetsarbeidet har. Likevel har vi anvendt de fagprosedyrene som har relevant innhold for vårt tema.

Tabell 4 - viser oversikt over forespurt fagprosedyrer fra ulike sykehus i Norge.

Sykehus	Mailadresse	Svarrespons
Akershus Universitetssykehus	postmottak@ahus.no	Ingen svar
Oslo Universitetssykehus	post@oslo-universitetssykehus.no	Ingen svar
Haukeland Universitetssykehus	postmottak@helse-bergen.no	Ingen svar
Stavanger Universitetssykehus	post@sus.no	Svar, ingen relevante
St. Olavs Hospital	post@stolav.no	Svar, mulig relevant
Sykehuset Østfold	postmottak@so-hf.no	Ingen svar
Sykehuset Vestfold	post@siv.no	Svar, ingen relevante
Sykehuset Telemark	postmottak@sthf.no	Ingen svar

Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringesiket sykehus og Hallingdal sjukestugu.	postmottak@vestreviken.no	Svar, mulig relevans
Sørlandet sykehus HF: Arendal sykehus, Flekkefjord sykehus, Kristiansand sykehus	postmottak@sshf.no	Ingen svar
Universitetssykehuset Nord-Norge	post@unn.no	Ingen svar
Haugesund sykehus, Stord sjukehus, Odda sjukehus og Valen sjukehus	post@helse-fonna.no	Svar, men ingen relevante
Førde sentralsjukehus	post@helse-forde.no	Ingen svar
Sykehuset Innlandet, Sykehuset i Elverum, Sykehuset i Gjøvik, sykehuset i Lillehammer, Sykehuset i Hamar, Sykehuset på Sanderud, Sykehuset på Reinsvoll, sykehuset på Tynset	postmottak@sykehuset-innlandet.no	Ingen svar
Helse Møre og Romsdal: Ålesund sjukehus, Volda sjukehus, Molde Sjukehus, Kristiansund sjukehus	postmottak@helse-mr.no	Svar, mulig relevans
Helse Nord-Trøndelag: sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger	postmottaket@hnt.no	Svar, men fikk ikke tilsendt prosedyren
Nordlandssykehuset Bodø, Nordlandssykehuset Lofoten, Nordlandssykehuset Vesterålen	postmottak@nordlandssykehuset.no	Ingen svar
Finnmarkssykehuset/Kirkenes sykehus	postmottak@finnmarkssykehuset.no	Svar, ingen relevante
Helgelandssykehuset Sandnessjøen, Helgelandssykehuset Mosjøen	postmottak@helgelandssykehuset.no	Svar, ingen relevante

Diakonhjemmet sykehus	postmottak@diakonsyk.no	Svar, mulig relevant
Lovisenberg sykehus	post@lds.no	Ingen svar

For å systematisk vurdere kvaliteten på retningslinjer og fagprosedyrer anbefales det å anvende sjekklister. AGREE II er et internasjonalt anerkjent og utprøvd verktøy som har 6 overordnede punkter med 23 underpunkter (se tabell 5). Verktøyet kan brukes på nye og eksisterende retningslinjer, oppdatering av eksisterende retningslinjer og fagprosedyrer (Nortvedt et al., 2021, s 155-157; Helsedirektoratet, 2012, s. 17). De relevante fagprosedyrene som ble funnet er kvalitetsvurdert med AGREE II-verktøyet (se tabell 5).

Tabell 5 - Kvalitetsvurdering av tidligere fagprosedyrer ved hjelp av AGREE II.

AGREE II (Helsebiblioteket, 2010)	AGREE II Kvalitetsvurdering av fagprosedyre	Intern fagprosedyre fra St. Olavs Hospital	Intern fagprosedyre fra Diakonhjemmet sykehus	Intern fagprosedyre fra helse Møre og Romsdal)
1. Avgrensning og formål	Retningslinjen/fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet	Beskrevet	Beskrevet	Beskrevet
	De(t) kliniske eller organisatoriske spørsmål i retningslinjen/fagprosedyren er klart beskrevet	Beskrevet	Beskrevet	Beskrevet
	Populasjonene (pasienter, brukere) retningslinjen/fagprosedyren omfatter er klart beskrevet	Beskrevet	Kommer ikke klart frem	Beskrevet
2. Involvering av interessenter	Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med	Kommer delvis frem	Ikke beskrevet	Kommer delvis frem

	personer fra alle relevante faggrupper			
	Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning, etc.) er forsøkt inkludert	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Retningslinjens/fagprosedurens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert	Kommer ikke frem	Kommer ikke klart frem	Beskrevet
3. Metodisk nøyaktighet	Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget	Kommer ikke frem	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Kommer ikke frem	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Kommer ikke frem	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet	Kommer ikke frem	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Delvis beskrevet
	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Retningslinjen/fagproseduren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering	Kommer ikke frem	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Prosedure for oppdatering av	Delvis beskrevet	Ikke beskrevet	Delvis beskrevet

	retningslinjen/fag-prosedyren er beskrevet			
4. Klarhet og presentasjon	Anbefalingene er spesifikke og tydelige	Delvis beskrevet	Delvis beskrevet	Beskrevet
	De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet	Kommer delvis frem	Delvis beskrevet	Beskrevet
	De sentrale anbefalingene er lette å identifisere	Kommer klart frem	Delvis beskrevet	Beskrevet
5. Anvendbarhet	Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen/fag-prosedyren er beskrevet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Retningslinjen/fag-prosedyren er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis	Noen verktøy er nevnt	Ikke beskrevet	Noen verktøy er nevnt
	Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Retningslinjen/fag-prosedyren inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
6. Redaksjonell uavhengighet	Retningslinjen/fag-prosedyren er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans	Nei	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet
	Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer	Nei	Ikke beskrevet	Ikke beskrevet

Disse fagprosedyrene omfatter vurdering og behandling av eldre med akutt funksjonssvikt på geriatrisk avdeling og passer derfor ikke til vår fagprosedyre. Basert på AGREE II -vurderingen ser vi at kvaliteten på fagprosedyrene virker å være dårlig, spesielt med tanke på metodisk nøyaktighet. Derfor ser vi at behovet for utarbeidelse av en fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak er til stede.

4.3 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikter

Ifølge Helsedirektoratets (2012, s. 17) veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer skal man nedsette en arbeidsgruppe som skal utføre arbeidet. Det er anbefalt at arbeidsgruppen består av deltakere med tverrfaglig kompetanse og erfaring, både helsefaglig og metodologisk. I tillegg anbefales det at ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten er representert. Ved utarbeidelse av fagprosedyrer er det også anbefalt å inkludere pasientrepresentanter i arbeidsgruppen (Helsedirektoratet, 2012, s. 17-18). Ifølge Stubberud (2018, s.116) kan man i noen tilfeller anta at pasienten ikke har nok erfaring og kunnskap når det gjelder sykepleieobservasjoner, vurderinger og medisinsk behandling.

Det er viktig at arbeidsgruppens deltaker er bevisst på at de både representerer en spesialitet, en faggruppe, et geografisk område, en organisasjon eller en interessegruppe. Det kan være nødvendig med bistand og opplæring hvis ingen i arbeidsgruppen har kompetanse i forhold til retningslinjemetodikk. Arbeidsgruppens sammensetning kan ha stor betydning for anbefalingene som utarbeides (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

Når man skal utarbeide en retningslinje bør man i tillegg vurdere habilitet og avdekke eventuelle interessekonflikter. Helsedirektoratet (2012, s. 19) anbefaler at alle deltakerne i arbeidsgruppen oppgir om det finnes eventuelle tilknytninger som kan komme i konflikt med rollen som faglig og uavhengig ressursperson. Ved å oppgi habilitet bidrar man til å opprettholde retningslinjens troverdighet, faglige uavhengighet og objektivitet. Habilitetsspørsmål kan drøftes i arbeidsgruppa og hver enkelt deltaker har ansvar for å stille spørsmål rundt egen habilitet. Det finnes ulike

interessekonflikter, blant annet de som omfatter finansielle- og/eller intellektuelle særinteresser. Retningslinjens målgruppe skal ha tillit til at anbefalingene ikke er knyttet til personer eller grupper med økonomiske eller andre interesser for spesielle anbefalinger (Helsedirektoratet, 2012, s. 19).

Vi har ikke laget en arbeidsgruppe for dette kvalitetsarbeidet, men vi har rådført oss med akuttmottakets fagsykepleier og en av akuttlegene som også er utdannet geriater. De ønsket at fagprosedyren blir strukturert oversiktlig og at anbefalingene blir utformet på en konkret måte. Samtidig ønsket de en utdypende grunnlagsinformasjon om temaet. Dette kvalitetsarbeidet er en masteroppgave og arbeidsgruppen består derfor av kun to kandidater fra masterstudiet i akuttsykepleie. Ideelt sett ville arbeidsgruppen bestått av erfarne akuttsykepleiere, fagsykepleier i akuttmottaket, geriatrisk sykepleier, akuttleger og fagansvarlig for klinikk for akutt- og mottaksmedisin. Ved å inkludere overnevnte fagpersoner i arbeidsgruppen sikrer man at ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten er representert samt tverrfaglig kompetanse og erfaring.

For dette kvalitetsarbeidet har det ikke vært aktuelt å inkludere pasientrepresentanter i arbeidsgruppen. I stedet har vi valgt å innhente forskning om pasienterfaringer fra eldre i akuttmottak, noe som vil erstatte pasientrepresentanter. Ved implementering av fagprosedyren vil det imidlertid være aktuelt å undersøke om sykehusets pasientrepresentant skal inkluderes i arbeidsgruppen.

I dette kvalitetsarbeidet er det nødvendig at vi vurderer habilitet. Vi har fått innvilget tretti dager lønnet permisjon for arbeidet med masteroppgaven, utover dette har vi ikke mottatt noen form for økonomisk støtte i arbeidet med masteroppgaven. Vi har ingen andre pågående prosjekter eller interesser som kan føre til interessekonflikter. Målet med denne fagprosedyren er å sikre lik initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak. Interessen for kvalitetsarbeidet er å sikre god faglig kvalitet og redusere risikoen for feil (Stubberud, 2018, s. 65).

4.4 Kvalitetsarbeidets målsetting, målgruppe og kvalitetsindikatorer

Det er anbefalt å utarbeide en overordnet målsetting for utarbeidelse av retningslinjer. (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). Man kan lage mål ut ifra modellen «SMARTE». Dette er mål som er spesifikke, målbare, ansporende, realistiske, tidsbestemte og som har forankring i arbeidsgruppen (Helsebiblioteket, 2021a, s. 8-9). For dette kvalitetsarbeidet vil målsetting handle om å sikre en felles forståelse av eldre med akutt funksjonssvikt og sikre en standardisert initialvurdering av denne pasientgruppen i akuttmottaket. Dette kan bidra til at pasientgruppen blir behandlet likt av akuttisykepleiere og dermed unngå uheldig variasjoner. Vi mener dette er realistiske og ansporende mål. Mer konkrete målsettinger kan være tidlige oppdagelse av akutt og alvorlig sykdom og tidlig igangsetting av tiltak hos eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak. Disse målene er spesifikke da de er tydelig på hvem og hvor de gjelder. I tillegg er de også målbare da man kan måle når tiltak blir igangsatt hos denne pasientgruppen.

Det er også nødvendig å beskrive hvem som skal anvende retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). Målgruppen for dette kvalitetsarbeidet vil være akuttisykepleiere og sykepleiere som jobber i akuttmottak. Det kan også tenkes at denne fagprosedyren kan være relevant for sykepleiere ved legevakt og ambulanspersonell, men er i utgangspunktet tiltenkt sykepleiere i akuttmottak. Fagprosedyren skal anvendes på pasienter 65 år og eldre med akutt funksjonssvikt. Kvalitetsindikatorer måler kvaliteten på helsetjenesten på en indirekte måte ved bruk av målbare variabler. Ved kvalitetsforbedringsarbeid bør kvalitetsindikatorerne være presise, målbare og ha god faglig forankring. På denne måten kan man måle forskjellen mellom mål om ønsket kvalitet og oppnåelsen av dette (Helsedirektoratet, 2012, s. 20). Det finnes tre typer kvalitetsindikatorer: strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer (Stubberud, 2018, s. 117).

Strukturindikatorer gir blant annet informasjon om strukturelle forhold som tilgang på medisinsk utstyr, ressurser og helsepersonellens kompetanse (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). I dette kvalitetsarbeidet kan strukturindikatorerne innebære om akuttisykepleieren har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre initialvurderingen og

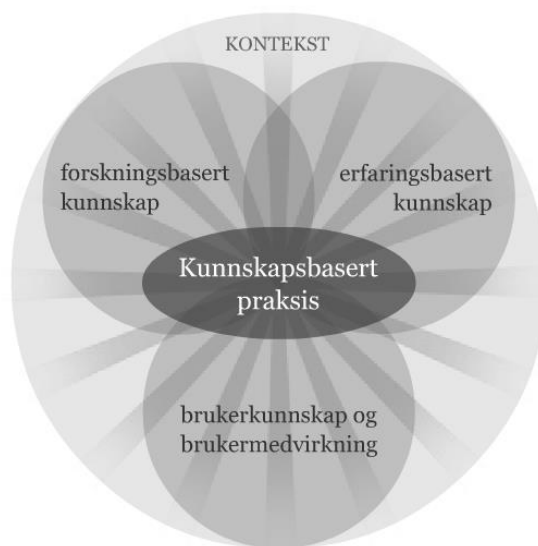
om nødvendig utstyr er tilgjengelig. I tillegg krever det at helsepersonellet som skal anvende denne fagprosedyren har kunnskap om eldre som pasientgruppe, hva akutt funksjonssvikt er og triagering. De materielle ressursene for denne fagprosedyren omfatter utstyr til måling av vitale parametre, blodprøvetaking, blodgass, EKG og lignende. For å anvende fagprosedyren må helsepersonell ha fått nødvendig opplæring i bruk av overvåkningsutstyr og ulike prøvetakingsutstyr.

Prosessindikatorer kan fortelle oss om konkrete handlinger fører til god helsetjeneste. Dette kan for eksempel være aktiviteter i pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). For dette kvalitetsarbeidet kan prosessindikatorene innebære om fagprosedyren blir anvendt. I tillegg kan en prosessindikator måle i hvor stor grad de ulike tiltakene i fagprosedyren blir anvendt på pasientgruppen. Et eksempel på dette kan være å måle hvor mange pasienter med akutt funksjonssvikt får utført EKG og blodgass i løpet av initialvurderingen. I tillegg kan man måle når behandlingstiltak blir igangsatt. På denne måten kan man følge med på om behandlingstiltak blir igangsatt tidligere ved bruk av denne fagprosedyren.

Resultatindikatorer sier noe om behandlingsresultater av et tiltak, som for eksempel helsegevinst, tilfredshet, sykkelighet, overlevelse og dødelighet (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). Resultatindikatorer kan være vanskelig å måle da flere faktorer kan påvirke resultatet underveis i pasientforløpet. For dette kvalitetsarbeidet kan resultatindikatorene omhandle måling av hastegrad hos eldre med akutt funksjonssvikt. På denne måten kan man følge med på om pasientene i målgruppen får en høyere hastegrad ved bruk av denne fagprosedyren. Formålet med indikatoren er å se om bruk av fagprosedyren fører til tidlig oppdagelse av akutt sykdom hos eldre med akutt funksjonssvikt, noe som er en helsegevinst. I tillegg kan måling av National Early Warning Score (NEWS) være et mål på sykkelighet. Da kan man se om bruken av fagprosedyren fører til at denne pasientgruppen får lavere NEWS. På sikt kan det også være mulig å undersøke oppholdstid på sykehus, funksjonsnivå og 30 dagers dødelighet hos eldre med akutt funksjonssvikt, men dette kan være vanskelig å tolke da flere faktorer spiller inn.

4.5 Kunnskapssøk

Kunnskap handler om å ha kjennskap til, forståelse av og evnen til å utføre noe (Øverbye, 2023, s. 7). Kunnskapsbasert praksis handler om å anvende ulike kunnskapskilder i praksis. Målet med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget til vi som jobber i helsetjenesten. Det er anbefalt at råd og tiltak baseres på pålitelig forskningskunnskap (Nortvedt et al., 2021, s.16-18). Forsningskunnskap alene er ikke tilstrekkelig for å ta beslutninger. Klinisk erfaring, etiske vurderinger, faglig skjønn og pasienterfaringer skal bidra til helhetlig og faglig kunnskap (Øverbye, 2023, s. 6-8). Figur 3 viser prinsippene for kunnskapsbasert praksis. Med utgangspunkt i denne modellen er innhenting av fagprosedyrens kunnskapsgrunnlag redegjort i separate underkapitler.



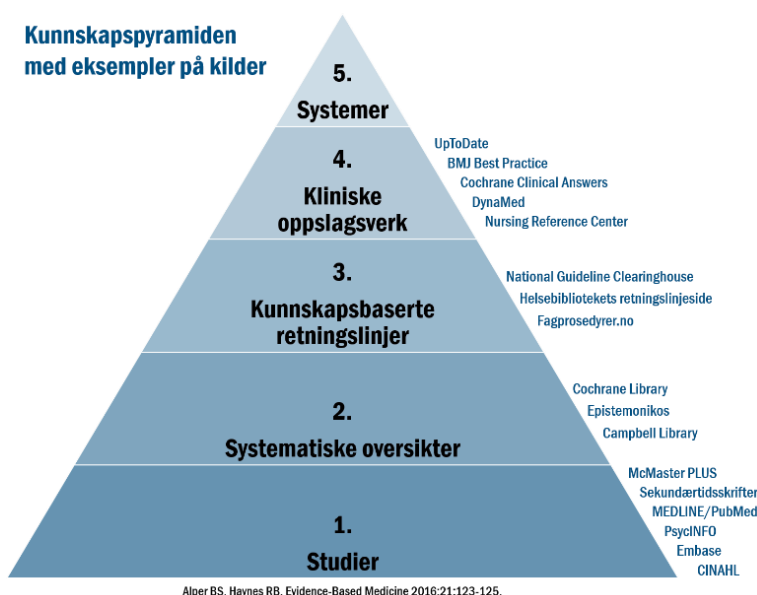
www.kunnskapsbasertpraksis.no

Figur 3 Modell for kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2021b, s. 2)

4.5.1 Forsningskunnskap

Forsningsbasert kunnskap er en fellesbetegnelse på systematiske metoder for å oppnå kunnskap. En slik kunnskap kan bidra til å redusere usikkerheten rundt beslutninger (Øverbye, 2023, s. 76). For å utføre et kvalitetsarbeid er det nødvendig å gjennomføre et kunnskapssøk for å kunne anvende eksisterende forskning rettet mot bestemte praktiske formål eller anvendelser (Stubberud, 2018, s. 119-120). Det

er anbefalt å gjennomføre kunnskapssøket på en systematisk måte, noe som øker validiteten av arbeidet (Helsebiblioteket, 2021b, s. 14). Dette kan gjøres ved bruk av kunnskapspyramiden (se figur 4). Kunnskapspyramiden er inndelt etter fem ulike kunnskapskilder. Man ønsker å finne oppsummert forskning fremfor enkeltstudier på grunn av innholdets validitet. Derfor er det anbefalt å starte søket øverst i pyramiden hvor forskningskunnskapen er mer kvalitetsvurdert, oppsummert og anvendbar (Nortvedt et al., 2021, s. 48-55).



Figur 4 Kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2021b, s. 14)

Vi har i tidligere prosjektplan gjennomført kunnskapssøk. I forbindelse med utarbeidelse av masteroppgaven har vi gjennomført et nytt søk. Å finne de rette søkeordene er viktig for å finne relevant forskningskunnskap. Man skiller mellom to typer søkeord; tekstord og emneord. Tekstord er ord som finnes i tittel og sammendrag. Emneord er ord som er standardisert og beskriver innholdet i artikler. Ved bruk av emneord slipper man å tenke på synonymer og ulike staveformer, noe som gjør søkeprosessen enklere (Helsebiblioteket, 2021b, s. 15). Det finnes forskjellige måter å finne engelske ord og begreper. Vi startet med å se i medisinske ordbøker. I tillegg anvendte vi MeSH på norsk som er en oversettelse av ordlisten Medical Subject Headings. MeSH inneholder sentrale helsefaglige emneord (Nortvedt et al., 2021, s. 40-41). MeSH-ordene vi har anvendt er markert med stjerne

i de ulike PICO-skjemaene. Vi fant ingen direkte oversettelse av akutt funksjonssvikt. Derfor brukte vi i tillegg Google Oversetter. Deretter utarbeidet vi et nytt PICO-skjema (se tabell 6) til å strukturere spørsmål, noe som er en god forberedelse til litteratursøk. Det er ikke nødvendig å inkludere alle PICO-elementene i en søkestrategi (Nortvedt et. al., 2021, s. 37). Det ble derfor valgt å ikke anvende søkeord for comparison og outcome.

Tabell 6 - PICO-skjema for søk etter forskningskunnskap

P – pasient/problem	I – intervensjon	C – sammenligning	O – utfall, resultat
Akutt funksjonssvikt Akuttmottak Eldre	ABCDE Systematisk undersøkelse Initialvurdering Triage		
Aged* Frail elderly* Emergency medicin* Emergence service hospital* Acute functional decline Atypical presentations Physiological reserve capacity Geriatric	Physical examination* Systematic observation Clinical observation Triage * ABCDE Initial assessment/evaluation		

Systemer, nivå 5, er det øverste nivået i kunnskapspyramiden. Dette trinnet har ingen kilder da det ikke er ferdig utviklet ennå. Derfor startet vi søket i kliniske oppslagsverk, som er nivå 4. Her finnes det kunnskap fra oppsummert forskning og

anbefalinger for praksis som er kvalitetsvurdert (Nortvedt et. al., 2021, s. 48). Det ble søkt i databasene BMJ Best Practice, UpToDate og Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL). Når man søker i kliniske oppslagsverk, holder det vanligvis å skrive inn noen få ord i søkefeltet (Nortvedt et al., 2021, s. 48). Vi har brukt ulike ord fra PICO-skjemaet og noen av de ble kombinert. Dette ga oss flere relevante treff som vises i tabell 7. På grunn av relevante funn høyt oppe i kunnskapspyramiden og at denne forskningen er av nyere dato, valgte vi å avslutte søket vårt her.

Tabell 7 - Resultat av kunnskapssøk om temaet.

	Databaser	Antall treff	Relevante funn
4. Kliniske oppslagsverk	Up to date	Flere	Azar & Ballas (2023) Brown (2024b, 27. juni) Colwell (2024, 20. mai) Francis & Young (2022) Kiel (2023) Mattison (2024) Mody (2024, 23. juli) Rule & Glassock (2024, 3. september) Simons & Breall (2024, 8. august) Taffet (2023) Walston (2023) Ward & Reuben (2024, 17. mai)
	BMJ Best Practice	Flere	BMJ – Best Practice (2024a, 1. mai) BMJ – Best Practice (2024b, 12. juni) BMJ – Best Practice (2024c, 14. mai) BMJ – Best Practice (2024d, 20. august) BMJ – Best Practice (2024e, 11. januar) BMJ – Best Practice (2024f, 22. april) Brown (2024a, 13. juni) Leath & Phippen (2024, 16. juli) Masri (2023, 21. november) Pisani (2023) Stratton (2023) Yarlagadda (2023)
	Norsk Elektronisk Legehåndbok	1	Saltvedt (2021)

4.5.2 Erfaringskunnskap

Erfaringsbasert kunnskap utvikles via praktisering av sykepleiefaget. Ofte blir dette kalt for «klinisk blikk» og er en viktig del av akutt sykepleierens kunnskap (Nortvedt et al., 2021, s. 20). Ifølge Øverbye (2023) er erfaringsbasert kunnskap nødvendig for å utvikle gode praktiske ferdigheter. Likevel er det ikke en tilstrekkelig kunnskapskilde til å gi innsikt i situasjoner der det ikke er noen observerbar kobling mellom problemforståelse, handlingsvalg og resultat (Øverbye, 2023, s. 15-17).

Vi har flere års erfaring fra akuttmottak og har erfart at det ofte varierer hvilke undersøkelser og observasjoner som blir gjort ved initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Vi tror årsaken til dette kan være manglende erfaring, holdninger, kunnskap og manglende standardisering av initialvurdering av denne pasientgruppen. Dette kan medføre undertriagering av en pasientgruppe som potensielt kan ha en akutt og alvorlig sykdom, noe som kan føre til forsinket behandling (Wyller, 2020, s. 48). Dette mener vi er med på å styrke behovet for en standardisert initialvurdering. I tillegg til egne erfaringer ønsket vi å innhente mer erfaringsbasert kunnskap ved å gjennomføre et eget søk på dette. Nortvedt et al. (2021) anbefaler å lage PICO-skjema for denne typen spørsmål (se tabell 8). Resultatet av søket vises i tabell 9.

Tabell 8 - PICO-skjema for søk etter kunnskap om sykepleierfaringer

P – pasient/problem	I – Phenomen of Interest	Co – Context
Eldre Skrøpelig Akutt funksjonssvikt	Sykepleierfaring	Akuttmottak
Aged* Frail elderly* Acute functional decline	Nurse experience	Emergency Service Hospital* Emergency department

Tabell 9 - Resultat av kunnskapssøk om sykepleieerfaringer om eldre i akuttmottak

	Databaser	Antall treff	Relevante funn
4. Kliniske oppslagsverk	Up to date	0	
	BMJ Best Practice	0	
	Norsk Elektronisk Legehåndbok	0	
3. Kunnskapsbaserte retningslinjer	Nasjonale retningslinjer fra helsedirektoratet	0	
	Helsebibliotekets retningslinjedatabase	0	
	Andre norskspråklige fagprosedyrer	0	
2. Systematiske oversikter	Medline	0	
	PubMed	0	
1. Studier	Medline	Flere	Gallagher et al. (2014) Wolf et al. (2019) Dyrstad et al. (2015)
	PubMed	Flere	Blackburn et al. (2018)

4.5.3 Pasientkunnskap

Pasientkunnskap kan gi en god forståelse for pasientens opplevelse av sykdom og behandling (Øverbye, 2023, s. 145). Sammen med fagkompetanse vil pasientkunnskap være viktig i jobben for kvalitetsforbedring av helsetjenester (Nortvedt et al., 2021, s. 20-21). Lov om pasient og brukerrettigheter § 1-1 (1999) skal sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Videre sier loven i § 3-1 at pasienten har rett til medvirkning ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- & brukerrettighetsloven, 1999).

Man kan innhente pasientkunnskap på forskjellige måter. En måte å innhente pasientkunnskap er ved å se på tidligere forskning om pasientopplevelser og erfaringer. En annen måte er å innhente informasjon fra pasientorganisasjoner. I tillegg kan man få pasienter til å delta i arbeidsgrupper. I noen tilfeller kan man anta at pasienten nødvendigvis ikke har nok erfaring og kunnskap om det aktuelle temaet (Stubberud, 2018, s. 116). Med tanke på hva som er de faglige beste

intervensjonene i en gitt situasjon er pasientkunnskap ikke nødvendigvis den rette kunnskapskilden (Øverbye, 2023, s. 145).

Denne masteroppgaven fokuserer på kvalitetsforbedring på interne rutiner. Vi antar at pasientene ikke har nok kunnskap om hva slags vurderinger og observasjoner som er nødvendig og relevant i forhold til initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Derfor vil det ikke være naturlig å inkludere pasienten i utarbeidelsen av denne fagprosedyren. Likevel ønsker vi å innhente pasientkunnskap ved å søke etter forskning på pasientopplevelse knyttet til temaet. For å strukturere søket vårt, har vi valgt å lage et eget PICO-skjema for dette temaet (se tabell 10). Resultatet av søket ser vi i tabell 11.

Tabell 10 - PICO-skjema for søk etter pasientkunnskap

P – pasient/problem	I – Phenomen of Interest	Co - Context
Eldre Skrøpelig Akutt funksjonssvikt	Pasienterfaring	Akuttmottak
Aged* Frail elderly* Acute functional decline	Patient experience Patient perspectives	Emergency Service Hospital* Emergency department

Tabell 11 - Resultat av kunnskapssøk om pasienterfaringer fra eldre med akutt funksjonssvikt

	Databaser	Antall treff	Relevante funn
4. Kliniske oppslagsverk	Up to date	0	
	BMJ Best Practice	0	
	Norsk Elektronisk Legehåndbok	0	
3. Kunnskapsbaserte retningslinjer	Nasjonale retningslinjer fra helsedirektoratet	0	
	Helsebibliotekets retningslinjedatabase	0	

	Andre norskspråklige fagprosedyrer	0	
2. Systematiske oversikter	Medline	Flere	Van Oppen et al. (2019)
	PubMed	Flere	Peguero-Rodriguez et al. (2023)
1. Studier	Medline	Flere	Ingen nye relevante
	PubMed	Flere	Mwakilasa et al. (2021) Bull et al. (2022) Blackburn et al. (2018)

4.5.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere om kilden er pålitelig. Det er anbefalt å være kritisk til forskningsresultat. Dette innebærer å vurdere forskningens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Det finnes ulike sjekklister som fungerer som hjelpemidler i arbeidet med kritisk vurdering av forskningsartikler. Artikkelen studiedesign avgjør hvilken type sjekklister som er best egnet. Målet med en kritisk vurdering er å finne ut hva resultatet er, om man kan stole på resultatene og om resultatene kan brukes i egen praksis (Nortvedt et al., 2021, s. 76-79).

Kliniske oppslagsverk er en av hovedkildene til kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2021, s. 76-79). Det er anbefalt å søke etter oppsummert forskning fremfor enkeltstudier. De kliniske oppslagsverkene er utviklet for å gi enkel tilgang til oppdatert klinisk informasjon og faglige anbefalinger for praksis og er en av de viktigste kunnskapskildene (Nortvedt et al., 2021, s. 48 & 57).

Vi har i hovedsak anvendt funn fra de øverste trinnene for å formulere fagprosedyrers anbefalinger. Selv om kunnskap fra kliniske oppslagsverk er ansett som pålitelig, kan man gjennomføre en kritisk vurdering av de ulike kapitlene. Vi har valgt å ikke gjøre dette da kunnskapen allerede er kvalitetsvurdert, oppsummert og anvendbar. Ved en eventuell kritisk vurdering av kliniske oppslagsverk bør man stille spørsmål om kapittelets innhold kommer tydelig frem og hvilken populasjon kapitlet gjelder. I tillegg bør det komme klart frem hvem som har skrevet kapitlet,

forfatterens tittel og institusjonstilknytning. Videre bør man se om det kommer tydelig frem hvem som har redigert og fagfellevurdert kapittelet. Selv om det er anbefalt å vurdere kapittelets metode, er det ikke uvanlig at man ikke finner en beskrivelse av metoden. Metoden er ofte beskrevet generelt for kapitlene i kliniske oppslagsverk. Man bør også vurdere om alle anbefalingen er knyttet til referanser, og om disse er basert på forskningskunnskap. Til slutt bør man se på når siste oppdatering er gjennomført, om innholdet kan overføres til praksis og om eventuelle interessekonflikter er belyst (Nortvedt et al., 2021, s. 157-158; Helsebiblioteket, 2020b)

For å finne svar på spørsmål angående erfaringer og opplevelser kan det være nødvendig å søke etter forskning på de to nederste trinnene i kunnskapspyramiden (Nortvedt et al., 2021 s. 64). Systematiske oversikter gir en oppsummering av enkeltstudier med samme tema eller spørsmål, noe som gjør de mer pålitelig enn resultat fra kun en enkeltstudiet. Det er imidlertid nødvendig å kritisk vurdere både oversiktsartikler og enkeltstudier med tanke på metode, omfang, formål og lignende (Nortvedt et al., 2021, s. 48-64).

4.5.5 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene som er valgt er basert på Helsebibliotekets (2021b, s. 13-14) anbefalinger om å anvende oppsummert forskning. Det er derfor valgt å anvende kunnskap som er innhentet fra kliniske oppslagsverk. De valgte databasene, BMJ Best Practice og UpToDate, er kliniske oppslagsverk som inneholder faglige anbefalinger for praksis og er derfor egnet til å få svar på spørsmål knyttet til behandling, prognose og diagnose (Nortvedt et al., 2021, s. 48-51). Innholdet i disse kliniske oppslagsverkene blir kontinuerlig oppdatert, noe som sikrer den beste tilgjengelige kunnskapen (Stubberud, 2018, s. 121). Selv om flere av funnene fra BMJ – Best Practice ikke nødvendigvis knytter sine anbefalte vurderinger og observasjoner opp imot eldre, anser vi disse artiklene som relevante da de gir en god forståelse av Eldres risiko for sykdom på grunn av aldersforandringer og redusert reservekapasitet. I tillegg ble det innhentet kunnskap fra Norsk elektronisk

legehåndbok (NEL), som er et annet klinisk oppslagsverk. Her fant vi en artikkel om akutt funksjonssvikt som var relevant for masteroppgaven.

Ved innhenting av pasientkunnskap og erfaringsbasert kunnskap ble det nødvendig å søke på de to nederste trinnene i kunnskapspyramiden. Det ble søkt i databasene Medline og PubMed. Søket ble først avgrenset til å inneholde forskningsartikler som er nyere enn 5 år, da fagområdet er i kontinuerlig utvikling og vi ønsket mest mulig oppdatert forskning. På grunn av få relevante treff, valgte vi å utvide søket til forskning nyere enn 10 år. I tillegg inkluderte vi kun funn som er skrevet på engelsk eller skandinavisk språk. Etter å ha lest gjennom tittel, abstrakt og konklusjon ble flere av artiklene ekskludert på grunn av mangel på relevans. Deretter ble de utvalgte forskningsartiklene innhentet i fulltekst via OsloMet.

Forskningsartiklene ble til slutt kvalitetsvurdert ved hjelp av Helsebibliotekets (2018 & 2020a) sjekklister for kvalitative studier og oversiktsartikler. (Se vedlegg 1). Vi har valgt å inkludere artiklene fra Wolf et al. (2019), Dyrstad et al. (2015), Gallagher et al. (2014), Blackburn et al. (2018), Mwakilasa et al. (2021), Bull et al. (2022), Sortland et al. (2021), Peguero-Rodriguez et al. (2023) og van Oppen et al. (2019) etter kritisk vurdering ved hjelp av Helsebibliotekets (2018 & 2020a) sjekklister for kvalitative studier og oversiktsartikler. Vi er klar over at to av disse artiklene er av eldre dato (Gallagher et al. og Dyrstad et al.), men på tross av det har vi valgt å inkludere disse artiklene på grunn av deres relevans og overførbarhet. Vi har selv gjennomført kvalitetsvurderingen av artiklene, noe som kan være en svakhet da vi har begrenset med erfaringer på dette området.

Studien fra Sortland et al. (2021) er en del av et stort prosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet. Studien er en systematisk kunnskapsoppsummering som undersøkte atypisk presentasjon av akutt sykdom og skade i den akuttmedisinske kjeden. Metoden anses som hensiktsmessig med tanke på problemstillingen. Studien fant ut at atypisk presentasjon hos eldre kan føre til forsinket eller manglende diagnostikk og behandling, som igjen kan medføre nedsatt funksjon og økt dødelighet.

Studien fra Peguero-Rodrigues et al. (2023) er en systematisk oversiktsartikkel. Metoden er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Hensikten med studien var å innhente erfaringer fra pårørende som følger eldre til akuttmottak. Studien viser at

eldre drar nytte av å følges av pårørende og at sykepleier bør oppmuntre til deres tilstedeværelse.

Studien fra Dyrstad et al. (2015) har en oversiktlig presentasjon av formålet og vi anser valget av metode som hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Resultatet kan gi oss en forståelse av helsepersonellens syn på pasientmedvirkning ved mottak av eldre pasienter akuttmottak.

Wolf et al. (2019) sin studie handler om akuttsykepleierens erfaringer rundt eldre pasienter i akuttmottak. Formålet med studien er klart beskrevet. Valg av metode kommer tydelig frem og er beskrevet i et eget kapittel. Resultatet av studien kan gi oss en forståelse av sykepleiererfaringer rundt vurdering og omsorg til eldre pasienter i akuttmottak.

Studien fra Gallagher et al. (2014) har en klar fremstilling av formål og valgt metode. Vi mener den valgte metoden er hensiktsmessig i forhold til problemstilling og at utvalget er gjort på en bra måte. Resultatet kan gi oss en forståelse av sykepleiererfaringer rundt vurdering og omsorg til eldre i akuttmottak.

Oversiktsartikkelen fra van Oppen et al. (2019) har et tydelig formulert mål. Forfatterne har inkludert relevante studier fra de største databasene, noe som øker sannsynligheten for at alle viktige relevante studier ble funnet. Resultatet av oversiktsartikkelen viser at eldre har ulike forventninger og opplevelser til akuttmottaket.

Studien gjennomført av Mwakilasa et al. (2021) undersøkte eldre pasienters erfaringer på irske akuttmottak ved å analysere kvantitative og kvalitative data fra en nasjonal tverrsnittundersøkelse (National Inpatient Experience Survey/NIES). Eldre pasienter er de som oftest besøker akuttmottak og deres opplevelser er således relevant å kartlegge. Studien brukte data fra NIES som er en anerkjent nasjonal studie i Irland for innhenting av pasienterfaringer. Demografiske data til dem som ikke svarte på undersøkelsen ble ikke innhentet og derfor er det ikke sikkert resultatene er overførbare for dem som ikke deltok i undersøkelsen. Studien kom frem til at blant annet lang ventetid og dårlig informasjon er et betydelig problem for eldre i akuttmottak.

Studien til Bull et al. (2022) utforsket pasientopplevelser ved to akuttmottak i Australia. Studien har anvendt kvalitativ metode og dataene ble innhentet ved å gjennomføre semi-strukturerte telefonintervju innen to uker etter oppholdet. Studien inkluderer tretti voksne deltakere med medianalder på 54,5 år. Studien omhandler ikke bare eldre pasienter, vi har likevel valgt å inkludere studien grunnet relevante funn som samsvarer med annen forskning vi har funnet. Studien konkluderte med at eldre i akuttmottak er mest fornøyd når de får ta del i beslutninger som omhandler dem, får med seg pårørende og føler seg inkludert.

Blackbrun et al. (2019) har gjennomført en kvalitativ studie som undersøker kommunikasjon og informasjonsbehov i akuttmottak. Gjennom semi-strukturerte intervju har forfatterne innhentet data fra femten deltakere over 18 år. En svakhet ved denne studien er at den har forholdsvis få deltakere og vi vet ikke for sikkert om den i hele tatt inkluderer eldre pasienter, funnene er dermed ikke nødvendigvis overført bare til eldre. Intervjuene av deltakerne ble presentert for en gruppe på seks sykepleiere som videre diskuterte funnene og prøvde kartlegge hvordan de kunne møte pasientens behov i arbeidshverdagen. Vi valgte å inkludere studien fordi den omhandler både pasient- og sykepleiererfaringer, og fordi funnene samsvarte med eksisterende studier som omhandler eldre.

4.5.6 Eksklusjonskriterier

Det ble valgt å ekskludere forskningsartikler som er eldre enn 10 år, da det ble gjort relevante funn av nyere dato. I tillegg ble søket avgrenset til artikler som er skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Dette kan ha ført til tap av relevante funn, noe som gir en svakhet ved kunnskapsgrunnet.

Søkeprosessen etter forskningslitteratur førte til flere treff i de ulike databasene. Artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst ble ekskludert. Noen av artiklene som vi leste i fulltekst ble ekskludert selv om metodedelen var tilstrekkelig gjennomført. Årsaken til dette var manglende relevans. Det ble ikke ekskludert noen artikler på grunn av for dårlig metodisk kvalitet. Enkelte artikler ble ekskludert fordi de ikke var overførbare til pasientgruppen vi har avgrenset til.

5.0 Utforming av kvalitetsarbeidet

I dette kapitlet skal kandidaten utforme og redegjøre for anbefalingene i fagprosedyren, noe som samsvarer med trinn 7 i Helsedirektoratets (2012, s. 9) veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Masteroppgavens fagprosedyre er ment som et hjelpemiddel for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak og skal anvendes i tillegg til triageringsverktøyet RETTS (Rapid Emergence Triage and Treatment System). Det forventes at sykepleieren har kjennskap til eksisterende prosedyre om triagering (Oppholdstid for pasienter i akuttmottaket, Orkdal sjukehus. Se vedlegg 2). Fagprosedyren skal anvendes av akuttsykepleiere og sykepleiere som jobber i akuttmottak. Prosedyren skal være tydelig formulert med konkrete anbefalinger med praktisk informasjon. Dette bidrar til at fagprosedyren blir oversiktlig og anvendbar (Helsedirektoratet, 2012, s. 34). Helsedirektoratet (2012) gir ingen tydelige føringer for hvordan fagprosedyrer skal struktureres. Siden fagprosedyren er tiltenkt å anvendes ved St. Olavs Hospital avdeling Orkdal Sjukehus, ønsker vi å bruke sykehusets mal for strukturering av fagprosedyren.

5.1 Hensikt

Det er anbefalt å definere en overordnet målsetting for fagprosedyren (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). Det overordnede målet er å sikre standardisert initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Dette er beskrevet i kapittel 4.4. Hensikten med fagprosedyren er tidlig oppdagelse av akutt og alvorlig sykdom hos eldre med akutt funksjonssvikt. Aldersforandringer, medikamentbruk og kroniske sykdommer kan føre til at eldre får en mer atypisk sykdomspresentasjon, noe som kan gjøre initialvurderingen utfordrende. En bred og systematisk initialvurdering av denne pasientgruppen vil kunne hjelpe helsepersonell i å få et mer korrekt bilde av alvorlighetsgraden (Sortland et al., 2021, s. 11 & 57).

For å kunne yte gode helsetjenester er man avhengig av å benytte oppdatert kunnskap. En kunnskapsbasert fagprosedyre inneholder anbefalinger som er basert på oppdatert forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasientkunnskap og som i

dette tilfellet er knyttet til initialvurdering og diagnostikk av eldre med akutt funksjonssvikt. Anbefalingene gir helsepersonell veiledning og beslutningsstøtte i gitte situasjoner, noe som kan bidra til reduksjon av uønsket variasjon. I tillegg bidrar fagprosedyrer til å fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Helsebiblioteket, 2012, s. 13).

5.2 Omfang

Fagprosedyrens pasientmålgruppe kommer tydelig fram i kapitlet «omfang». Dette samsvarer med Helsedirektoratet (2012, s. 15) som anbefaler at pasientmålgruppen er klart beskrevet. Videre kan det være aktuelt med en utdypende beskrivelse av hvem fagprosedyren er rettet mot. Dette kan for eksempel være alder, kjønn eller kliniske bilder. Prosedyrens pasientmålgruppe er pasienter 65 år og eldre som kommer til akuttmottaket med akutt funksjonssvikt. Dette er redegjort i kapittel 4.4. Aktuelle avgrensninger er tidligere beskrevet i kapittel 1.2.

5.3 Grunnlagsinformasjon

I St. Olavs Hospitals mal for fagprosedyre vil man i kapitlet «Grunnlagsinformasjon» få grunnleggende informasjon om fagprosedyrens tema, noe som øker brukerens forståelse. For denne fagprosedyren gjelder dette informasjon om eldre med akutt funksjonssvikt og initialvurdering av denne pasientgruppen.

Ved aldring blir kroppens reservekapasitet redusert (Brown, 2024a, s. 6; Taffet, 2023, s. 2). Dette fører til at eldre har redusert evne til å opprette homeostase (Mattison, 2024, s. 2). Redusert reservekapasitet gjør eldre mer sårbare for akutte hendelser som for eksempel sykdom eller skade. Kroniske sykdommer forsterker denne sårbarheten. Måling av fysiologisk sårbarhet hos eldre kan være utfordrende og sårbarheten blir ofte ikke tydelig først etter organsvikt. Når et organsystem svikter, følger ofte andre etter. I tillegg er det viktig å være klar over at eldre med kroniske sykdommer kan utvikle organsvikt fra organer som ikke er relatert til selve sykdommen (Mattison, 2024, s. 2). Høy alder gir økt risiko for utvikling av

skrøpeligheit. Dermed har eldre pasienter høyere risiko for mer alvorlig sykdom (Brown, 2024a, s. 7). Skrøpeligheit er ofte definert som et aldringsrelatert syndrom. På den andre siden er det viktig å være klar over at høy alder i seg selv ikke definerer skrøpeligheit. Mange eldre forblir sterke til tross for høy alder (Walston, 2023, s. 1-3).

Aldring er en naturlig og unngåelig biologisk prosess som resulterer i strukturelle og funksjonelle endringer i mange organsystemer (Rule & Glassock, 2024, s. 2). Eldre får ofte uspesifikke symptomer på sykdom (Azar & Ballas, 2023, s. 2). Ved infeksjon kan eldre ha fravær av feber eller andre infeksjonsspesifikke symptomer og tegn. I stedet kan de få uspesifikke symptomer som økt forvirring, fall og underernæring. Derimot er det viktig å være klar over at disse uspesifikke symptomene er vanlige hos eldre (Mody, 2024, s. 2).

Akutt funksjonssvikt er en av de vanligste årsakene til innleggelse hos eldre og omhandler svikt i funksjonell status. Dette innebærer redusert evne til å gjennomføre grunnleggende daglige aktiviteter (Saltvedt, 2021, s. 1; Ward & Reuben, 2024, s. 6). Eldres funksjonelle status kan vurderes på tre nivåer: grunnleggende daglige aktiviteter (BADL), instrumentelle eller mellomliggende daglige aktiviteter (IADL) og avansert daglige aktiviteter (AADL). Endringer i funksjonell status bør føre til diagnostisk vurdering og intervensjoner (Ward & Reuben, 2024, s. 6). Symptomene er ofte diffuse og kan være preget av kroniske sykdommer. Delirium, fall, underernæring, redusert mobilitet og dehydrering kan være typiske funn ved akutt funksjonssvikt og kan være det eneste tegnet på akutt og alvorlig sykdom hos eldre (Saltvedt, 2021, s. 1). Saltvedt (2021, s. 5-6) påpeker at det er nødvendig med en grundig vurdering for å unngå feiltolkning og feilbehandling av denne pasientgruppen.

5.4 Ansvar

Det er viktig at det kommer tydelig frem hvem som skal anvende fagprosedyren (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). I St. Olavs Hospitals mal for fagprosedyre vil dette beskrives under overskriften «Ansvar». Denne fagprosedyren gjelder akuttsykepleiere og sykepleiere i akuttmottaket som gjennomfører triagering av

pasienter. Det forventes at brukeren av fagprosedyren har kjennskap til ABCDE-prinsippene og den lokale fagprosedyren om triagering (Se vedlegg 2 om fagprosedyren «oppholdstid for pasienter i akuttmottaket, Orkdal Sjukehus). Nærmeste leder er ansvarlig for å godkjenne fagprosedyrer som er laget lokalt for vår avdeling. Klinikkleder har ansvar for fagprosedyrer som omfatter hele klinikk for akutt- og mottaksmedisin. Ledelsen har også det overordnede ansvaret for å sørge for at fagprosedyrer blir oppdatert/revidert.

5.5 Arbeidsbeskrivelse

Prosedyrens anbefalinger skal formuleres på en tydelig og konkret måte med praktisk informasjon. Dette bidrar til at fagprosedyren blir oversiktlig og anvendbar (Helsedirektoratet, 2012, 34).

5.5.1 A – Airways

En pasient som er våken, puster og snakker ubesværet, har frie luftveier. Ufrie luftveier kan oppstå på grunn av skader eller hevelser, bevisstløshet eller fremmedlegemer som slim, oppkast og blod (Stratton, 2023, s. 13-14). Eldre har økt risiko for aspirasjon grunnet redusert hostekraft og mukosiliær clearance, noe som kan føre til ufri luftvei (Brown, 2024b, s. 2). Tegn til ufrie eller delvis ufrie luftveier kan være tydelig pustebesvær, stridor, heshet, hevelse i lepper og tunge, snorkelyder, gurglelyder og cyanose (BMJ – Best Practice, 2024d, s. 14; Stratton, 2023, s. 13-14). Taffet (2023, s. 5) skriver at epitelslimhinnene i munnslimhinnen tynnes ut med alderen. I tillegg trekker tannkjøttet seg tilbake, noe som kan føre til forfall av tenner, rotkaries og løse tenner (Brown, 2024b, s. 4). Proteser kan komplisere luftveishåndteringen (Colwell, 2024, s. 8). Tap av muskeltonus i øvre luftveier og løse lepper som ikke støttes av tenner kan føre til utfordringer med maske-bag ventilasjon og intubasjon hos eldre. I tillegg vil en stivere brystvegg gjøre maske-bag ventilasjonen mer utfordrende (Brown, 2024b, s. 4).

5.5.2 B – Breathing

Aldring medfører en rekke fysiologiske endringer som påvirker respiratorisk funksjon. Eldre har blant annet redusert lungeelastisitet og økt misforhold mellom ventilasjon og perfusjon. I tillegg har de svekket gassutveksling og redusert PaO₂. Eldre har i tillegg økt stivhet i brystvegg og redusert respiratorisk muskelstyrke noe som fører til dårligere hostekraft, økt pustearbeid og høyere risiko for respirasjonssvikt (Brown, 2024b, s.1-2; Taffet, 2023, s. 14-16). Selv om eldre har en reduksjon i PaO₂, vil karbondioksidutskillelsen ikke bli svekket med alderen. Endringer i PaCO₂ skyldes alltid sykdom (Taffet, 2023, s. 15).

De anatomiske og funksjonelle endringene i luftveier hos eldre bidrar til økt risiko for pneumoni, redusert oksygenopptak og økt risiko for hypoksi (Taffet, 2023, s. 14). Til tross for dette tyder forskning på at komorbiditet har en større innvirkning på pasientens utfall, sammenlignet med alder, ved respirasjonssvikt hos eldre. Likevel er kronisk sykdom og funksjonshemming mer vanlig hos eldre (Brown, 2024b, s. 3).

Det finnes mange årsaker til respirasjonsproblemer og de vanligste er kols, pneumoni, hjertesvikt, lungeødem, thoraxskader og lungeemboli. Tegn på respirasjonsproblemer kan også ha andre årsaker som for eksempel sjokk, metabolsk acidose, smerter eller angst. I tillegg kan forstyrrelser i hjernens respirasjonssenter forårsake respirasjonsproblemer. Årsaken kan blant annet være alkohol, legemidler eller hjerneslag. Videre er det viktig å huske at eldre er spesielt utsatt for utilsiktet medikamentindusert respirasjonsdepresjon og dermed respirasjonssvikt (Stratton, 2023, s. 4-5; BMJ – Best Practice, 2024f, s. 5-6). Eldre har redusert lungekapasitet og har derfor økt risiko for å utvikle pneumoni (Stratton, 2023, s. 15-16). Pneumoni og influensa er blant de ti hyppigste dødsårsakene hos personer i alderen 65 år og eldre (Azar og Ballas, 2023, s. 2).

Oksygenmetning måles ved hjelp av pulsoksymeter. Akutt fall i oksygenmetning under 80 % er assosiert med respirasjonssvikt. Det er viktig å være klar over at dårlig perifer sirkulasjon kan gi feilmåling av oksygenmetning. I tillegg er det nødvendig å vite at neglelakk, mørkpigmentert hud, anemi, karboksyhemoglobinemi og methemoglobinemi kan påvirke pulsoksymetriverdiene (Stratton, 2023, s. 9 & 18). Pulsoksymeter måler bare den prosenten av hemoglobinet som befinner seg i

blodbanen og som transporterer oksygen. Pulsoksymetri vil ikke kunne gi oss informasjon om arterielt oksygentrykk (Stubberud et al., 2020, s. 236-247). Det er derfor anbefalt å analysere arteriell blodgass tidlig i forløpet for å blant annet vurdere pasientens lungefunksjon, syre-base-status og metabolske status (Stratton, 2023, s. 10).

Vurdering av pasientens respiratoriske status er nødvendig for å raskt kunne identifisere symptomer og tegn på respirasjonssvikt. Respirasjonsfrekvens, -bevegelser, -faser og -mønster er viktige parametere å observere (Stratton, 2023, s. 9-14). Vurder om pasienten har en normal respirasjonsfrekvens, dybde og mønster. Økt respirasjonsfrekvens er en av de første fysiologiske reaksjonene på respirasjonssvikt med hypoksemi. Lav respirasjonsfrekvens kan være et tegn på at pasienten er sliten og står i fare for å få respirasjonsstans. Hva som indikerer normal respirasjonsfrekvens, avhenger av blant annet alder (Stubberud et al., 2020, s. 235-237). Eldre kan presentere en normal respirasjonsfrekvens til tross for hypoksemi, noe som gjør de kliniske vurderingene utfordrende (Colwell, 2024, s. 3). Respirasjonsfrekvens under 10 per minutt er assosiert med en større risiko for død hos eldre (Colwell, 2024, s. 8).

Det er viktig å være klar over at aldersforandringer kan påvirke symptomer og tegn. Eldre pasienter har ofte redusert muskelmasse noe som kan føre til redusert hostekraft og utholdenhet ved respirasjonsproblemer (Brown, 2024b, s. 1-2; Taffet, 2023, s. 15-16; Azar & Ballas, 2023, s. 2). Respirasjonssvikt med hyperkapni kan ofte være vanskeligere å gjenkjenne fordi pasienten nødvendigvis ikke responderer med økt respirasjonsfrekvens. Tidlige tegn på respirasjonssvikt type 2 er agitasjon, slørete tale og redusert bevissthet (Stratton, 2023, s. 9 & 13). Bruk av respiratoriske hjelpemuskler, som halsmuskulatur, interkostalmuskulatur og muskulatur på rygg og skuldre, kan være tegn på omfattende respirasjonssvikt.

Vurdering av hudfarge vil også være nødvendig da det kan gi akutt sykepleieren informasjon om pasientens respirasjon og sirkulasjon. Cyanose kan oppstå både ved hypoksemi og hypoksi. Man kan skille mellom sentral og perifer cyanose (Stratton, 2023, s. 13-14).

Respirasjonslyder er også en viktig observasjon. Dette gjøres ved å auskultere pasienten. Akuttsykepleieren bør ha kunnskap til hva som er normale respirasjonslyder for å kunne avdekke avvik. Krepitasjoner kan blant annet være tegn på lungefibrose, atelektase og infeksjon (BMJ – Best Practice, 2024d, s. 16) Mens stridor kan være et tegn på luftveisobstruksjon (Stratton, 2023, s. 13). Røntgen thorax bør vurderes for å utelukke blant annet pneumoni, lungeødem, aspirasjon og lignende (Stratton, 2023, s. 10).

5.5.3 C – Circulation

Immunforsvaret endrer seg når man blir eldre, både det medfødte og det ervervede. Konsekvensen av dette er økt risiko for infeksjon, malignitet og autoimmune lidelser. Den økte mottakeligheten for infeksjoner hos eldre kan skyldes nedsatt immunologisk funksjon, men også komorbiditet, underernæring, svekkelse i hudbarriere, redusert hosterefleks og endringer i urinveiene (Azar & Ballas s. 1-6). Mody (2024, s. 2) påpeker flere fysiologiske endringer hos eldre som gjør pasientgruppen mer utsatt for infeksjoner. Endringer i barrierene i hud, lunge og mage-tarmkanalen gjør eldre mer utsatt for å bli angrepet av patogene organismer. De er mer utsatt for infeksjoner forårsaket av sopp og virus grunnet nedsatt signaloverføring etter cytokinbinding. Eldre har redusert respons på vaksiner som gjør dem utsatt for virussykdom som blant annet influensa og COVID-19. Fall, forvirring og funksjonssvikt kan presentere seg som uspesifikke tegn på Covid-19 hos eldre, terskelen for å ta test av eldre bør derfor være lav. Høy alder er assosiert med høyere dødelighet ved diagnosen (Mody, 2024, s. 14). Kroniske sykdommer som kols, diabetes eller hjertesvikt medfører en redusert immunitet som gjør pasientgruppen mer mottakelig for vanlige infeksjoner (Mody, 2024, s. 2). Alvorlige infeksjoner hos eldre kan manifestere seg annerledes enn hos den yngre pasientgruppen. Ofte har eldre mer subtile og atypiske symptomer som fall, delirium eller generalisert kraftsvækkelse (Azar & Ballas, 2023, s. 1-4). Bakteriemi kan ha en beskjeden presentasjon hos eldre pasienter og høy alder er assosiert med dårligere prognose. Klassiske symptomer som frostrier, svette og feber er i større grad fraværende sammenlignet med hos yngre pasienter. Det kan derfor være aktuelt å ta

blodkulturer hos eldre med mer uspesifikke symptom på infeksjon som takykardi eller hypotensjon (Mody, 2024, s. 11). Det anbefales å ta to sett fra to ulike innstikkssteder. Prøvetakning bør aldri forsinke nødvendig behandling, men det er viktig å være klar over at sjansen for negativt dyrknings svar øker dersom pasienten har fått antibiotika i forkant (BMJ – Best Practice, 2024b, s. 11 & 33).

Takykardi ved infeksjon kan være tegn på sjokkutvikling. Hos eldre er fravær av takykardi ved infeksjon forholdsvis vanlig, disse pasientene har derimot større risiko for å utvikle nye arytmier som respons på sjokk og infeksjon (BMJ- Best Practice, 2024d, s. 13 & 30; BMJ- Best Practice, 2024b, s. 22). Eldre er ofte preget av komorbiditet og bruker gjerne flere faste medikamenter. Når man eldres blir myokardet stivere og mindre sensitivt for signalstoffer, og slagvolumet bli mindre. Det kan være en av årsakene til fravær av takykardi hos eldre ved for eksempel blødning, smerter og traumer (Colwell, 2024, s. 4). Legemidler som betablokkere og kalsiumantagonister påvirker hjertefrekvensresponsen og dermed trenger ikke pasienter som bruker disse legemidlene å utvikle takykardi som respons på sjokk (BMJ- Best Practice, 2024d, s. 13; BMJ- Best Practice, 2024b, s. 22). Bruk av antitrombotiske legemidler, betablokkere og kalsiumantagonister fører til økt risiko for den eldre traumepasienten. Bruk av betablokkere hos eldre traumepasienter er forbundet med økt dødelighet fordi takykardi maskeres og dermed trenger ikke akutt sykepleieren å oppdage for eksempel sjokkutvikling (Colwell, 2024, s. 5, 10 & 11).

Akutt sykepleieren må være klar over at normalt blodtrykk ikke utelukker sjokk hos eldre. Eldre med aterosklerose og hypertensjon kan være i sjokktilstand selv ved blodtrykk på 110- 120 mmHg (BMJ- Best Practice, 2024d, s. 12). Redusert reservekapasitet gjør eldre mer disponibel for sjokkutvikling og høy alder er assosiert med økende forekomst av sjokk forårsaket av sepsis og hjerteinfarkt (BMJ – Best Practice, 2024d, s. 4-9). Eldre har økt total perifer motstand fordi årene er stivere, noe som resulterer i at de kan ha forhøyet blodtrykk til normalt. Dermed kan et blodtrykk i normalområde representere relativ hypotensjon hos eldre. Det anbefales derfor at man tar nye vitale parameter jevnlig og danner vurderingen ut ifra pasientens habituelle verdier (Colwell, 2024, s. 10). Den totale mengden væske i kroppen minker med alderen noe som gjør eldre mer utsatt for hypovolemi. I tillegg

øker risikoen for hypovolemi ved bruk av diuretika, akutt sykdom og varme (Kiel, 2023, s. 9). Komorbiditet øker sannsynligheter for å utvikle sjokk fordi pasienten har redusert evne til å kompensere for ytterligere påkjenninger. Bruk av diuretika, betablokkere og andre antihypertensive medikamenter er en risikofaktor ved sjokkutvikling fordi medikamentene bidrar til hypovolemi, redusert vaskulær tonus og bradykardi (BMJ- Best Practice, 2024d, s. 6). Fordi eldre kan ha beskjedene symptomer på sjokk kan det være nyttig å ta en blodgass for å se på laktatverdi. Laktat er en stressmarkør som indikerer hypoperfusjon og kan være forhøyet under flere tilstander som alvorlig sepsis eller septisk sjokk. Laktatverdi over 4 mmol/L er assosiert med dårligere utfall for pasienten (BMJ- Best Practice, 2024b, s. 11; BMJ- Best Practice, 2024d, s. 11-12).

Hos pasienter med mistenkt sepsis anbefales det av å ta full blodtelling, urea, kreatinin og elektrolytter, glukose, crp, prokalsitonin, koagulasjonsscreening (INR, APTT og fibrinogen), bilirubin og blodgass (BMJ- Best Practice, 2024b, s. 39-40). Kronisk forhøyet troponin kan ses hos eldre pasienter med nedsatt nyrefunksjon og etablerte hjerteabnormaliteter som for eksempel venstre ventrikkelhypertrofi (BMJ- Best Practice, 2024c, s. 19). Kreatinin og GFR (glomerulær filtrasjonsrate) tas for å kartlegge nyrefunksjon. Nyrene forandrer seg med økende alder og funksjonen svekkes, dette er assosiert med høyere risiko for akutt nyreskade. Nyrenes funksjon til å holde på natrium svekkes med alderen, noe som fører til at eldre har økt risiko for akutt hyponatremi (Rule & Glassock, 2024, s. 2; BMJ – Best Practice, 2024e, s. 4).

EKG er en enkel og lite kostnadskrevenende undersøkelse som bør tas hos alle pasienter hvor det er mistanke om akutt koronarsykdom. Eldre er spesielt utsatt for å utvikle arytmier og kardiovaskulær sykdom. Atypisk sykdomspresentasjon ved akutt hjerte-karsykdom fremkommer oftere hos eldre, pasienter med demens, kronisk nyresykdom og diabetes (BMJ – Best Practice, 2024a, s. 7; BMJ – Best Practice, 2024c, s. 9; BMJ – Best Practice, 2024b, s. 22 & 43; Simons & Breall, 2024, s. 4). Atypiske symptomer på hjerteinfarkt hos eldre kan fremstille seg som blant annet epigastriesmerter, fordøyelsesbesvær, isolert dyspné eller synkope (BMJ – Best Practice, 2024c, s. 9 non-stemi). Pisani (2023, s. 6) trekker frem at delirium kan fremkomme som det eneste symptomet på hjerteinfarkt hos eldre, EKG bør derfor

tas som standard hos denne pasientgruppen. Eldre er i risikogruppen for infeksiøs endokarditt og atypisk presentasjon er vanlig hos pasienter med høy alder. Det kan også være vanskelig å tolke funnene ved ekkokardiografi fordi eldre ofte har mer forkalkning i klaffene (Mody, 2024, s. 12). Høy alder gir økt risiko for akutt koronarsykdom. En oversikt viser at opptil 65% av hjerteinfarkt forekommer hos pasienter over 65 år. Høy alder er assosiert med dårligere prognose. Eldre har større sannsynlighet for dødsfall og hjertesvikt som følge av hjerteinfarkt. Akutt koronarsykdom hos eldre kan ha atypisk presentasjon og vise seg som blant annet synkope, forvirring eller funksjonssvikt (Simons & Breall, 2024, s. 4).

5.5.4 D – Disability

Delirium er en forholdsvis vanlig forvirringstilstand, eldre er spesielt utsatt for å utvikle tilstanden og nesten 30% av eldre medisinske pasienter opplever delirium under sykehusinnleggelse. Sykdommer som parkinsons, demens og hjerneslag øker risikoen for utvikling av tilstanden betraktelig. Delirium kan fremkomme som det eneste symptomet på akutt sykdom hos eldre med demens. Tilstanden forveksles ofte med psykiatrisk sykdom eller tilskrives pasientens alder. Delirium utvikler seg ofte over timer til dager og viser seg som bevissthetsendring og endringer i kognisjon (Francis & Young, 2022, s. 1, 3, 6 & 8). Fordi tilstanden kan vise seg på flere ulike vis kan den være vanskelig å diagnostisere. Det kan også være utfordrende å avdekke alvorlighetsgraden av akutt sykdom fordi eldre med delirium kan ha samme tegn på urinveisinfeksjon som gastrointestinal blødning (Taffet, 2023, s. 3).

Det finnes mange ulike faktorer som kan utløse delirium blant annet infeksjoner, dehydrering, medikamenter og underernæring. Hos mange eldre kan delirium være eneste symptom på akutt og alvorlige tilstander som sepsis og hjerteinfarkt (Francis & Young, 2022, s. 6; Pisani, 2023, s. 6). Forskning viser at helsepersonell ofte har vanskeligheter med å gjenkjenne og diagnostisere delirium hos eldre pasienter. Det kan derfor være nyttig å anvende et screeningverktøy. 4AT er et screeningverktøy for delirium som raskt kan være med på å vurdere pasientens mentale status. Ved å bruke 4AT vurderer man årvåkenhet, vurdering av mental orientering,

oppmerksomhet og vurdering av akutt endring eller fluktuasjon (Blanchard, 2024, s. 10).

Blodprøver som bør vurderes hos pasienter med delirium er mange, i første omgang anbefales det å starte med elektrolytter, kreatinin, glukose, kalsium og full blodtelling. Legemiddelscreening hos pasienter som bruker digoksin, litium og kinidin (Francis & Young, 2022, s. 15). Hos eldre med delirium kan det ha verdi å ta blodgassanalyse for å utelukke syre/base-forstyrrelser. Delirium kan være tegn på livstruende natrium-, kalium- og/eller kalsiumforstyrrelser (Blanchard, 2024, s. 9).

Colwell trekker frem at eldre med betydelig hodeskade kan ha normal eller relativ høy GCS-score, derfor bør det være lav terskel for å henvise eldre med hodetraume til CT (Colwell, 2024, s. 16). Endring i mental status forekommer ved sepsis, spesielt hos eldre pasienter med demens eller kognitiv svikt (Azar & Ballas, 2023, s. 3). Det kan være nyttig å forhøre seg med pårørende eller andre som kjenner pasienten godt om hvordan pasientens kognitive evner er til vanlig (Pisani, 2023, s. 10). Endret mental status kan vise seg på ulike måter. Pasienten kan være irritert, agitert eller forvirret, men kan også være sløv og apatisk som ved hypoaktivt delirium. Forvirring og redusert bevissthet forekommer ved både hypoglykemi og hyperglykemi. Blodglukose bør derfor være en naturlig del av utredningen ved delirium hos eldre (Pisani, 2023, s. 9 & 18; Francis & Young, 2022, s. 3-10).

5.5.5 E – Exposure

Eldre er i risikogruppen for å utvikle sepsis. Ofte har de atypiske symptomer som fravær av feber. Det bør være lav terskel for å mistenke sepsis eller sjokk selv ved fravær av klassiske symptom og diagnosen må aldri utelukkes selv om pasienten har normal temperatur. Eldre over 75 år eller pasienter med høy grad av skrøpelighet er spesielt utsatt for fravær av feber ved infeksjon (BMJ – Best Practice, 2024b, s. 22; Mody, 2024, s. 2-4; Azar & Ballas, 2023, s. 3-4). Azar & Ballas (2023, s. 2) kom frem til at mellom 20- 30% av eldre har fravær av feber ved infeksjon, mens Mody (2024, s. 4) beskriver at deres studie fant at 30- 50% av skrøpelige eldre hadde fravær av feber ved infeksjon. Den nedsatte feberresponsen skyldes svekkelse i systemene

som er ansvarlige for temperaturreguleringen. Det er også viktig å bemerke seg at infeksjoner også kan presentere seg ved hypotermi (Mody, 2024, s. 4)

Magesmerter, flankesmerter og brystmerter er vanlige, men uspesifikke tegn som kan indikere infeksjon i de respektive organsystemene (BMJ – Best Practice, 2024b, s. 16). Både det sentrale og det perifere nervesystemet påvirkes av aldring og kan føre til at eldre får en endret oppfattelse av smerte og temperatur. Akutt abomen forekommer hos eldre selv om de ikke har magesmerter (Leath III & Phippen, 2024, s. 2-3). Galleblæresykdom og divertikulitt ses oftere hos eldre pasienter sammenlignet med yngre (Leath III & Phippen, 2024, s. 5). Eldre har redusert visceral respons og nedsatt smertefølelse i forbindelse med tarmperforering og blødning, noe som kan forsinke diagnostikk av blant annet perforert appendix og blødning (Taffet, 2023, s. 9; Colwell, 2024, s. 20). Fordi eldre pasienter kan ha redusert smerteopplevelse og problemer med å lokalisere smerte bør man utføre en grundig og systematisk undersøkelse av kroppen (Colwell, 2024, s. 12). Sterke smerter som ikke samsvarer med kliniske funn kan være et av de første tegnene på nekrotiserende facitt (BMJ – Best Practice, 2024b, s. 33).

Fall kan være et uspesifikt symptom på for eksempel infeksjon, arytmi og dehydrering hos eldre og man bør derfor alltid vurdere om det er en underliggende årsak til fallet. Forekomsten av fall er økende med alder (Mody, 2024, s. 3; Azar & Ballas, 2023, s. 3; Kiel, 2023, s. 1). Urinstix og urindyrkning bør tas hos eldre med delirium uten kjent åpenbar årsak (Francis & Young, 2022, s. 16). Urinobstruksjon må vurderes hos eldre med delirium da smerter ofte er assosiert med tilstanden og utføres ved ultralyd og klinisk undersøkelse (Pisani, 2023, s. 9). Delirium kan være forårsaket av sterke smerter. Frakturer og spesielt hoftefrakturer bør vurderes hos eldre med delirium (Pisani, 2023, s. 8). Ved høy alder øker sjansen for frakturer, samtidig som rekonvalesenstiden blir lengre (Taffet, 2023, s. 24). Sammenlignet med yngre pasienter er eldre mer utsatt for skader ved lav energi, de er også i mindre stand til å kompensere for skade de måtte pådra seg. Beintettheten synker med årene og det er en av grunnene til at eldre er mer utsatt for lavenergitraumer (Colwell, 2024, s. 1).

5.5.6 Erfaringskunnskap

Sykepleiere i akuttmottak synes det er utfordrende å oppdage eldre med akutt og alvorlig sykdom grunnet vage symptomer, polyfarmasi og tilsynelatende normale målinger. Eldre pasienter med akutt funksjonssvikt har ofte behov for mer hjelp med grunnleggende behov, noe som er tidkrevende (Wolf et al., 2019, s. 380-381; Gallagher et al. 2014, s. 451-452). På grunn av disse vage plagene og det høye omsorgsbehovet synes sykepleierne at den eldre pasienten er mindre interessant og spennende (Wolf et al., 2019, s. 382).

Noen sykepleiere opplever også at pasienter og pårørende ikke anerkjenner deres prioritering av arbeidsoppgaver mens andre opplever pårørende til eldre pasienter som en ressurs. De synes at pårørende er flinke til å legge merke til, reagere på og forstå endringer hos den eldre pasienten. Pårørende kan dermed varsle sykepleierne når pasientens tilstand forandrer seg (Gallagher et al. 2014, s. 451-452).

Sykepleiere i akuttmottak synes pasientmedvirkning hos eldre pasienter er mer utfordrende fordi de ofte har flere kroniske sykdommer og bruker flere medisiner enn yngre pasienter. I tillegg er sykepleiernes holdninger til pasientmedvirkning avgjørende om hvorvidt pasienten blir inkludert i avgjørelser. Flere sykepleiere påpeker at overfylte akuttmottak og travle vakter fører til mindre pasientmedvirkning. Til tross for dette har sykepleiere erfart at det er viktig at eldre pasienter får tid til å fortelle om sine symptomer og problemer (Dyrstad et al., 2015, s. 5-6).

5.5.7 Pasientkunnskap

Lang ventetid kommer frem som et betydelig problem for mange eldre pasienter (Mwakilasa et al., 2021, s. 3; Blackburn et al., 2018, s. 32; Peguero-Rodrigues et al., 2023, s. 623; Bull et al., 2022, s. 3338). God kommunikasjon og informasjonsflyt trekkes frem som en viktig faktor for pasientene, mens dårlig kommunikasjon og informasjon førte til usikkerhet og frustrasjon. Eldre pasienter som følte de ble informert om ventetider på tester, undersøkelser og resultater hadde større pasienttilfredshet etter besøk i akuttmottaket. Pasientene ytret ønske om å bli inkludert og få ta del i beslutninger som omhandlet dem (Bull et al., 2022, s. 3335-

3338; Blackburn et al., 2018, s. 32-33; Peguero-Rodrigues et al., 2023, s. 623). I tillegg ønsker eldre korte ventetider i akuttmottaket, tydelig kommunikasjon og tilrettelagte omgivelser som dekker fysiske behov som tilgang til mat, drikke, toalett og lignende. I tillegg viser oversiktsartikkelen at eldre ønsker å ta en aktiv rolle i beslutningsprosessen, men at de kan ha manglende kunnskap, informasjon og forståelse (van Oppen et al., 2019, s. 756 og 760).

Eldre pasienter har større behov for privatliv enn det man klarer tilby i dagens akuttmottak. De ønsket ikke at andre pasienter skal få tilgang til informasjon om deres sykdom og behandling (Bull et al., 2022, s. 3338; Mwakilasa et al., 2021, s. 4-5). En annen faktor som ser ut til å være viktig for flere eldre er det fysiske miljøet i akuttmottaket. Miljøet i akuttmottaket kan tidvis være kaotisk, stressende og bråkete noe som har negativ innvirkning på pasienter og pårørendes opplevelser. Enkle ting som å kunne styre lys og temperatur selv, få tilbud om mat og en komfortabel seng var ting som bidro til en mer positiv opplevelse. Skitne toaletter, mangel på mat, og dårlig komfort trekkes frem som faktorer som gjør opplevelsen dårligere for eldre pasienter (Mwakilasa et al., 2021, s. 3-6; Bull et al., 2022, s. 3337-3338; Peguero-Rodrigues et al., 2023, s. 623).

Eldre pasienter følges ofte av pårørende til akuttmottak. Pårørende kan være en ressurs for både pasienten og helsepersonell ved at de tar til orde for pasienten, supplerer anamnese og stiller spørsmål. Pårørende ble mer tilfreds når de følte seg inkludert i vurderingen og behandlingen av deres nærmeste (Peguero-Rodrigues et al., 2023, s. 614-626). Eldre pasienter synes det er positivt å få ha med seg pårørende til akuttmottak (Bull et al., 2022, s. 3335).

Pårørende til demente pasienter fryktet at deres tilstand ble forverret av det tidvis kaotiske miljøet i akuttmottaket. Triage-sonen er dårlig tilrettelagt for eldre og deres helseproblemer. I triage kan det være vanskelig å fange opp kompleksiteten i eldre pasienters sykehistorie, noe som kan føre til at atypiske symptomer på sykdom ikke blir sett og pasienten risikerer å bli undertriagert (Peguero-Rodrigues et al., 2023, s. 612 & 623). Flere opplever det som sjenerende og skremmende å se andre pasienter med for eksempel rusproblematikk eller alvorlige psykiske plager (Mwakilasa et al., 2021, s. 4-5).

Forbedringspunkter som ser ut til å kunne bedre eldre pasienters opplevelse av opphold i akuttmottak er kortere ventetid, god kommunikasjon, tilrettelagt fysisk miljø og at grunnleggende behov dekkes. Trolig vil økt bemanning føre til at man kan prioritere faktorer som pasienter og pårørende ser på som viktige for å få en bedre pasientopplevelse i akuttmottaket.

6.0 Presentasjon av kvalitetsarbeidet

I dette kapitlet vil selve fagprosedyren bli presentert. Prosedyren «Oppholdstid for pasienter i akuttmottaket, Orkdal Sjukehus» som vi henviser til i fagprosedyren er tilgjengelig som vedlegg 2.

6.1 Presentasjon av fagprosedyren

Fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak

Forfatter: Berit Jonli og Ida Eline Selbekk

Gyldig fra:

Revisjon:

Godkjent av:

Revisjonsfrist:

ID:

Hensikt

Fagprosedyren skal sikre en kunnskapsbasert praksis ved initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Initialvurderingen er en mer utfyllende førstevurdering av eldre med akutt funksjonssvikt og krever at bruker av fagprosedyren er kjent med triagering etter ABCDE-prinsippene. Se fagprosedyren «Oppholdstid for pasienter i akuttmottaket, Orkdal Sjukehus». Målet er å tidlig avdekke akutt og alvorlig sykdom hos denne pasientgruppen slik at riktig behandling kan iverksettes tidlig.

Omfang

Prosedyren gjelder pasienter 65 år og eldre som er henvist til akuttmottaket, St. Olavs Hospital avdeling Orkdal Sjukehus med akutt funksjonssvikt. Prosedyren gjelder ikke for pasienter som får hastegrad rød eller orange, da de allerede får legetilsyn innen kort tid. Anvendelse av prosedyren krever generell kunnskap om ABCDE.

Grunnlagsinformasjon

Med *akutt funksjonssvikt* menes tap av minst én evne til å klare grunnleggende daglige gjøremål av uklar årsak i løpet av de siste to ukene før innleggelse^{1,2}. Akutt funksjonssvikt er ofte forårsaket akutt somatisk sykdom som for eksempel infeksjon, hjerneslag, hjerteinfarkt, lungeemboli, nyresvikt, metabolske forstyrrelser og elektrolyttforstyrrelser¹.

Aldring er en naturlig og unngåelig biologisk prosess som resulterer i strukturelle og funksjonelle endringer i mange organsystemer³. Dette medfører redusert reservekapasitet, noe som fører til at eldre er mer sårbare for akutte hendelser som sykdom eller skade^{4,5}. Eldre får ofte uspesifikke symptomer på sykdom, noe som gjør vurdering og diagnostisering utfordrende^{1,6,7}.

Eldre har redusert respiratorisk muskelstyrke, stivere brystvegg, redusert lungeelastisitet og redusert gassutveksling. Dette gir økt risiko for respirasjonssvikt^{8,9}. I tillegg har eldre også stivere myokard og er mindre sensitiv for signalstoffer¹⁰. Dette fører til redusert slagvolum, noe som kan resultere i fravær av takykardi ved for eksempel infeksjon, sepsis og sjokk^{6,10,11,12}. Stivere blodårer kan gi høyt blodtrykk. Et blodtrykk i normalområde kan dermed representere relativ hypotensjon hos eldre¹⁰. Eldre har større risiko for å utvikle delirium og det kan være eneste symptomet på akutt sykdom hos eldre^{9,13,14}. Helsepersonell har ofte vanskeligheter med å gjenkjenne delirium¹⁵. Eldre kan ha endret oppfatning av smerte og temperatur fordi nervesystemet påvirkes av aldring¹⁶.

Eldre har høyere *legemiddelbruk* enn yngre pasienter¹⁰. Legemiddelbruk kan bidra til å kamufflere nyoppstått sykdom^{10,11}. Betablokkere kan maskere den normale fysiologiske responsen på sjokkutvikling¹⁰. Andre medikamenter som utgjør en spesiell risiko for eldre er antikoagulantia, blodplatehemmere, kalsiumkanalblokkere, diuretika og glukokortikoider^{5,10}. Tiaziddiuretika kan forårsake hyponatremi ved oppstart og ved langvarig bruk⁵. Betablokkere og glukokortikoider kan forårsake hyperglykemi⁵.

Ansvar

Fagprosedyren gjelder akuttsykepleiere og sykepleiere i akuttmottaket, St. Olavs Hospital avdeling Orkdal Sjukehus som gjennomfører triagering av pasienter. Sykepleieren har selv ansvar for å følge denne prosedyren ved initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Ledelsen har det overordnede ansvaret i for tilrettelegging og oppdatering av fagprosedyren.

Arbeidsbeskrivelse

I . Airways

1. Inspiser munnhulen. Løse tenner/gebiss kan gi problemer med luftveishåndtering hos eldre^{8,10}. Eldre har økt risiko for aspirasjon⁸

II . Breathing:

1. Vurder pasientens bruk av respiratorisk hjelpemuskulatur og bevissthetsnivå (somnolens/agitasjon/forvirring). Eldre kan ha hypoksi selv ved normal respirasjonsfrekvens og oksygenmetning^{9,10,17}
2. Vurder behov for arteriell blodgass. Eldre har redusert respons på hypoksemi og hyperkapni. Arteriell blodgass gir informasjon om respiratorisk-, syre-base- og metabolsk status^{8,9, 17}
3. Auskultur etter fremmedlyder som pipelyder og knatrelyder, eller fravær av respirasjonslyder som kan gi oss informasjon om lungestatus hos eldre¹²

III. Circulation

1. Vurder kapillærfyllingstid, mental status, urinproduksjon og takypné som tegn på sjokkutvikling. Takykardi og hypotensjon kan være fraværende hos eldre¹⁰
2. Ta blodgass (arteriell/venøs) som viser laktatverdi ved mistanke om hypoperfusjon. Eldre har ofte beskjedne/fraværende symptomer¹⁰

3. Vurder å ta blodkulturer og blodprøver med infeksjonsmarkører selv ved subtile infeksjonstegn som for eksempel fall og delirium. Eldre har økt risiko for infeksjon. Takykardi og feber kan være fraværende^{6,11}
4. Ta EKG. Høy alder er forbundet med økt risiko for AKS (akutt koronarsykdom). Atypisk klinikk er mer vanlig hos eldre^{18,19}

IV. Disability

1. Ta blodglukose ved forvirring og/eller redusert bevissthet. Både hyperglykemi og hypoglykemi kan føre til endret mental status^{13,14}
2. Ta blodgass (venøs/arteriell) av eldre med delirium/forvirring. Alvorlige metabolske forstyrrelser som natrium-, kalium- og kalsiumforstyrrelser kan vise seg som delirium¹⁴
3. Verktøyet 4AT kan brukes ved en rask førstegangsvurdering av delirium. Risiko for delirium øker med alderen. Helsepersonell har ofte vanskeligheter med å gjenkjenne delirium¹⁵

V. Exposure

1. Undersøk om det finnes bakenforliggende årsak ved traumer/skader. For eksempel synkope, akutt koronarsykdom, dehydrering eller infeksjon. Ta ekg og analyser infeksjonsmarkører¹⁰
2. Ta urinstix ved mistanke om infeksjon uten kjent fokus. Høy alder er assosiert med økt risiko for infeksjon/sepsis. Atypisk presentasjon og fravær av symptomer er mer vanlig hos eldre¹¹
3. Urinretensjon bør alltid vurderes hos eldre med delirium. Gjøres enkelt ved klinisk undersøkelse og ultralyd av urinblære¹⁴
4. Det anbefales å ta full blodtelling, elektrolytter, kreatinin og urea. Eldre er i risiko for forsinket diagnostikk ved abdominal patologi grunnet nedsatt immunfunksjon, endret oppfatting av smerte og temperatur¹⁶
5. Det anbefales å skaffe informasjon om pasientens legemiddelbruk. Nye medisiner kan også forårsake akutt funksjonssvikt hos eldre^{10,21}

6. Ta blodgass for raskt svar på elektrolytter. Eldre er blant annet mer utsatt for hyponatremi og hyperkalemi grunnet nedsatt nyrefunksjon og påvirkning av legemidler^{3,20,22}
7. Gjør grundig fysisk undersøkelse av kroppen. Eldre kan ha redusert smerteopplevelse og problemer med å lokalisere smerte¹⁰

Spesielle hensyn:

1. Innhent en god og presis anamnese. I tilfeller hvor pasienten ikke kan redegjøre for dette selv kan pårørende eller helsepersonell som har innsikt i historien være en ressurs^{10,23}
2. Gi fortløpende informasjon om ventetider, undersøkelser og resultater da eldre har behov for tydelig informasjon^{23,24,25,26}
3. Tilrettelegging av det fysiske miljøet i akuttmottaket. Eldre kan ha behov for enerom, tilgang til toalett, mat og drikke^{23,24,26,27,28}

Ved avvikende funn i initialvurderingen som kan indikere svikt i en av organsystemene, skal lege varsles umiddelbart. Dersom sykepleier mistenker akutt og alvorlig sykdom hos pasienten selv ved lav triagescore, bør lege informeres.

Referanse

1. Saltvedt, I. (2021). Norsk Elektronisk legehåndbok. Akutt funksjonssvikt hos eldre. Hentet 26. August 2022 fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/symptomer-ogtegn/akutt-funksjonssvikt-hos-eldre>
2. Ward, K. T. & Reuben, D. B (2024, 17. mai) Comprehensive geriatric assessment. UpToDate. Hentet 04. mars 2024 fra [Comprehensive geriatric assessment - UpToDate \(oslomet.no\)](#)
3. Rule, A. & Glasscock (2024, 3. september) The aging kidney. Hentet 10. september 2024 fra [The aging kidney - UpToDate \(oslomet.no\)](#)
4. Brown, P. (2024a, 13. juni) Frailty. *BMJ – Best Practice*. Hentet 20. august 2024 fra [Frailty.pdf \(bmj.com\)](#)
5. Mattison, M. (2024, 30. januar) Hospital management of older adults. Hentet 23. februar 2024 fra [Hospital management of older adults - UpToDate \(oslomet.no\)](#)
6. Mody, L. (2024, 23. juli) Approach to infection in the older adult. Hentet 23. august 2024 fra [Approach to infection in the older adult - UpToDate \(oslomet.no\)](#)
7. Sortland, L. S., Haraldseide, L. M. & Sebjørnsen, I. (2021). Eldre i den akuttmedisinske kjeden. Rapport nr. 1-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, NORCE Norwegian Research Center, avdeling Helse.
8. Brown, C. A. (2024b, 27. juni) Airway management in the geriatric patient for emergency medicine and critical care. Hentet 23. august 2024 fra [Airway management in the geriatric patient for emergency medicine and critical care - UpToDate \(oslomet.no\)](#)
9. Taffet, G. E. (2023, 25. mai) Normal aging. Hentet 23. februar 2024 fra [Normal aging - UpToDate \(oslomet.no\)](#)
10. Colwell, C. (2024, 20. mai). Geriatric trauma: Initial evaluation and management. Uptodate. Hentet 24. juni fra [Geriatric trauma: Initial evaluation and management - UpToDate](#)
11. *BMJ – Best Practice* (2024, 12. juni) *Sepsis in adults*. Hentet 07. september 2024 fra [Sepsis in adults.pdf \(bmj.com\)](#)
12. *BMJ – Best Practice* (2024, 20. august) *Shock*. Hentet 7. september 2024 fra [Shock.pdf \(bmj.com\)](#)
13. Francis, J. & Young, G. B. (2022, 18. juli). Diagnosis of delirium and confusional states. UpToDate. Hentet 24. Februar 2024 fra [Diagnosis of delirium and confusional states - UpToDate](#)
14. Pisani, M (2023, 13. april) Assessment of delirium *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. februar 2024 fra [Assessment of delirium.pdf \(bmj.com\)](#)
15. Blanchard, G. (2024, 18. juli). Assessment of altered mental status. *BMJ- Best practice*. Hentet 2. september 2024 fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/Assessment%20of%20altered%20mental%20status.pdf>
16. Leath I I I , C. A. og Phippen, N. T (2024, 16. juli) Assessment of acute abdomen. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. august 2024 fra [Assessment of acute abdomen.pdf \(bmj.com\)](#)

17. Stratton, S. J. (2023, 23. november) Acute Respiratory Failure. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. februar 2024 fra [Acute respiratory failure.pdf \(bmj.com\)](#)
18. BMJ – Best Practice (2024, 1. mai) *ST-elevation myocardial infarction*. Hentet 02. september 2024 fra [ST-elevation myocardial infarction.pdf \(bmj.com\)](#)
19. Simons, M. & Breall, J. A. (2024, 14. mai). Overview of the acute management of non-ST-elevation acute coronary syndromes. UpToDate. Hentet 24. august 2024 fra [Overview of the acute management of non-ST-elevation acute coronary syndromes - UpToDate](#)
20. Yarlagadda, Sri. G. (2023, 27. september) Hyperkalaemia in adults. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. februar 2024 fra [Hyperkalaemia in adults.pdf \(bmj.com\)](#)
21. Kiel, D. P. (2023, 29. november). Falls in older persons: risk factors and patient evaluation. UpToDate. Hentet 24. Februar 2024 fra [Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation - UpToDate](#)
22. Masri, G. (2023, 21. november). Assessment of hyponatraemia. Hentet 11. April 2024 fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/57/pdf/57/Assessment%20of%20hyponatraemia.pdf>
23. Kiel, D. P. (2023, 29. november). Falls in older persons: risk factors and patient evaluation. UpToDate. Hentet 24. Februar 2024 fra [Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation - UpToDate](#)
24. Peguero-Rodrigues, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2023). *The Experience of Families Accompanying a Senior to the Emergency Department: A Scoping Review*. *Journal of Emergency Nursing*. Vol. 49, issue 4, P611-630. Hentet 15. April 2024 fra <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.005>
25. Van Oppen, J. D., Keillor, L., Mitchell, Á., Coats, T. J., & Conroy, S. P. (2019). What older people want from emergency care: a systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 2019;36:754–761. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-208589>
26. Blackburn, J., Ousey, K. & Goodwin, E. (2018). Information and communications in the emergency department. *International Emergency Nursing* 42 (2019) 30- 35. Hentet 15. April 2024 fra <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>
27. Bull, C., Latimer, S., Crilly, J., Spain, D. & Gillespie, B. M. (2022). "I knew I'd be taken care of": Exploring patient experience in the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 78, Issue 10. Hentet 15. April 2024 fra <https://doi.org/10.1111/jan.15317>
28. Mwakilasa, M. T., Foley, C., O'Carroll, T., Flynn, R. & Rohde, D. (2021). Care Experiences of Older People in the Emergency Department: A Concurrent Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience* Vol. 8: 1-8. DOI: 10.1177/23743735211065267
29. Wolf, L. A., Delao, A. M., Malsch, A. J., Moon, M. D., Perry, A. & Zavotsky, K. E. (2019). Emergency nurses' perception of geriatric readiness in the ED setting: a mixed-methods study. *Journal of emergency nursing*, 2019;45:374-85. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.02.004>

7.0 Evaluering av forbedringsarbeidet

I dette kapitlet vil vi evaluere forslaget til fagprosedyre om initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt ved bruk av verktøyet AGREE II. Evaluering av kvalitetsarbeidet samsvarer med punkt 4 i modell for kvalitetsforbedring (Konsmo et al., 2015) og trinn 10 i Helsedirektoratets veileder (2012, s. 9).

7.1 Avgrensning og formål

Avgrensning og formål omhandler hvorvidt fagprosedyrens overordnede målsetting, kliniske spørsmål og målgruppe er klart besvart (Helsedirektoratet, 2012, s. 15). Fagprosedyrens målsetting drøftes i kapittel 5.1. I tillegg er det gjort rede for målsetting i kapittel 4.4, mens det er beskrevet i selve fagprosedyren under «hensikt». PICO-skjemaene i kapittel 4.5.1, 4.5.2 og 4.5.3 redegjør de kliniske spørsmålene. Disse blir drøftet i kapittel 5. Det er i tillegg forsøkt å oppsummere svar på de kliniske spørsmålene i selve fagprosedyren under «grunnlagsinformasjon». Pasientmålgruppen er beskrevet i fagprosedyren under «omfang» og i kapittel 4.4 og 5.2.

7.2 Involvering av interessenter

Ifølge Helsedirektoratet (2012, s. 17) skal fagprosedyrens arbeidsgruppe og målgruppens synspunkter og preferanser være klart definert. I tillegg skal det komme tydelig frem hvem som skal bruke fagprosedyren, hvem som har utarbeidet den og eventuelt hvem som har godkjent den (Stubberud, 2018, s. 126). Det kommer tydelig frem hvem som er ansvarlig for utarbeidelsen av fagprosedyren øverst i selve fagprosedyren. En eventuell godkjennelse forekommer etter en formell høring. Da dette er et eksamensarbeid, vil det ikke foreligge noen godkjennelse. I kapittel 4.3 kommer det klart frem at vi er de eneste i arbeidsgruppen. Det er anbefalt å ha en arbeidsgruppe med personer med tverrfaglig kompetanse. Derfor er det valgt å innhente råd og veiledning fra fagsykepleier, sykepleiere i akuttmottak og akuttlege.

Dette er beskrevet i kapittel 4.3. Brukermålgruppen er tydelig beskrevet i kapittel 4.4 samt under «ansvar» i fagprosedyren.

7.3 Metodisk nøyaktighet

Metodisk nøyaktighet handler blant annet om metoden som er benyttet ved utarbeidelse av fagprosedyrens anbefalinger (Stubberud, 2018, s. 126). Den metodiske nøyaktigheten kommer ikke tydelig frem i selve fagprosedyren, men metoden som er benyttet i masteroppgaven er redegjort i kapittel 3. Det blir også gjort rede for den systematiske innhenting av forskningskunnskap i kapittel 4.5.1. Videre er vurdering og inkluderingen av relevant forskningskunnskap gjort rede for i kapittel 4.5.4 og 4.5.5. Her blir også kunnskapsgrunnlagets styrker og svakheter redegjort.

Ifølge Helsedirektoratet (2012, s. 28-29) er det anbefalt å vurdere kvaliteten på forskningen som blir anvendt ved utarbeidelse av en fagprosedyre. Dette kan gjøres ved å anvende The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Ved hjelp av GRADE kan dokumentasjonen deles inn i 4 ulike nivåer, fra høy kvalitet til svært lav kvalitet. Høy kvalitet på dokumentasjon fører til sterk anbefaling. Observasjonsstudier vurderes ofte som lav kvalitet, mens randomisert kontrollert studie (RCT) vurderes å være av høy kvalitet. Kvaliteten på dokumentasjonen kan i tillegg justeres opp eller ned etter blant annet risiko for systematiske feil, sprikende resultater og mangler (Helsedirektoratet, 2012, s. 28-29; Stubberud, 2018, s. 124). GRADE kan oppleves som et avansert verktøy. En slik vurdering av fagprosedyrens anbefalinger inngår ikke i minstekravet for fagprosedyrer i Norge (Stubberud, 2018, s. 125). I tillegg har vi ikke den rette kompetansen til å anvende dette systemet. Derfor er det valgt å ikke benytte GRADE ved vurdering av kvaliteten på anbefalingene. Ut fra egne vurderinger av kunnskapsgrunnlaget har vi forsøkt å skille mellom antatt sterke og svake anbefalinger.

I en fagprosedyre bør det komme tydelig frem hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget (Stubberud, 2018, s. 126). Dette er gjort ved at hver anbefaling i fagprosedyren har egne referanser, samt at referanselisten er

presentert i slutten av fagprosedyren. Det har ikke vært gjennomført en ekstern vurdering av fagprosedyren, selv om dette er anbefalt. Vi har derimot innhentet synspunkter fra fagsykepleier, sykepleiere i akuttmottak og akuttlege (se kapittel 4.3). Da dette er et eksamensarbeid, er det ikke aktuelt å utarbeide plan for implementering.

7.4 Klarhet og presentasjon

Klarhet og presentasjon handler blant annet om den språklige formidlingen og presentasjonen av anbefalingene og er en viktig rolle for at sykepleiere skal ta i bruk fagprosedyren. Anbefalingene skal presenteres på en spesifikk og tydelig måte (Stubberud, 2018, s. 127). For å gjøre fagprosedyren oversiktlig og anvendbar er det innhentet råd og tilbakemeldinger fra fagsykepleier og sykepleiere i akuttmottaket som skal anvende fagprosedyren (se kapittel 4.3). De hadde et ønske om en tydelig og konkret fremgangsmåte som var lettlest. Det har vært en diskusjon angående hvor mye informasjon som skal være med under fagprosedyrens grunnlagsinformasjon. Hensikten med grunnlagsinformasjonen er å gi brukerne økt forståelse av fagprosedyren. Fagprosedyrens brukere har i tillegg anledning til å innhente mer bakgrunnskunnskap via fagprosedyrens referanser og ved linker til andre relevante fagprosedyrer. Selve fagprosedyren har tydelige overskrifter med en lettlest tekst. Anbefalingene er ramset opp etter ABCDE-prinsippene. Dette gjør anbefalingene lett å identifisere.

7.5 Anvendbarhet

Anvendbarhet handler om de sannsynlige organisatoriske, atferdsmessige og kostnadmessige konsekvensene ved å bruke fagprosedyren. Det finnes ulike faktorer som kan hemme eller fremme bruk av fagprosedyre (Stubberud, 2018, s. 128-129). Dette er beskrevet i kapittel 8. Fagprosedyrens omfang har også konsekvenser for hvor anvendbar fagprosedyren er. Derfor bør ikke fagprosedyren omfatte for mange sider for å fungere pedagogisk og praktisk i kliniske situasjoner (Stubberud, 2018, s. 128-129). Ved en eventuell implementering av fagprosedyren er det tenkt å benytte lenker til andre fagprosedyrer som for eksempel prosedyren om

triage (Oppholdstid for pasienter i akuttmottak, Orkdal sjukehus), blodprøvetaking, blodgass og EKG. Dette for å gjøre det lettere for leseren å innhente relevant kunnskap. Lenker bidrar til at fagprosedyren blir mindre omfattende (Stubberud, 2018, s. 128-129).

Fagprosedyrens kostnadmessige konsekvenser omhandler blant annet hvor ressurskrevende anbefalingene er (Stubberud, 2018, s. 128). Siden dette er et eksamensarbeid, er det ikke relevant å gi en utfyllende beskrivelse av potensielle ressurskrevende konsekvenser.

7.6 Redaksjonell uavhengighet

Ifølge Helsedirektoratet (2012, s. 19) er det nødvendig å vurdere habilitet og eventuelt avdekke interessekonflikt når man skal lage en fagprosedyre. Dette har vi redegjort i kapittel 4.3.

8.0 Etiske overveielser

Helsedirektoratets veileder for utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer anbefaler at man tar hensyn til etiske overveielser når man lager en ny fagprosedyre. Etiske overveielser handler om at nødvendige og vanskelige valg som tas er til det beste for pasienten (Helsedirektoratet, 2012, s. 34).

Sykepleieres holdninger til fagprosedyrer vil ha betydning for i hvilken grad fagprosedyren anvendes eller ikke. En positiv holdning til endring blant helsepersonell som skal anvende fagprosedyren vil høyst sannsynlig fremme bruken (Helsedirektoratet, 2012, s. 41-42). Det er anbefalt å skape en forståelse av hvorfor forskningskunnskap er viktig for utøvelse av kunnskapsbasert praksis. Det er viktig å være klar over at hyppige endringer i utøvelsen av helsehjelp kan oppleves som støy og dermed skape en demotivasjon til å utføre nye forbedringstiltak (Stubberud, 2018, s. 142 & 144).

Det er viktig at fagprosedyren er tilgjengelig og anvendbar i praksis for å sikre at den blir brukt. Arbeidsgruppen bør presentere arbeidet for de ansatte i avdelingen slik at fagprosedyren er kjent før bruk (Helsedirektoratet, 2012, s. 41-42). For å lykkes med implementering av fagprosedyren er det nødvendig at leder tilrettelegger for det, samt at det er en åpen kultur i avdelingen for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, 2021, s. 172). Vi har under arbeidsprosessen presentert kvalitetsarbeidet til leder og kolleger i avdelingen og har til nå kun blitt møtt med positive holdninger og tilbakemeldinger. Ved å inkludere kolleger og ledelse under utviklingen av kvalitetsarbeidet har vi vært åpne for tilbakemeldinger og innspill. Fagprosedyren er ment som et supplement og hjelpemiddel, og vil i praksis ikke føre til store endringer i arbeidshverdagen til den enkelte sykepleieren som skal anvende fagprosedyren.

Sykepleiere står ofte i situasjoner hvor etisk utfordrende valg må tas. Etikk er derfor noe alle sykepleiere kjenner til og NSF beskriver at sykepleie skal baserer seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Grunnlaget for sykepleie er respekt for den enkelte menneskets liv, iboende verdighet og retten til å ta egne valg (NSF, 2023, s. 1). I funksjonsbeskrivelsen for akuttsykepleiere beskrives

det at akutt sykepleieren skal kunne reflektere kritisk i valgsituasjoner og samtidig handle etisk og juridisk forsvarlig i egen yrkesutøvelse (NLAS, 2011, s. 3). Et av formålene til Norsk sykepleierforbund er å sikre at sykepleierne har en høy etisk standard. I NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives det at sykepleiere selv har et selvstendig ansvar for å sørge for at de opptrer faglig, etisk og juridisk forsvarlig i utøvelsen av arbeidet. Det påpekes at sykepleieren har et særlig ansvar for å tilrettelegge for etisk refleksjon (NSF, 2023, s. 3).

I etikken er det fire sentrale prinsipper; velgjørenhetsprinsippet, ikke skadeprinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Velgjørenhetsprinsippet omhandler plikten til å gjøre godt mot andre. Det kan forstås som et ønske om å utøve helsehjelp i hensikt til det som er best for pasienten. Velgjørenhetsprinsippet kan være vanskelig å skille fra ikke-skade prinsippet og de to prinsippene må ofte ses i sammenheng med hverandre. Ikke-skade prinsippet handler om å ikke påføre pasienten unødig skade. Helsehjelp kan på ulike måter være til skade for pasientene selv med god hensikt. Eksempler på situasjoner hvor disse prinsippene blir sentrale er blant annet behandlingsnivå der hvor livet nærmer seg slutten. Det er alltid en balansegang mellom å ikke-skade og ønske om å gjøre vel (Magelssen et al., 2020, s. 18-22; Brinchmann, 2021, s. 81-89). Fagprosedyren kan bidra til at akutt og alvorlig sykdom blir oppdaget tidligere enn uten bruk av prosedyren. Ikke skadeprinsippet og velgjørenhetsprinsippet kan ses i sammenheng med at sykdom blir oppdaget tidligere i forløpet og riktig behandling igangsatt. Det kan tenke seg at bruk av fagprosedyren vil bidra til å unngå potensiell skade. En systematisk initialvurdering vil være med på å redusere faren for feil hos den enkelte som anvender den.

Autonomiprinsippet er sentralt i all form for helsehjelp og handler om individets rett til å ta egne valg og bestemme over egen behandling. Helsepersonell har et særlig ansvar til å fremlegge tilpasset informasjon ovenfor pasienten slik at valg som tas i størst mulig grad blir gjort i tråd med den enkeltes verdier og ønsker (Magelssen et al., 2020, s. 18-22; Brinchmann, 2021, s. 81-89). Pasientens rett til selvbestemmelse skal respekteres, selv om sykepleieren er uenig i valgene pasienten tar (NSF, 2023, s. 1). Denne fagprosedyren nevner viktigheten av å gi god og tilrettelagt informasjon

til eldre med akutt funksjonssvikt. God informasjon kan bidra til at eldre er bedre rustet til å ta selvstendige valg.

Rettferdighetsprinsippet handler om likeverdig behandling for alle pasienter uavhengig av blant annet legning, kjønn, alder, etnisitet og bosted.

Rettferdighetsprinsippet skal også sørge for rettferdig prioritering av helseressursene (Magelssen et al., 2020, s. 18-22; Brinchmann, 2021, s. 81-89). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er det beskrevet at sykepleieren skal sikre at informasjonen pasienten og pårørende mottar er tilpasset deres behov. I tillegg bør sykepleieren være sikker på at informasjonen som blir gitt er forstått (NSF, 2023, s. 1). Fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt sikrer lik vurdering av denne pasientgruppen, noe som samsvarer med rettferdighetsprinsippet.

9.0 Hvordan følge opp kvalitetsarbeidet?

Vi har utarbeidet et forslag til fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt. Selve implementeringen er ikke en del av denne eksamensoppgaven, men det er valgt å beskrive hvordan vi ser for oss denne arbeidsprosessen.

9.1 Å få prosedyren godkjent i avdelingen

Implementeringsarbeidet starter med å etablere en tverrfaglig arbeidsgruppe, slik at tilstrekkelig med ressurser avsettes. Arbeidsgruppen skal bidra til å lage en implementerings- og kommunikasjonsplan der mål og målgruppen samsvarer med fagprosedyren (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). For at arbeidsgruppen skal få avsatt arbeidstid og andre relevante ressurser, må virksomhetens ledelse godkjenne forbedringsarbeidet (Stubberud, 2018, s. 139).

En fagprosedyre inneholder anbefalinger som kan ha en betydelig innvirkning på et behandlingstilbud eller pasientforløp. Det er viktig at utkastet til fagprosedyren sendes ut på høring til grupper og instanser den berører, slik at disse får mulighet til å komme med en tilbakemelding før fagprosedyren tas i bruk. Normalt er høringsfristen satt til å være tre måneder, men den skal ikke være mindre enn seks uker (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). For denne fagprosedyren kan det være aktuelt å sende den ut på høring til de som er med i arbeidsgruppen. I tillegg er det naturlig å sende den til seksjonsleder og avdelingsleder for akutt- og mottaksmedisin Orkdal Sjukehus.

Etter høring vil neste steg være å få fagprosedyren godkjent i virksomhetens lederlinje før den kan implementeres (Stubberud, 2018, s. 133). For vår avdeling vil det være avdelingssjefen som godkjenner forslag til fagprosedyre når det omhandler sykepleieobservasjoner og vurderinger.

9.2 Å få ansatte til å ta i bruk fagprosedyren

Implementering handler om å endre daglige rutiner (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). I dette tilfelle handler det om å få ansatte til å ta i bruk fagprosedyren. En implementeringsprosess kan kreve både motivasjons- og holdningsarbeid (Stubberud, 2018, s. 133). Det er nødvendig å fjerne barrierer mot endring og benytte effektive og tilpassede strategier for overføring av ny informasjon. Det er anbefalt å rette oppmerksomheten mot faglige forbedringer slik at det skapes positive holdninger til endringer (Helsedirektoratet, 2012, s. 41-42). Ansatte som er motiverte kan skape positive holdninger, mens negative holdninger kan føre til negative resultater. Implementeringsprosessen bør tilpasses organisasjonen og virksomheten (Stubberud, 2018, s. 144).

Sykepleiere har ulike holdninger til fagprosedyre. For å gjøre implementering av ny fagprosedyre vellykket, er det nødvendig med god informasjon og opplæring til ansatte. En vellykket implementering er også avhengig av et godt samarbeid med ledelsen. Ledelsen kan bidra til å skape positive holdninger rundt forbedringsarbeid og sette av tilstrekkelig med ressurser i forbindelse med opplæring (Stubberud, 2018, s. 143). Å bruke opinionsledere handler om å finne engasjerte medarbeidere med faglig autoritet og innflytelse. Dette kan for eksempel være fagsykepleier. Disse kan bidra til å spre engasjement rundt forbedringsarbeidet, noe som kan føre til økt etterlevelse av forbedringstiltak (Stubberud, 2018, s. 144).

Det er anbefalt å være tydelig om hva som er formålet og fordelene med fagprosedyren. Dette kan bidra til å skape motivasjon. Kunnskapsgrunnlaget gir ansatte informasjon om hva som ligger til grunn for anbefalingene i prosedyren (Stubberud, 2018, s. 145). Formidling av fagprosedyren kan skje via ulike kommunikasjons- og informasjonslinjer (Stubberud, 2018, s. 145). For dette arbeidet har vi sett for oss at fagprosedyren blir tilsendt på epost til alle ansatte. I tillegg er tanken å informere om fagprosedyren på fagdager.

Å fremme eierforholdet til forbedringsarbeidet kan bidra til å skape varige endringer. For å gjøre dette bør flere av ansatte være med i arbeidsprosessen rundt forbedringsarbeidet. Dette kan også bidra til at ansatte føler seg inkludert og verdsatt (Stubberud, 2018, s. 146). For dette arbeidet kan ansatte bidra med sine egne

vurderinger, ideer og holdninger rundt fagprosedyren. For å redusere motstand mot endring er det viktig med god opplæring. Ansattes kompetanse for å kunne anvende fagprosedyren er relevant (Stubberud, 2018, s. 146). For implementering av denne fagprosedyren kreves det at ansatte må ha tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter til å utføre anbefalingene i fagprosedyren.

10.0 Konklusjon

Gjennom denne masteroppgaven har vi utarbeidet et forslag til fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt i akuttmottak. Temaet ble valgt på bakgrunn av våre egne erfaringer og avdelingens ønske. Både erfaring-, pasient- og forskningskunnskap bekrefter behovet for å lage en slik fagprosedyre.

Hensikten med å lage en fagprosedyre er å standardisere initialvurderingen av eldre med akutt funksjonssvikt, slik at man unngår uønsket variasjon. Dette gjøres via en systematisk observasjon og vurdering ut ifra ABCDE-prinsippene. Målet med fagprosedyren er å tidlig oppdage akutt og alvorlig sykdom, slik at riktig behandling blir iverksatt. Dette kan da bidra til økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet på helsetjenesten.

Som akuttsykepleiere har man et ansvar for å jobbe kunnskapsbasert. Dette eksamensarbeidet har utfordret oss til å innhente oppdatert forskning, samt kritisk tenking og etisk refleksjon rundt temaet. Fagprosedyrens anbefalinger er basert på oppdatert forskningskunnskap som skal hjelpe akuttsykepleiere og sykepleiere i akuttmottak i initialvurderingen av eldre med akutt funksjonssvikt.

Å jobbe med masteroppgaven har gitt oss muligheten til å jobbe kunnskapsbasert. I tillegg har vi fått økt forståelse for og kompetanse om kvalitetsarbeid og kvalitetsforbedring. Selv om dette har vært en krevende arbeidsprosess, har arbeidet med masteroppgaven gjort oss bedre rustet til å starte jobben med implementering av forslaget til fagprosedyre for initialvurdering av eldre med akutt funksjonssvikt.

Referanseliste

Azar, A. & Ballas, Z. K. (2023). Immune function in older adults. Hentet 23. februar 2024 fra [Immune function in older adults - UpToDate \(oslomet.no\)](https://oslomet.no)

Blackburn, J., Ousey, K. & Goodwin, E. (2018). Information and communications in the emergency department. *International Emergency Nursing* 42 (2019) 30- 35. Hentet 15. April 2024 fra <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>

Blanchard, G. (2024, 18. juli). Assessment of altered mental status. *BMJ- Best practice*. Hentet 02. september 2024 fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/Assessment%20of%20altered%20mental%20status.pdf>

BMJ – Best Practice (2024a, 1. mai). *ST-elevation myocardial infarction*. Hentet 02. september 2024 fra [ST-elevation myocardial infarction.pdf \(bmj.com\)](https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/ST-elevation%20myocardial%20infarction.pdf)

BMJ – Best Practice (2024b, 12. juni). *Sepsis in adults*. Hentet 07. september 2024 fra [Sepsis in adults.pdf \(bmj.com\)](https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/Sepsis%20in%20adults.pdf)

BMJ – Best Practice (2024c, 14. mai). *Non-ST-elevation myocardial infarction*. Hentet 07. september 2024 fra [Non-ST-elevation myocardial infarction.pdf \(bmj.com\)](https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/Non-ST-elevation%20myocardial%20infarction.pdf)

BMJ – Best Practice (2024d, 20. august). *Shock*. Hentet 07. september 2024 fra [Shock.pdf \(bmj.com\)](https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/Shock.pdf)

BMJ – Best Practice (2024e, 11. januar). *Acute kidney injury*. Hentet 07. februar 2024 fra [Acute kidney injury.pdf \(bmj.com\)](https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/843/pdf/843/Acute%20kidney%20injury.pdf)

BMJ – Best Practice (2024f, 22. april). *Benzodiazepine overdose*. Hentet 02. mai 2024 fra [Benzodiazepine overdose.pdf \(bmj.com\)](#)

Brinchmann, B. S. (Red.). (2021). *Etikk i sykepleien*. (Utg. 5). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brown, P. (2024a, 13. juni). Frailty. *BMJ – Best Practice*. Hentet 20. august 2024 fra [Frailty.pdf \(bmj.com\)](#)

Brown, C. A. (2024b, 27. juni). Airway management in the geriatric patient for emergency medicine and critical care. UpToDate. Hentet 23. august 2024 fra [Airway management in the geriatric patient for emergency medicine and critical care - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Bull, C., Latimer, S., Crilly, J., Spain, D. & Gillespie, B. M. (2022). "I knew I'd be taken care of": Exploring patient experience in the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 78, Issue 10. Hentet 15. April 2024 fra <https://doi.org/10.1111/jan.15317>

Colwell, C. (2024, 20. mai). Geriatric trauma: Initial evaluation and management. UpToDate. Hentet 24. juni 2024 fra [Geriatric trauma: Initial evaluation and management - UpToDate](#)

Dyrstad, D. N., Testad, I., & Storm, M. (2015). Older patients' participation in hospital admissions through the emergency department: an interview study of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, (2015) 15:475. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1136-1>

Engebretsen, S (2020). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I: D-G Stubberud og T. Gulbrandsen (red), *Intensivsykepleie* (4. Utg. S. 491-505) Oslo: Cappelen Damm AS

Francis, J. & Young, G. B. (2022, 18. juli). Diagnosis of delirium and confusional states. UpToDate. Hentet 24. Februar 2024 fra [Diagnosis of delirium and confusional states - UpToDate](#)

Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P. og Stein-Parbury, J. (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people. *Nursing and Health Sciences* (2014), 16, 449–453. doi: 10.1111/nhs.12137

Helsebiblioteket (2018). Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel. Hentet 14. oktober 2024 fra [Kunnskapsbasertpraksis.no - Helsebiblioteket](#)

Helsebiblioteket (2019). Kvalitetsforbedring. Hentet 07. mai 2024 fra [Kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket](#)

Helsebiblioteket (2020a). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 14. oktober 2024 fra [Kunnskapsbasertpraksis.no - Helsebiblioteket](#)

Helsebiblioteket (2020b). Sjekkliste for vurdering av kliniske oppslagsverk. Hentet 07. mai 2024 fra [sjekkliste-oppslagsverk-2020.pdf](#)

Helsebiblioteket (2021a). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet 24. januar 2024 fra [Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket.no](#) [Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket](#)

Helsebiblioteket (2021b). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 14. februar 2024 fra [Kunnskapsbasertpraksis.no - Helsebiblioteket](https://kunnskapsbasertpraksis.no)

Helsedirektoratet (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Hentet 28. februar 2024 fra [Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer)

Helsedirektoratet (2022). *Somatiske akuttmottak*. Kapittel 4 Diagnostikk, overvåkning og behandling. Hentet 08. november 2024 fra [Diagnostikk, overvåkning og behandling - Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no/diagnostikk-overvakning-og-behandling)

Helsedirektoratet (2018). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 24. Januar 2024 fra [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.pdf](https://helsedirektoratet.no/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten)

Helsedirektoratet (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Hentet 24. Februar 2024 fra [Hdir Rapportmal 15.11.18 \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/hdir-rapportmal-15.11.18)

Hofman, M. R., van den Hanenberg, F., Sierevelt, I. N & Tulner, C. R. (2017). Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department. *The Netherlands Journal of medicine*, vol. 75, no. 6.

Jackman, C., Laging, R., Laging, B., Honan, B., Arendts, G. & Walker, K. (2020). Older person with vague symptoms in the emergency department: Where should I begin? *Emergency Medicine Australasia*, (32) 141-147 DOI: 10.1111/1742-6723.13433

Kiel, D. P. (2023, 29. november). Falls in older persons: risk factors and patient evaluation. UpToDate. Hentet 24. Februar 2024 fra [Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation - UpToDate](#)

Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). Modell for kvalitetsforbedring- utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 14. oktober 2024 fra: [Microsoft Word - Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid \(fhi.no\)](#)

Leath I I I , C. A. & Phippen, N. T (2024, 16. juli). Assessment of acute abdomen. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. august 2024 fra [Assessment of acute abdomen.pdf \(bmj.com\)](#)

Magelssen, M., Førde, R., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (Red.). (2020). Etikk i helsetjenesten. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mattison, M. (2024, 30. januar). Hospital management of older adults. UpToDate. Hentet 23. februar 2024 fra [Hospital management of older adults - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Masri, G. (2023, 21. november). Assessment of hyponatraemia. *BMJ – Best Practice*. Hentet 11. April 2024 fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/57/pdf/57/Assessment%20of%20hyponatraemia.pdf>

Mody, L. (2024, 23. juli). Approach to infection in the older adult. UpToDate. Hentet 23. august 2024 fra [Approach to infection in the older adult - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Meld. St. 6 (2017–2018). Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet. 8. desember 2017. Hentet 24. Februar 2024 fra [Meld. St. 6 \(2017–2018\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 20 (2004-2005). Vilje til forskning. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 24. Februar 2024 fra [St.meld. nr. 20 \(2004-2005\) - regjeringen.no](#)

Mwakilasa, M. T., Foley, C., O'Carroll, T., Flynn, R. & Rohde, D. (2021). Care Experiences of Older People in the Emergency Department: A Concurrent Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience* Vol. 8: 1-8. DOI: 10.1177/23743735211065267

Norsk sykepleieforbund (2023). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet. 25. Januar 2024 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av akuttsykepleiere. (2011). Funksjonsbeskrivelse for akuttsykepleiere. Hentet 25. Januar 2024 fra OsloMet | Viewer (exlibrisgroup.com)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok*. 3. Utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Olgers, T. J., Dijkstra, R. S., Drost-de Klerck, A. M. & ter Maaten J. C. (2017). The ABCDE primary assessment in the emergency department in medically ill patients: an observational pilot study. *The Netherlands Journal of Medicine*, VOL. 75, NO. 3 Hentet 14. oktober 2024 fra [getpdf.php \(njmonline.nl\)](#)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (LOV-2021-06-11-78) Hentet 14. oktober 2024 fra [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Peguero-Rodrigues, G., Polomeno, V., Backman, C., Chartrand, J. & Lalonde, M. (2023). *The Experience of Families Accompanying a Senior to the Emergency Department: A Scoping Review*. Journal of Emergency Nursing. Vol. 49, issue 4, P611-630. Hentet 15. April 2024 fra <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.005>

Pisani, M (2023, 13. april). Assessment of delirium. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. februar 2024 fra [Assessment of delirium.pdf \(bmj.com\)](#) 33 sider

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

Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. Høyen Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykeplei. God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg. s. 232-244) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Rule, A. & Glasscock (2024, 3. september). The aging kidney. UpToDate. Hentet 10. september 2024 fra [The aging kidney - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Saltvedt, I. (2021). Norsk Elektronisk legehåndbok. Akutt funksjonssvikt hos eldre. Hentet 12. mars 2024 fra [Akutt funksjonssvikt hos eldre - NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok \(legehandboka.no\)](#)

Schultz, M., Durand, M. E., Nissen, S. K., Danielsen, M. B., Osmanagic, A., Andersen, S., Lebech, U. D., Carlsen, T. L., Foss, C., Rosholm, J.-U., Andersen, H. E. & Bruker, L. (2021). Håndtering af indlagte ældre patienter i akutmodtagelsen. Ugeskrift Læger, 183:V02210114. Hentet 14. oktober 2024 fra [Håndtering av innlagte eldre pasienter i akuttmottaket | Ugeskriftet.dk](#)

Simons, M. & Breall, J. A. (2024, 8. august). Overview of the acute management of non-ST-elevation acute coronary syndromes. UpToDate. Hentet 24. August 2024 fra [Overview of the acute management of non-ST-elevation acute coronary syndromes - UpToDate](#)

Slawomirski, L., Aaraaen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD. Hentet 16. Januar 2024 fra <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>

Sortland, L. S., Haraldseide, L. M. & Sebjørnsen, I. (2021). Eldre i den akuttmedisinske kjeden. Rapport nr. 1-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, NORCE Norwegian Research Center, avdeling Helse.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). (LOV-2021-06-11-78) Hentet 14. oktober 2024 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D.-G. (2018). Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Gyldendal Akademisk 2018

Stubberud, D.-G. (2020a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I: D-G Stubberud og T. Gulbrandsen (red), *Intensivsykepleie* (4. Utg. S. 41-74) Oslo: Cappelen Damm AS

Stubberud, D-G. (2020b). Intensiv sykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (red.), *Intensivsykepleie* (4. utg. s. 27-39). Oslo: Cappelen damm AS.

Stubberud, D.-G., Bakkeland, J. og Thorsen, B. (2020). Overvåking av respiratorisk status. I: D-G Stubberud og T. Gulbrandsen (red), *Intensivsykepleie* (4. Utg. S. 235-255) Oslo: Cappelen Damm AS

Stratton, S. J. (2023, 23. november). Acute Respiratory Failure. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. februar 2024 fra [Acute respiratory failure.pdf \(bmj.com\)](#)

Taffet, G. E. (2023, 25. mai). Normal aging. Hentet 23. UpToDate. februar 2024 fra [Normal aging - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Thune, M. & Leonardsen, A.-C. L. (2017). Sepsis hos eldre kan bli oversett. *Sykepleien*, 105(62320):e-62320 DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62320>

Van Oppen, J. D., Keillor, L., Mitchell, Á., Coats, T. J., & Conroy, S. P. (2019). What older people want from emergency care: a systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 2019;36:754–761. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2019-208589>

Wachelder, J. J. H., Stassen, P. M., Hubens, L. P. A. M., Brouns, S. H. A., Lambooi, S. L. E., Dieleman, J. P., & Haak, H. R. (2017). Elderly emergency patients presenting with non-specific complaints: Characteristics and outcomes. *Plos One*, 12(11), e0188954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188954>

Walston, J. D (2023, 12. juni). Frailty. UpToDate. Hentet 23. februar 2024 fra [Frailty - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Ward, K. T. & Reuben, D. B (2024, 17. mai). Comprehensive geriatric assessment. UpToDate. Hentet 04. juni 2024 fra [Comprehensive geriatric assessment - UpToDate \(oslomet.no\)](#)

Wolf, L. A., Delao, A. M., Malsch, A. J., Moon, M. D., Perry, A. & Zavotsky, K. E. (2019). Emergency nurses' perception of geriatric readiness in the ED setting: a mixed-methods study. *Journal of emergency nursing*, 2019;45:374-85. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.02.004>

Wyller, T. B. (2020). Geriatri. En medisinsk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal

Yarlagadda, Sri. G. (2023, 27. september). Hyperkalaemia in adults. *BMJ – Best Practice*. Hentet 07. februar 2024 fra [Hyperkalaemia in adults.pdf \(bmj.com\)](#)

Øverbye, E. (2023). Erfaring, evidens og faglig skjønn. Oslo: Abstrakt

Vedlegg 1:

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel	Van Oppen et al. (2019)	Peguero-Rodriguez et al. (2023)	Sortland et al. (2021)
Del A: Kan du stole på resultatene?			
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja	Ja	Ja
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	Ja	Ja	Ja
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Ja	Nei	Ja
4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja	Uklart	Ja
5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Er ikke gjennomført	Nei	Nei
Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?	Ja	Ja	Ja
Del B: Hva forteller resultatene?			
6. Hva er resultatene?	Studiens resultater viser at eldre har ulike forventninger og opplevelser til akuttmottak. Bli beskrevet mer i kapittel 5.	Oversikten viser at pårørendes tilstedeværelse og inkludering kan være en ressurs for både pasienten og helsepersonell ved besøk i akuttmottak.	Eldre har ofte atypisk presentasjon ved akutt sykdom. Det er nødvendig med økt kunnskap om atypisk presentasjon blant helsepersonell, samt sikre at triage- og diagnostiske verktøy fanger opp pasientgruppen.

7.Hvor presise er resultatene?	Uklart	Uklart	Uklart
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
8.Kan resultatene overføres til praksis?	Ja	Ja	Ja
9.Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja	Ja	Ja
10.Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja	Ja	Ja

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	Dyrstad et al. (2015)	Gallagher et al. (2014)	Wolf et al. (2019)
Del A: Innledende vurdering			
1.Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja
2.Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja
3.Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja
4.Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja
5.Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja
6.Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket	Ja	Ja	Ja

fortolkningen av data?			
7.Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Uklart
8.Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja	Ja	ja
Del B: Hva er resultatene?			
9.Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			
10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Studien kan gi oss en forståelse av helsepersonellens syn på pasientmedvirkning ved mottak av eldre pasienter i akuttmottak	Studien kan gi oss en forståelse av sykepleiererfaringer rundt vurdering og omsorg til eldre i akuttmottak	Studien kan gi oss en forståelse av sykepleiererfaringer rundt vurdering og omsorg til eldre i akuttmottak

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	Blackburn et al. (2018)	Mwakilasa et al. (2021)	Bull et al. (2022)
Del A: Innledende vurdering			
1.Er formålet med studien klart formulert?	Ja	Ja	Ja
2.Er kvalitativ metode	Ja	Ja	Ja

hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			
3.Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja
4.Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja	Ja	Ja
5.Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja
6.Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja	Ja	Ja
7.Er etiske forhold vurdert?	Ja	Uklart	Ja
8.Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja
Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja	Ja	Ja
Del B: Hva er resultatene?			
9.Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja
Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?			

<p>10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Funnene i studien viser at god kommunikasjon og informasjon er avgjørende for øke pasienttilfredsheten. Studien har intervjuet både pasienter/pårørende og ansatte i akuttmottak noe som belyser problemstillingen fra ulike perspektiver.</p>	<p>Studien viser at for å imøtekomme behovene til eldre i akuttmottak må brukerperspektivet integreres i hvordan man organiserer fremtidens akuttmottak.</p>	<p>Studien trekker frem 4 ulike aspekter i pasientopplevelsen som kan føre til økt positiv erfaring hos pasientene som besøker akuttmottak. Resultatet av studien støttes av eksisterende forskning.</p>
--	---	--	--

Vedlegg 2:

Oppholdstid for pasienter i Akuttmottaket, Orkdal Sjukehus

Forfatter: Jannicke Blåsberg, Lillian Asbøll Opøyen,
Ida Lise Salberg, Torkild Skaar,
Berit Groeggen Wiklund, Merete Letnes Ødegaard

Gyldig fra:
22.06.2022

Revisjon:
2.0

Godkjent av: Kjetil Andreas Hognestad Karlsen

Revisjonsfrist:
21.06.2024

ID: 13940

Frist for revisjon av dette dokumentet er passert, men dokumentet er fortsatt gyldig.

Hensikt og omfang

Å sikre at pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp ved innleggelse og poliklinisk behandling, får undersøkelse og behandling innenfor forsvarlige tidsrammer. Gjelder for alle som tar del i pasientbehandling/ pasientflyt ved innleggelse/ poliklinisk behandling ved Orkdal Sjukehus.

Grunnlagsinformasjon

Akuttmottaket har registrert at et høyt antall pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp, oppholder seg unødig lenge i enheten. Ved opphopning av pasienter i Akuttmottaket blir flere pasienter mottatt i korridor som er et fellesareal med stor trafikk. Dette innebærer risiko for krenkelse av pasientens integritet og mulig brudd på taushetsplikten. Vårt mål er å ha en høy faglig kvalitet på pasientbehandlingen. Opphopning av pasienter i Akuttmottaket skal ikke føre til forsinket igangsettelse av nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. Ved behov for intern overflytting mellom St.Olavs hospital i Trondheim og Orkdal av alvorlig syke pasienter med behov for behandling i høyere behandlingsnivå skal dette avklares raskt for å unngå forsinkelser i videre behandlingsforløp:

Se prosedyre EQS ID: 11584 – «Mottak og flytting av pasienter fra Akuttmottak, sengeposter, KOVA og operasjonsavdelingen». Prosedyre EQS id.: 18353 «Triage i Akuttmottak, St. Olavs hospital, Orkdal Sjukehus» erstattes av denne prosedyren.

Legebemanning i Akuttmottaket:

- LIS1/ LIS2 har myndighet til å tilkalle overlege i vakt ved stor pågang i Akuttmottaket, evt. delegere dette til koordinator/ ansvarshavende sykepleier o Overlege i vakt har plikt til å møte ved tilkalling
- Koordinator/ ansvarshavende sykepleier i Akuttmottaket har myndighet til å kalle ut ekstra sykepleiere ved stor pågang i Akuttmottaket
- I særlige tilfeller kan koordinator/ ansvarshavende sykepleier i Akuttmottaket etter selvstendig vurdering tilkalle overlege i vakt. LIS1/ LIS2 skal i slike tilfeller informeres

Akuttleger:

- Akuttleger er tilstede dagtid hverdager. Det er en overlege og en LIS2/ LIS3 som er tilstede og de har i tillegg til Akuttmottaket ansvar for visittgang ved Akutt 24 Orkdal

Medisinsk avdeling:

- Avdelingen har tre vaktsjikt med LIS1, LIS2 og overlege

Kirurgisk avdeling:

- Avdelingen har tre vaktsjikt med LIS1, LIS2 og overlege o LIS1- og LIS2-sjiktet er felles med ortopedisk avdeling

Ortopedisk avdeling:

- Avdelingen har tre vaktsjikt med LIS1, LIS2 og overlege o LIS1- og LIS2-sjiktet er felles med kirurgisk avdeling

Tabell over vakttider finnes som relatert.

Triagenivå i Akuttmottaket:

- Triage betyr sortering. Triage anvendes i Akuttmottaket da det på grunn av en uforutsigbar pasienttilstrømming ofte ikke er tilstrekkelige ressurser til at alle kan få hjelp samtidig. Triage bidrar til å identifisere pasienter med alvorlige og livstruende tilstander, slik at de prioriteres og kan få riktig behandling raskt. Akuttmottaket benytter triagesystemet RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) for å vurdere pasientens hastegrad. Triagenivå avgjøres

av pasientens vitale parametere og symptomer. Symptomene er kategorisert i ulike kontaktårsaker, også kalt ESS (Emergency Symptoms and Signs). Vårt mål er at det skal startes triage på alle pasienter innen 10 minutter etter ankomst Akuttmottaket. Triage bidrar til at pasienten kan få informasjon om planlagte tiltak og forventet oppholdstid i Akuttmottaket. Samtidig skal det bidra til at sykehusets ressurser forvaltes mest mulig effektivt

- RETTS har fem sorteringsnivå: rød, orange, gul, grønn og blå. Triagenivå avgjør videre oppfølging i Akuttmottak og TTD (Time To Doctor), se tabell:

Triagenivå	Alvorlighetsgrad	Tiltak
Rød triage	Livstruende tilstand	TTD 0 minutt. Kontinuerlig monitorering. Sykepleier tilstede frem til legevurdering, deretter etter avtale med lege. Følg prosessstiltak i RETTS
Orange triage	Alvorlig tilstand	TTD < 20 minutt. Monitorering med intervall minimum hvert 20. minutt frem til legevurdering, deretter etter avtale med lege. Sykepleier til stede til lege kommer. Følg prosessstiltak RETTS
Gul triage	Moderat tilstand	TTD < 120 minutt. Selektiv monitorering. Følg prosessstiltak i RETTS
Grønn triage	Mindre alvorlig tilstand	TTD < 240 minutt. Ingen monitorering, men regelmessig tilsyn av sykepleier. Følg prosessstiltak i RETTS
Blå triage	Ikke behov for triage	

Arbeidsbeskrivelse

Ansvar Sykepleiere og leger som jobber i Akuttmottak.

Prioritering (triage):

- Sykepleier i Akuttmottak (som har første pasientkontakt) vurderer pasientens tilstand ved innkomst iht. prosedyre
- Sykepleier har ansvar for å varsle aktuelle lege i vakt ved umiddelbart behov for legetilsyn
- Dersom pasientens tilstand er av en slik art at det er påkrevet å bli tilsett av LIS2 eller overlege i vakt skal lege i vakt eller sykepleier straks tilkalle en av disse
- Sykepleier i Akuttmottak assisterer vakthavende lege med prioritering av pasientene
- Dersom oppholdstiden for pasienten ser ut til å overstige tidsangivelsen ved triagering uten at diagnostiske eller terapeutiske tiltak er satt i gang, må ansvarshavende sykepleier i akuttmottaket tilkalle lege i vakt, evt. også LIS2 eller overlege i vakt for å avhjelpe situasjonen. Benytte prehospita triagekode og vitale parameter så langt som mulig på gule og grønne pasienter som er triagert for mindre enn 30 minutter siden

Logistikk

- Ved stor pågang i Akuttmottak skal overflyttingspasienter og pasienter med "åpen innleggelse" (ref. egen prioritert liste) flyttes direkte på sengepost etter avklaring med lege i vakt
- Pasienten må registreres før overflytting til sengepost. Journalopptak gjøres i ettertid av lege i vakt. Se også prosedyren EQS prosedyre med id. 11584 – «Mottak og flytting av pasienter fra Akuttmottak til sengeposter, KOVA, operasjonsavdeling og høyere behandlingsnivå».
- Ved stor pasienttilstrømming skal sykepleier i Akuttmottak og lege i vakt prioritere eventuelt raskt flytting av pasienter til sengepostene. Ingen pasienter skal sendes direkte på sengepost uten at dette er godkjent av lege i vakt.
- Dersom lege i vakt vet at de blir opptatt lenge på operasjon, kan andre vakthavende leger varsles i prioritert rekkefølge:
 - LIS1/ LIS2 fra Kirurgisk-/ Ortopedisk- eller Medisinsk avdeling er gjensidig backup for hverandre.
 - Kirurgisk overlege varsler ortopedisk overlege (gjensidig)

- Ortopedisk overlege varsler kirurgisk overlege (gjensidig)
- Sykepleier i Akuttmottak har myndighet til å kalle ut i henhold til dette
- Hvis lege i vakt på medisinsk avdeling er opptatt tilkalles lege i vakt ved kirurgisk avdeling
- Avvik fra prosedyren meldes etter vanlige rutiner.

Arbeidsbeskrivelse

Utføres av	Arbeidsoppgave
Legevaktsoperatør	<ul style="list-style-type: none"> • Informere koordinator/ ansvarshavende sykepleier om pasienter som forventes å ankomme Akuttmottak. Registrer følgende i Trackboard: <ul style="list-style-type: none"> • Personalia • Kontaktårsak • Innreisemåte • Henvissende lege • Prehospital triage • Forventet tid for ankomst • Aktuelt fagområde • Avklare med akuttlege eller vakthavende LIS2 fra respektive avdeling om det skal aktiveres Medisinsk - eller Kirurgisk akutteam
Koordinator/ ansvarshavende sykepleier	Registrere pasient i Trackboard: <ul style="list-style-type: none"> • Personnummer og navn • Kontaktårsak • Innreisemåte • Henvissende lege • Prehospital triage • Ankomsttidpunkt • Plassering rom • Rekvirere aktuelle blodprøver og andre microbiologiske prøver • Tildel pasienten til pasientansvarlig sykepleier • Varsle lege dersom det er behov for raskt eller umiddelbart legetilsyn • Registrere i Trackboard at lege er bestilt og eventuelt purret på • Avklare med akuttlege eller vakthavende LIS2 fra respektive avdeling om det skal aktiveres Medisinsk - eller Kirurgisk akutteam og varsle LV sentral om dette • Skaffe oversikt over belegg ved Orkdal Sjukehus kl. 13.00 Se for øvrig under relatert: EQS id.: 32843 «Koordinerende-/ ansvarshavende sykepleier i Akuttmottak»

<p>Triagesykepleier/ pasientansvarlig sykepleier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motta informasjon om pasient fra prehospitalt personell og/eller koordinator/ ansvarshavende sykepleier • Lese seg opp på aktuelle data på pasienten (prehospitalt og inhospitalt) • Vitale parametere målt prehospitalt kan brukes inntil 30 minutter etter måling kun på gule og grønne pasienter o Retriagere pasienten om nødvendig • Kontrollere pasientens ID, og sette navnebånd på pasienten • Utføre observasjoner og iverksette tiltak iht. følgende: o A-B-C-D-E –algoritme o Vitale parameter o GCS (Glasgow coma scale) o SIRS/ QSOFA (Sepsis scoreingsverktøy) o Smerte iht. NRS/ VAS (kartlegging av smerte skala) • Ta aktuelle blodprøver og følge opp blodprøvesvar ved anledning • Kartlegge: CAVE, allergier, diabetes, MRSA- og annen smitterisiko, iverksett eventuelt smitteverntiltak • Kartlegge om pasienten har: Omsorgsansvar for mindreårige barn. Om dette ikke er ivarett må tiltak iverksettes, eventuelt med bistand fra annen sykepleier • Definere aktuell problemstilling og avklare hvorfor pasienten kommer til sykehuset: Velg ESS (Ved flere aktuelle ESS velges den som gir høyest triagekode) <ul style="list-style-type: none"> - Måle vitale parametere og observere pasient etter A-B-C-D-E- algoritme. - Sette triagekode ut fra ESS og vitale parametere. Høyeste funn avgjør kode - Legge inn triagekode i Trackboard. Ved rød eller oransje triagegrad oppgi årsak til dette i kommentarfeltet - Varsle koordinator/ ansvarshavende sykepleier om endring i triagegrad - Videre tiltak og behandling avhenger av alvorlighetsgrad og pasienttilstrømming. De fleste prosessiltak skal utføres først når pasienten får tildelt ansvarlig sykepleier Iverksette forordninger fra lege, som legemiddel- eller væskebehandling, flere mikrobiologiske prøver, koordinering av bildeundersøkelser etc. Etterspørre behandling og videre plan, om denne ikke presenteres • Evaluere og dokumentere observasjon og behandling • Triagesykepleier/ pasientansvarlig sykepleier har ansvar for triagerte pasienter • Retriage: <ul style="list-style-type: none"> - Ved endring i pasientens tilstand eller mottatt prøvesvar som tilsier retriage - Dersom lege ikke har vurdert pasienten iht. TTD (Time To Doctor) etter gitt prioriteringsnivå
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Ved behov for innleggelse: <ul style="list-style-type: none"> - Kartlegge og dokumentere nærmeste pårørende. Vurdere sammen med pasienten om behov for varsling om innleggelse til nærmeste pårørende - Kartlegge om pasienten har kommunale tjenester og ved JA: Sende elektronisk varsling til aktuelle kommune - Rapport og overflytting av pasient til sengepost • Polikliniske pasienter: Seponere eventuelt innlagt utstyr hos pasienten Om pasienten skal starte med nye legemidler utenfor apotekets åpningstid, sende med antall nødvendige doser frem til apotek åpner Bistå pasienter som ikke er selvhjulpne med forsvarlig transport hjem. Bestilling av drosje og ambulanse må avklares med lege Varsle pårørende ved behov • Tilbakeføring til kommunale tjenester: <ul style="list-style-type: none"> - Informere pr. telefon til aktuelle tjeneste hva som er besluttet og forventet ankomsttidspunkt - Avklare med aktuelle kommunale tjeneste om det er behov for å sende med medikamenter for å hindre avbrudd i behandling
<p>Mottakende lege/ pasientansvarlig lege: Akuttleger eller leger i vakt fra samarbeidende avdelinger ved Orkdal Sjukehus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Skal kjenne til bruken av EPJ, aktuelle triagesystem og prioriteringsnivå i pasientbehandlingen • Kvalitetssikre primærvurdering og triagekode • Skal tilse pasienter med rød triage umiddelbart: o Dersom flere pasienter har samme triagekode vurderer lege hvem som må prioriteres • Når lege går inn til pasient skal legen registrere seg i pasientens EPJ med riktig klokkeslett for «tildelt lege» • Triagere opp og ned for å hindre over- og undertriagering. En endring som fraviker fra RETTS skal dokumenteres i EPJ. • Gjennomføre en målrettet og rask klinisk vurdering og avklaring. • Sørge for korrekt avdelingstilhørighet og beslutte hvem som skal tilse pasienten av øvrige spesialiteter. • Iverksette standardiserte pasientforløp ved avklarte problemstillinger. • Beslutte videre plassering av pasienten i samarbeid med koordinator/ ansvarshavende sykepleier og pasientansvarlig sykepleier. • Igangsette initial behandling og intervensjon der det er nødvendig med hensyn til pasientens tilstand.
<p>Opplæring/undervisning</p>	<p>For å utføre selvstendig triage skal sykepleiere og annet helsepersonell som utfører/ deltar i triage ha deltatt på følgende opplæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opplæringsvakter etter behov vurdert av seksjonsleder og fagutviklingssykepleier.

	<ul style="list-style-type: none"> • RETTS – opplæring i egen avdeling i hht. standardisert system • Kompetansekrav i Kompetanseportalen. • Annen relevant systematisk og obligatorisk opplæring iht. avdelingens målsettinger og årshjul for kompetanseheving og fagutvikling.
--	--

Viktige dokumenter under relatert:

- EQS prosedyre med id.: 11584 – «Mottak og flytting av pasienter fra akuttmottak til sengeposter, KOVA og operasjonsavdelingen»
- EQS prosedyre med id.: 39673 – «Prosedyre for melding, oppfølging, overflytting eller utskriving av pasienter i Felles Mottaksavdeling»
- EQS prosedyre med id.: 36426 – «Handlingsplan ved samtidighetskonflikter i Akuttmottaket, Orkdal Sjukehus»
- EQS prosedyre med id.: 40611 – «Funksjonsbeskrivelse for akuttleger fast ansatt i Klinikk for akutt- og mottaksmedisin»
- EQS prosedyre med id.: 32843 «Koordinerende-/ ansvarshavende sykepleier i Akuttmottak»