

Liv Wergeland Sørbye,  
Else Vengnes Grue, Einar Vetvik



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE | RAPPORT 2009/5

# Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre

Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten



**Denne rapporten er utgitt av**

Diakonhjemmet Høgskole

Postboks 184, Vinderen

N-0319 Oslo

<http://www.diaconhjemmet.no>

Rapport: 2009/5

ISBN: 978-82-8048-081-1

ISSN: 1891-2753

Elektronisk distribusjon:

Diakonhjemmet Høgskole

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele avhandlingen  
er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

# **Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre**

*Oppdrag fra Statens helsetilsyn*

**Liv Wergeland Sørbye, Else Vengnes Grue, Einar Vetvik**

Diakonhjemmet Høgskole, rapport 2009/5

ISBN: 978-82-8048-081-1

## SUMMARY

In this report commissioned by the Norwegian Board of Health the Diakonhjemmet University College has summarized recent research on health and social services provided to frail older people in Norway. Older people aged 80 years and over comprised 4.5% of the population in 2008 yet accounted for 16.4% of all hospital days.

Older persons often have multiple diseases, physical, functional and mental health impairments. When experiencing episodes of acute illness, these older persons should receive care in hospital wards providing by multidisciplinary geriatric teams. On all levels of the health care system, the services and reports regarding treatment and patient care need improvement in documentation. Moreover, few older adults have individual care plans.

This report found a number of areas of particular concern:

There are care deficiencies during acute admissions, end of life care and care of critically ill older adults, care of patients with hip fracture or stroke. Moreover, there is evidence of deficient care of older persons with rehabilitation needs, dementia, diabetes or psychiatric disorders such as anxiety and depression.

Considering the proportion of older patients on psychoactive drugs documentation of health services provided to older persons with substance abuse or mental health problems is limited.

The number of older persons with minority background in need of health care services is expected to increase. The needs of this new group of older people will require new and culturally sensitive health care services. Yet, this growing need has not been addressed in the current research.

Research shows large geographic variation in terms of both quality and scope of health and social care service provision to older adults. These disparities in care give rise to concern considering that equal access to care is a fundamental value underpinning Norwegian health care policy. Evidence presented in this report demonstrates ample opportunity for improvement.

## FORORD

Diakonhjemmet Høgskole fikk 22. juni 2009 i oppdrag fra Statens helsetilsyn å lage en kunnskapsoppsummering om svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre. Oppsummeringen består av norske arbeider publisert de siste fem år, fortrinnsvis på mastergradsnivå og over.

Det å lage et transparent, systematisk søk skapte uforutsette problemer. Bestillingen fra Statens helsetilsyn var omfattende i bredde og dybde. Kunnskapsoversikten måtte bli en blanding av helseforskning og helsetjenesteforskning. Å peke på svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre uten kunnskap om omfang og karakteristika av hva problemet gjelder, ville ha liten verdi.

Vi har ikke definert eller gradert begrepet svikt, men beskrevet situasjoner og forhold hvor det er forbedringspotensiale. Vi har systematisk søkt i aktuelle databaser, publikasjonsoversikter til universiteter og høyskoler, samt kunnskapssenter og forskningsinstitutt. Vi har brukt en induktiv tilnærming i utvelgelsen av hvilke publikasjoner som skulle inkluderes. Ved å innhente kunnskap om svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre, har vi ut fra faglig skjønn kategorisert sentrale områder. Disse kategoriene er belyst med aktuell litteratur.

Liv Wergeland Sørbye har vært prosjektleder og har ført kunnskapsoversikten i pennen sammen med Else Vengnes Grue. Einar Vetvik har tatt aktivt del i prosessen og har bidratt med kapitlet: Planlegging, organisering og samarbeid.

Vi takker Statens helsetilsyn for en utfordrende oppgave. Vi vil også takke Olav Molven og Øystein Sørbye for konstruktive kommentarer i sluttprosessen.

Liv Wergeland Sørbye

Oslo 10.12.2009

Prosjektleder

## Innhold

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| FORORD .....                                     | 4  |
| 1. Presentasjon av tema og problemstilling ..... | 9  |
| 1.1 Definisjoner .....                           | 9  |
| 1.2 Bestillingen .....                           | 9  |
| 1.3 Bakgrunn og hensikt.....                     | 10 |
| 1.4 Målsetning og problemstilling .....          | 10 |
| 1.5 Materiale og metode.....                     | 11 |
| 1.6 Etisk vurdering.....                         | 12 |
| 1.7 Framdriftsplan.....                          | 12 |
| 1.8 Metodevalg .....                             | 12 |
| 1.9 Generell bakgrunn .....                      | 13 |
| 2. Planlegging, organisering og samarbeid .....  | 14 |
| 2.1 Skrøpelige eldre .....                       | 14 |
| 2.2 Sykehus.....                                 | 15 |
| 2.3 Kommunehelsetjenesten .....                  | 16 |
| 2.4 På tvers av nivåene .....                    | 25 |
| 2.5 Svikt, mulig svikt .....                     | 27 |
| 3. Dokumentasjon og kommunikasjon .....          | 28 |
| 3.1 Dokumentasjon.....                           | 28 |
| 3.2 Avvik.....                                   | 29 |
| 3.3 Svikt, mulig svikt .....                     | 33 |
| 4. Omsorg ved livets slutt.....                  | 35 |
| 4.1 Innledning .....                             | 35 |
| 4.2 Sykehjem.....                                | 36 |
| 4.3 Hjemmesykepleie .....                        | 37 |
| 4.4 Sykehus.....                                 | 38 |

|      |                                                              |    |
|------|--------------------------------------------------------------|----|
| 4.5  | Svikt, mulig svikt .....                                     | 39 |
|      | Hjemmesykepleie .....                                        | 40 |
|      | Sykehus .....                                                | 40 |
| 5.   | Skrøpelige akutt syke eldre i spesialisthelsetjenesten ..... | 41 |
| 5.1  | Innledning .....                                             | 41 |
| 5.2  | Svikt, mulig svikt .....                                     | 48 |
| 6.   | Hoftebrudd og fall .....                                     | 49 |
| 6.1  | Svikt, mulig svikt .....                                     | 53 |
| 7.   | Hjerneslag .....                                             | 54 |
| 7.1  | Innledning .....                                             | 54 |
| 7.2  | Sykehus .....                                                | 54 |
| 7.3  | Kommunehelsetjenesten: Hjemmetjenesten/sykehjem .....        | 58 |
| 7.4  | Svikt, mulig svikt .....                                     | 60 |
| 8.   | Diabetes .....                                               | 61 |
| 8.1  | Svikt, mulig svikt .....                                     | 62 |
| 9.   | Ernæring, tann og munnstatus .....                           | 63 |
| 9.1  | Ernæring .....                                               | 63 |
| 9.2  | Fedme .....                                                  | 64 |
| 9.3  | Tannhelse og munnhygiene .....                               | 65 |
| 9.4  | Svikt, mulig svikt .....                                     | 67 |
| 10.  | Demenslidelser .....                                         | 69 |
| 10.1 | Innledning .....                                             | 69 |
| 10.2 | Utredningsverktøy .....                                      | 70 |
| 10.3 | Behandling .....                                             | 71 |
| 10.4 | Sykehjem .....                                               | 72 |
| 10.5 | Hjemme .....                                                 | 73 |
| 10.6 | Svikt, mulig svikt .....                                     | 74 |

|       |                                         |     |
|-------|-----------------------------------------|-----|
| 11.   | Psykiatri og Psykososiale forhold ..... | 75  |
| 11.1  | Svikt, mulig svikt.....                 | 77  |
| 12.   | Vold .....                              | 78  |
| 12.1  | Svikt, mulig svikt.....                 | 79  |
| 13.   | Eldre med spesielle behov.....          | 80  |
| 13.1  | Kvinner .....                           | 80  |
| 13.2  | Hørselssvekkelse .....                  | 80  |
| 13.3  | Utviklingshemming .....                 | 81  |
| 13.4  | Forflytningshemmede og transport.....   | 81  |
| 13.5  | Aleneboende og trygghetsalarm .....     | 82  |
| 13.6  | Samer.....                              | 83  |
| 13.7  | Ikke-etnisk norske .....                | 84  |
| 13.8  | Eldre og rus.....                       | 84  |
| 13.9  | Spesielle sykdomsgrupper .....          | 85  |
| 13.10 | Svikt, mulig svikt.....                 | 86  |
| 14.   | Oppsummering .....                      | 88  |
|       | Referanser.....                         | 91  |
|       | Vedlegg: Søkerhistorikk.....            | 110 |



# 1. Presentasjon av tema og problemstilling

Diakonhjemmet høgskole vil på oppdrag fra Statens helsetilsyn presentere en kunnskapsoppsummering om svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre. Oppsummeringen er bygget på norske arbeider fortrinnsvis over mastergradsnivå publisert de siste fem år.<sup>1</sup> Statens helsetilsyn vil i denne rapporten bli omtalt som Helsetilsynet.

## 1.1 Definisjoner

Bestillingen fra Helsetilsynet er; "En kunnskapsoppsummering om svikt i helse- og sosialtjenesten til skrøpelige eldre." Skrøpelige eldre er personer med ulike aldersforandringer, flere sykdommer, fysisk og/eller mental funksjonsvikt. Ofte har disse pasientene i tillegg et redusert sosialt nettverk. Karakteristisk for aldersforandringer er reduserte reserver og økt sårbarhet, som fører til at eldre må møte økt forekomst av sykdom med mindre ressurser enn yngre (Rapport til Helse Nord fra arbeidsgruppe 26.05.08). Gamle er i denne sammenheng personer som er 80 år eller eldre.

## 1.2 Bestillingen

Helsetilsynet er interessert i å få kunnskap om:

- helsemessige årsaker til hjelpebehov hos eldre i ulike aldersgrupper (omfang, funksjonsnivå og når relevant kjønnsforskjeller)
- hvilke tjenestetilbud gamle skrøpelig personer har behov for
- de får disse tjenestene i tilstrekkelig omfang
- tjenestene er individuelt tilrettelagt
- kjente sviktområder
- hvor det kan være fare for svikt

Helsetilsynet ønsker kunnskap om både kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten, med hovedfokus på det sistnevnte området.

---

<sup>1</sup> <sup>1</sup>Omfanget av oppdraget er tilsvarende 7 ukeverk– utført i perioden 22. juni til avslutning 2009

Helsetilsynet utdypet oppdraget i møte 15.6.09 og understreket at de er særlig interessert i følgende tema:

- brukere og pårørendes erfaringer med tjenestene
- fastlegens rolle og funksjon, bl.a. i forhold til hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- problemer og svikt i spesialisthelsetjenesten til eldre
- svikt i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

## 1.3 Bakgrunn og hensikt

Norsk helsevesen legger vekt på at eldre pleietrengende skal få bo hjemme så lenge som mulig, og ha et trygt, verdig og selvstendig liv. Helse- og sosiallovgivning regulerer langtidspleien og behovet for akutt helsehjelp på det nasjonale nivå.

### 1.3.1 Tidligere forskning

Publikasjoner innen eldreomsorg har vært preget av samfunnsvitenskapelig og humanistisk forskning som vist i en kunnskapsoversikt fra Nordisk råd <sup>2</sup> (Szebehely 2005). Rapporten omhandler offentlig eldreomsorg (uansett om virksomheten ble utført av offentlig ansatte eller privat ansatt personale), pårørendeomsorg og frivillig sektors innsats innen eldreomsorg. Helserelevante spørsmål, medisin og sykepleiefaglige publikasjoner var fraværende.

I Norge har det de siste årene blitt skrevet en rekke utredninger og kunnskapsoversikter om ulike utfordringer innen eldreomsorg. Hensikten med dette oppdraget er å lage en kunnskapsoversikt over forhold som kan føre til svikt i sosial- og helsetjenester og som kan virke på Eldres helse.

## 1.4 Målsetning og problemstilling

Den overordnede målsetning med oppdraget er å oppsummere og beskrive kunnskap som allerede foreligger om tjenestetilbud til skrøpelige eldre personer.

---

<sup>2</sup> Szebehely, M. Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt  
[http://www.norden.org/pub/velfaerd/social\\_helse/sk/TN2005508.pdf](http://www.norden.org/pub/velfaerd/social_helse/sk/TN2005508.pdf)

Fokus skal være på mangler i helse- og sosialtjenester og eventuelt manglende kunnskap om mulig svikt i tilbud. Kunnskapsoppsummeringen skal sammen med andre kilder inngå i Helsetilsynets kunnskapsgrunnlag for valg av tilsynsområder etc.

Problemstillinger:

På hvilke områder svikter helse- og sosialtjenester til skrøpelige eldre mennesker, i hvilke deler av tjenestetilbud og tjenesteutførelsen, og hva består svikten i? Hvilke former for svikt er mest utbredt? Hvilke former for svikt anses mest alvorlig?

Til utdyping av denne formuleringen vil vi peke på at begrepet "svikt" har flere dimensjoner. Det gjelder kvalitetsmangler ved de etablerte tjenester til eldre mennesker som er brukere av disse tjenestene. Men begrepet svikt kan også betegne eventuelle mangler i form av at:

- eldre mennesker har behov for helse- og sosialtjenester som ikke, eller i begrenset grad dekkes eller blir imøtekommet av tjenesteapparatet
- utilstrekkelig planlegging og samhandling fører til kvalitets- og kapasitetssvikt med risiko for eldres helse, velferd, livskvalitet og trygghet.

## 1.5 Materiale og metode

Kunnskapsoversikten bygger på eksisterende norske rapporter av nyere dato med korrekte henvisninger. For å innhente et bredt "materiale" har vi gjort et systematisk litteratursøk etter litteratur publisert med norske data de siste fem år i ulike databaser:

- Medisinske og helsefaglige publikasjoner over mastergradsnivå.
- Alle doktorgradsavhandlinger som berører aktuelle tema
- Forskningsrapporter fra ulike utdannings-, kompetansesentra og Helseforetak
- Offentlige dokumenter (NoU, St.meld., Ot. Prp., nasjonale retningslinjer og anbefalinger der det er aktuelt)
- Publikasjoner fra bruker- og pårørendeorganisasjoner

Funnene har vært avgjørende for hvordan oppsummeringen er strukturert.

## 1.6 Etisk vurdering

Oppdraget er rettet mot å innhente informasjon fra publisert materiale i den hensikt å forbedre en tjeneste. Det er tatt hensyn til krav til personvern, anonymitet og konfidensialitet.

## 1.7 Framdriftsplan

- Iverksetting, planlegging, dokumentgjennomgang fra juni 2009
- En søkehistorikk for kilder ble presentert for oppdragsgiver ca 20. august
- En utvidet disposisjon for rapporten ble presentert for oppdragsgiver ca.10 september
- Oppsummering og konklusjon, kvalitetssikring primo oktober
- Utkast til rapport presentert for oppdragsgiver ca 15. oktober
- Gjennomlesing og drøfting med oppdragsgiver (uke 43), og endelig ferdigstillelse innen utgangen av oktober
- Overlevering av rapport 27. november

På grunnlag av presentasjonen levert Helsetilsynet 20. august hadde vi et nytt møte med oppdragsgiver 28. august. Her ble metode for litteratur søk drøftet spesielt, med vekt på innsnevring av søk relatert til intensjonen med oppdraget. Det ble deretter sendt et nytt utkast til Helsetilsynet 10. september med forslag til søkerstrategi. Et notat av 14. september fra Helsetilsynet ble besvart 16. september av Liv Wergeland Sørbye (se vedlegg), med forslag om å sende et nytt mer utfyllende utkast 10. oktober. Et utkast ble oversendt 30. oktober og endelig utkast levert 27. november.

## 1.8 Metodevalg

Vi har konsentrert søk i databaser til nøkkelordene helse- og sosiale tjenester til eldre. Vi har valgt å inkludere databasene: *Medline Ovit*, *Nursing Ovit*, *AgeLine*, *CINAHL*, *SveMed+*, *SosINDEX*. Søk i aktuelle databaser vises i vedlegg. Vi har lagt vekt på å samle doktograder innen eldreomsorg. Ved hjelp av oversikt fra geriatrisk forening samt publikasjonsoversikter til universitet og høyskoler og kontakt med nøkkelpersoner, håper vi å ha en tilnærmet fullstendig oversikt. Vi er klar over at det

kan være relevante doktorgrader i ikkehelsefaglige miljøer som vi ikke har klart å oppspore. Vi søkte på hjemmesider til aktuelle forsknings, utrednings- og kunnskapssentre. Publikasjoner fra offentlige forvaltningsorgan er inkludert der det er faglig relevant. Vi gjorde en gjennomgang av titlene på publikasjoner utgitt fra 2004-2009, leste så igjennom aktuelle sammendrag på elektroniske dokumenter, gjennomgått med aktuelle søkerord ut fra innhold i tittel og sammendrag. En oversikt over utvalgte titler fra de største miljøene ble sendt på e-mail til aktuelle kontaktpersoner for å sjekke ut om vårt utvalg var relevant. Søkerhistorikk og utvalg av publikasjoner er å finne i vedlegg.

## 1.9 Generell bakgrunn

Det er godt dokumentert at andel eldre øker og dette kan føre til ulike scenarier. Det er mulig å tenke seg at eldres helse bedres i takt med økende levealder. En kan også forestille seg at familiens omsorg for sine gamle øker i takt med veksten i den offentlige omsorgen. Dersom man alternativt ser for seg at økningen i levealder gir en tilsvarende økning i antall år som pleietrengende, kan dette gi økt krav til menneskelige og økonomiske ressurser (Holmøy 2006, Holmøy mfl. 2006).

Bare 13% i Norge er enig i å ha foreldre boende hjemme, mot mer enn tre ganger så mange i Tyskland og Frankrike og enda flere i de østeuropeiske landene (Slagsvold mfl. 2006). Ca 90% av det norske folk er i enig i at helse- og omsorgstjenesten skal være det offentlige sitt ansvar.

Familieomsorg ser ikke ut til å stå sterkt i Norge. Få eldre ønsker å flytte hjem til egne barn. Åtti prosent av eldre vil helst bo i eget hjem eller i en tilrettelagt bolig med offentlig hjelp hvis de blir hjelpetrengende (Huseby & Paulsen 2009). "Ulike forsknings- og utredningsrapporter gir et variert bilde av situasjonen til skrøpelige eldre.

## 2. Planlegging, organisering og samarbeid

Her presenteres funn fra utvalgte kilder fra litteratursøket med hensyn til planlegging, organisering og samarbeid relatert til mulig svikt i helse- og sosialtjenester til skrøpelige eldre.

### 2.1 Skrøpelige eldre

Den skrøpelige eldre må ikke bare bli ivaretatt på best mulig omsorgsnivå, men også på riktig avdeling innen nivået. Det er godt dokumentert at pasienter som etter en hjerneblødning, blir innlagt på en slagenhet har bedre sjanser for å habiliteres, enn pasienter som blir innlagt på en generell medisinsk avdeling (Fjærtøft mfl. 2004, Gjerberg mfl. 2008). Pasienter med hoftebrudd som får tilbud om rehabilitering med god fysisk trening, gjenvinner raskere sitt forventede funksjonsnivå enn pasienter som blir overlatt til seg selv. Eldre med en demenslidelse fungerer bedre på en skjermet enhet, enn på en vanlig sykehjemsavdeling. Eldre som opplever et akutt traume eller sykdom er avhengig av rask og kyndig hjelp fordi mange i utgangspunktet er skrøpelig.

Førde mfl. (2006) sendte ut spørreskjema om helsehjelp til syke over 75 år, til 2 103 leger og sykepleiere innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Forskerne konkluderte at medisinske kjerneområder som diagnostikk og vitale behandlingsbehov ikke ser ut til å være tilstrekkelig dekket. Pleie-, omsorg- og psykososiale behov ser ut til å være nedprioritert. Det ser ut som om det er størst knapphet på tid. Mangelfull koordinering og organisering av helsehjelp til eldre ser også ut til å være et gjennomgående problem. Sagsveen (2004) har latt et pasientutsagn være tittelen på sin rapport: "Jeg får jo omsorg og pleie og medisin her da, men jeg savner at dem setter seg ned og prater".

Nortvedt mfl. (2008) intervjuet 20 leger og 25 sykepleiere som arbeidet i sykehus eller på sykehjem i ulike deler av landet. De fant at rettferdig fordeling av helsetjenester vanligvis ikke ble beskrevet som en sentral del av klinikerens kliniske prioriteringsoppgave. Forfatterne hevder imidlertid at dersom hensynet til rettferdighet

ikke er inkludert i rollen som kliniker, vil andre kunne påvirke store deler av klinikerens ansvar for klinisk prioritering. Rettferdig fordeling av helsetjenester til eldre pasienter er bare mulig dersom klinikerne aksepterer sitt ansvar i slike spørsmål. Videre viste undersøkelsen at når det gjaldt eldre burde det være en bedre balanse mellom hjelpen fra allmennlegen og hjelpen fra spesialisthelsetjenesten. Vi mener at likeverdighet i tilbud er den sentrale verdien, og at "rettferdighet" er en mindre relevant verdi.

## 2.2 Sykehus

Sykehusreformen, som ble iverksatt fra 1. januar 2002, har resultert i et nytt beslutningsnivå i helsesektoren. Trygstad & Hagen (2004) har evaluert Helse Øst RHF sitt regionutvalg og har problematisert konsekvensene av at offentlig sektor benytter styringsprinsipper og organisasjonsmodeller fra privat sektor. Eldre er en gruppe som det gir relativt liten økonomisk gevinst å behandle. Det er grunn til å vurdere i hvilken grad viktige prinsipper som likebehandling, etterprøvnbarhet, rettssikkerhet og innsyn blir ivaretatt med bedriftsøkonomiske måleparametere. Det blir stadig færre senger i norske sykehus (SSB 2009, Spesialisthelsetjenesten). En nordisk studie viser at samlet for alle opphold for eldre pasienter over 80 år, finner vi små, men signifikante forskjeller i liggetid mellom Norge og Danmark. Danske pasienter over 80 år har i snitt 6 timer lengre liggetid enn norske pasienter over 80 år. Det er ingen signifikant variasjon i liggetid mellom Sverige og Norge når det gjelder pasienter i denne aldersgruppen (Huseby 2005).

Kjekshus (2005) analyserte liggetiden i norske sykehus. Variasjoner i liggetid ble primært forklart med for liten kapasitet på omsorgstjenester i kommunene til eldre utskrivingsklare pasienter. Han mente at økt bruk av sykehotell kunne redusere liggetiden i sykehus.

Gjerberg mfl. (2006) laget en kunnskapsoversikt om effekt av geriatriiske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Oversikten viste at geriatriisk vurdering og behandling av eldre pasienter i sykehus ga positiv effekt på sjansen for å være i live i egen bolig, versus å dø eller bli innlagt i sykehjem. På andre områder var resultatene inkonsistente. Bruk av tverrfaglige geriatriiske konsultasjonsteam i sju sykehus viste

liten effekt. Rapporten konkluderte med behov for mer forskning både i forhold til å utvikle og prøve ut nye, potensielt forbedrete intervensjoner og utvikling av kriterier for utvelgelse av pasienter som kan ha nytte av geriatriiske tiltak.

Gjerberg mfl. (2008) har også laget en kunnskapsoversikt om organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus. De viser at det er solid grunnlag for å si at behandling og rehabilitering i egne slagenheter gir lavere dødelighet sammenliknet med andre måter å organisere slagrehabilitering på. Når det gjelder eldre pasienter med hoftebrudd som rehabiliteres i separate ortogeriatriske enheter, vil de oftere være i live i egen bolig sammenliknet med pasienter som behandles i vanlig ortopedisk avdeling etter et år.

Sellæg mfl. (2005) har beskrevet bruk av regionalt geriatrisk team, bestående av geriater, geriatrisk sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. De besøkte kommunene to ganger pr år. Geriatriiske team var viktige for at helsearbeidere i sykehus kunne ivareta sin lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunene. Forfatterne anbefalte at team for samarbeid med sykehjem og hjemmetjeneste i kommunene, burde opprettes ved flere geriatriiske sykehusenheter. De anbefalte videre at studier av effekten av slikt team ble gjennomført.

## 2.3 Kommunehelsetjenesten

Disch og Vetvik (2009) gjennomførte en undersøkelse om situasjonen i den kommunale planlegging av omsorgstjenestene i forhold til målsettingene og retningslinjene fra St. meld 25 (2005 – 2006): "Mestring, muligheter og mening – framtidas omsorgsutfordringer". Meldingen gir en sterk oppfordring til kommunene med hensyn til å komme à jour med dagens oppgaver og bruke tiden frem til 2015 som en aktiv planleggingsperiode for en klargjøring av den forventede sterke vekst i aldersgruppen 80 + fra ca år 2020. Rapporten bygger på spørreskjemadata fra vel halvparten (232) av landets kommuner og innsendte "Pleie- og omsorgsplaner" fra de 68 kommunene som hadde en ferdig plan (31%) våren 2009. Et hovedfunn i rapporten er at mindre enn en tredjedel av kommunene har en gjeldende pleie- og omsorgsplan. Det er grunn til å anta at dette er knyttet til uklarhet og svakheter i opplegget for den kommunale planlegging generelt. St. meld 25 (2005-2006) synes imidlertid å ha gitt viktige insitamenter til øket vekt på slik planlegging. Over



halvparten har planarbeid underveis, eller skal starte i løpet av 2009. Forfatterne påpeker imidlertid at det er grunn til å stille spørsmål om i hvilken grad planleggingen er reelt integrert i den overordnede kommunale planleggingen. Rapporten fremholder at kvaliteten på de innsendte planer er mangelfull særlig med hensyn til analyse av dagens problemer og utfordringer i pleie- og omsorgssektoren. Planene bygger i liten grad på en eksplisitt evaluering/vurdering av de aktuelle utfordringene og har også lite konkrete vurderinger av utfordringene fremover.

I St.meld. 25 (2005-2006) sies det at nyere forskning viser: "at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjenester først og fremst kommer til kort." De største utfordringene ser kommunene i forhold til: De nye yngre brukerne, rekrutteringen av kvalifisert personell og økonomiske ressurser til å løse oppgavene.

Kommunenes svar om utviklingen fremover viser at det skal satses mye på den åpne omsorgen og tiltak som kan støtte opp under den. Det skal bygges mye omsorgsboliger, mens antallet sykehjemsplasser antas å holdes stabilt eller endog reduseres i flere kommuner fremover. Rapporten stiller spørsmål om dette strategivalget er like adekvat alle steder når en vurderer spørsmålet om behov og kvalitet i forhold til kostnader. Er institusjonsbehovet undervurdert slik at terskelen inn i sykehjemmene vil bli enda høyere enn i dag, med de konsekvenser dette vil få også for pasienter i den åpne omsorgen og pleie- og omsorgsoppgavene der?

Rapporten peker også på en tvetydighet idet familiær omsorg og frivillig innsats ansees som meget viktig, mens tiltak for å støtte opp under dette og utvikle kapasiteten videre, er lite vurdert.

Amoako-Addo (2005) fant også at rekrutteringen av frivillige til helse- og sosialtjenestene var minkende. Likevel satser den offentlige helsepolitikk på frivillige organisasjoner som et viktig bidrag med hensyn til å ivareta rammene for velferdsstatens sosiale tjenester for de eldre

Robberstad (2009) har beskrevet hvordan helse- og omsorgsstatistikk kan være et verktøy for områdeovervåking. Pålitelig statistikk er viktig for god planlegging og organisering. Framskrivinger på kommunenivå av de eldre aldersgruppene er ganske

pålitelige, fordi folk flest ikke pleier å flytte til andre kommuner etter fylte 70 år. Det er viktig å se på inndelingen av andel i de ulike eldste aldersgruppene. En større andel 90 år+ vil gi større behov for pleie- og omsorgstjenester. Hvilke modeller en velger for å møte brukernes behov for tjenester kan være avgjørende for trivsel og rekruttering.

Åkvik & Holmes (2006) stilte spørsmål om legetettheten i kommunen hadde betydning for dødsraten i en befolkning. De fant at det ikke var det totale antall leger pr hode som var avgjørende for dødsraten, men antall leger som hadde avtale med aktuelle kommune.

Flere studier har vist skjevheter med hensyn til tjenestetilbud og kvalitet til eldre. Kjos mfl. (2008) gjennomførte en telefonenquête med 64 førstelinjeledere, som ble sammenholdt med informasjon fra offentlige dokumenter og kommunenes hjemmesider. Hensikten var å vurdere kvalitetsforbedring innen langtidspleien etter bestemte kriterier. Resultatet viste store forskjeller mellom kommuner. De største kommunene hadde flere kvalitetsaktiviteter enn de mellomstore og minste kommunene.

Over 13 500 personer med utenlandsk statsborgerskap og helse- og sosialfaglig utdanning var sysselsatt innenfor helse- og sosialtjenester i 2008, en økning på 7,3% sammenlignet med 2007 (SSB 2009). Vi har ikke funnet tall på andelen fremmedspråklige uten slik fagutdanning, men antar at i storbyene er det mange ansatte av ikke vestlig bakgrunn i langtidsavdelinger og i hjemmetjenesten.

Flere innvandrere har fått tilbud om praksis innen helse- og sosialtjenesten som et ledd i arbeidsmarkedstiltak. Her har arbeidsgivere et stort ansvar for å tilrettelegge forholdene slik at tiltak fører til kompetanseheving i omsorg, norsk språk og økt selvtillit. Djuve (2007) har vist at manglende tilrettelagt praksis kan føre til avmaktsfølelse og nederlag. Mange skrøpelige eldre har problemer med å gjøre seg forstått og oppfatte og forstå hva som blir sagt. Fremmed språk og kultur vil kunne skape misforståelser og i verste fall feilbehandlinger.

Omsorgsforflytning er et globalt problem. Å rekruttere sykepleiere fra fattigere land er et alvorlig etisk anliggende. Van Riemsdijk (2006) har vektlagt at utvandringen av

sykepleiere er bekymringsfullt med tanken på polsk helsevesen. EU godtar offentlig godkjenning bare for polske sykepleiere på masternivå. Disse utgjør 2% av de polske sykepleierne. Å rekruttere disse til rikere land blir et alvorlig tap for polsk helsevesen.

Borge (2008) benyttet IPLOS-data til å belyse effektivitet av tjenestene sett i forhold til driftsutgifter i kommunehelsetjenesten. Effektiviteten er dobbelt så stor i de beste sammenliknet med de dårligste kommunene. Borge mente at det var mulig med 10% effektivitetsøkning. Lav effektivitet ble forklart med høyt inntektsnivå i kommunen, lav andel brukerbetaling og sterk partifragmentering i kommunestyret.

Rortveit & Hunskar (2009) gjennomførte en registrering av akutt/straks utrykninger i en toårs periode. Av 236 utrykninger gjaldt 84% sykdom og 16% skader. I 52% av tilfellene var legen først tilstede. Legene mente ambulansepersonalet hadde "betre akuttmedisinsk dugleik". Forfatterne fremhevet at tilliten til en tjeneste beror på om legen tar ansvar i akuttsituasjonen. Flere har påpekt at allmennlegene (GP) er en viktig ressurs i den kommunale helsetjeneste. Hurst mfl. (2007) gjennomførte et multisenterstudie. GP innehar stor kunnskap om hvordan organisatoriske faktorer kan påvirke tilgjengelighet og likeverdige tilbud på helsetjenester. GP ønsker å samarbeide med ansvarlige myndigheter, ikke å rette seg etter pålagte administrative påbud.

Oslo kommune har i sin Omsorgsmelding innført konseptet Omsorg+. Det skal være et tilbud til de som ikke trenger en sykehjemsplass, men som heller ikke føler trygghet ved å bo hjemme. Omsorg + gir trygghet fordi det skal være personale tilstede døgnet rundt. Omsorg+ skal bygges opp i tilrettelagte boligkompleks med minimum 50 boliger med døgnbemanning (Listhaug 2006). Hensikten er blant annet ved hjelp av døgnbemanning og sosiale aktiviteter å sikre oppfølging og trygghet. Dette forventes å føre til effektivisering av omsorgstjenestene, reduksjon av sykehjemsplasser og økt kvalitet.

Et viktig mål for rehabilitering skal være sosial deltakelse. Vik (2008) viser til at i tidligere forskning har fokus ofte vært kroppsfunksjon relatert til diagnoser. Opptreningen har hatt mestring av daglige gjøremål som fokus i stedet for deltakelse. Viks arbeid hadde særlig fokus på deltakelse i gjøremål, og hvordan omgivelsene

influerer på muligheten for deltakelse. Resultatene viser videre at 84% av informantene opplever støtte fra familien som positivt og 82% av dem vurderer helse- og sosialsystemet som en positiv omgivelsesfaktor, men 18% hadde andre erfaringer.

Huseby & Paulsen (2009) har evaluert følgende delprosjekter: i omtaler av eldreomsorgen i landets aviser i løpet av ett år (del 1), intervjuundersøkelse om holdningene til eldreomsorgen (del 2), brukererfaringer om effektivisering (del 3), drøfting av eldreomsorgen på grunnlag av tilgjengelig statistikk og problemstillinger fra delprosjektene 1-3, samt internasjonale sammenlikninger. Rapporten viser at tilgjengeligheten til omsorgstjenester varierer. Dekningsgraden for hjemmetjenester i gruppen 80+ varierer fra 8% - 47%

Et riktigere bilde av svikt i tilgjengelighet av tjenester ville vi kunne få dersom vi klarte å frembringe data på de som ikke får det tilbudet de trenger og variasjoner mellom kommunen med hensyn til dette. Et viktig spørsmål er om slike undersøkelser allerede finnes. Vi har ikke funnet studier som ser på dette i vårt litteratursøk. Vi antar at det er behov for både kvalitative og kvantitative studier av søknadsprosesser og tildelingsbeslutninger/avslagsbeslutninger i helse - og sosialtjenestene.

Romøren (2007) har påpekt at yngre brukere av hjemmetjenesten, yngre enn 67 år, brukte dobbelt så mye tjenester som de over 67 år. De yngre får tjenester som støttekontakt og avlastningstilbud. Psykisk utviklingshemmede utgjør en viss andel av de yngre brukerne (en større andel i tidligere vertskommuner).

Huseby & Paulsen (2009) har i sin sammenfatning korrigert tallene for ressursinnsats for brukere under 67 år, slik at en får tall for gruppen over 67 år, jfr. den meget store veksten i utgifter til brukerne under 67 år de siste 10 årene. Tallene viser at variasjonen mellom laveste og høyeste forbruk varierer fra 34 624 kr pr innbygger over 67 år i den kommunen som har de laveste utgiftene til 182 927 i den kommunen som bruker mest. Gjennomsnittet i kommunene er kr 73 675. Det er liten grunn til å anta at mye av disse forskjellene skyldes ulike behov blant kommunenes eldre innbyggere. Dette bekrefter tidligere undersøkelser som viser at den store ulikheten i norske kommuners økonomi får store konsekvenser for tjenestetilbudet.

Hva man får ut av ressursene, og hvor mye som brukes, varierer imidlertid sterkt organiseringen av tjenestene. Dette gir store forskjeller innen tjenestetilbud og dekningsgrad. Huseby & Paulsen (2009) har skilt mellom institusjonsorienterte og hjemmetjeneste-orienterte kommuner. I 2007 brukte kommunene i gjennomsnitt ca 53 000 kr pr innbygger over 67 år til institusjoner, mot 21 000 kr til hjemmeboende eldre. Det er store variasjoner i dette. I noen kommuner ble mindre enn 50% brukt til institusjoner, mens andre brukte over 90% til dette. Enkelte kommuner skårer lavt både på hjemmetjenester og institusjoner, mens andre skårer høyt på begge. Noen skårer middels på begge, mens en del har høy innsats på hjemmetjenester og relativt mindre på institusjoner eller vise versa.

En nærmere analyse av konsekvensene av disse forskjellene vil være sentral for en bedre forståelse av den konkrete svikten i helse- og sosialtjenester til skrøpelige eldre. Tidligere forskning har funnet betydelig variasjon i organiseringen av tjenestetilbudet. Borge og Haraldsvik (2005) hevdet at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt uten at tjenestetilbudet blir dårligere. Problemet er imidlertid av kvalitativ art. Det er enkelt å vise at en institusjonsplass koster veldig mye mer enn noen timer hjemmetjenester i uken. Men om dette er lavest effektive omsorgsnivå (Leon) eller best mulig omsorgsnivå (Beon), er et annet spørsmål. I forhold til aktuelle og kommende behov for pleie- og omsorgstjenester kan man ikke stirre seg blind på enkle økonomitall. Hvis en ikke stiller spørsmålet om brukernes behov meget presist, er risikoen for svikt og inadekvat hjelp betydelig.

For store kommuner vil utfordringene nå og fremover i stor grad være økonomien. For små kommuner vil rekrutteringen av kompetent personale kanskje bli et like stort problem. Samlet viser vår kunnskapsoversikt at den alvorligste og mest utbredte svikten *ikke* ligger i kvalitetsmangler med det som *gjøres*, men i det som *ikke* *gjøres*. Dette peker tilbake mot svikt i planlegging, prioritering og ressurstildeling/ressursgrunnlag. De mange problemene knyttet til samhandling og organisering handler om dette. Finnes det ikke plasser så blir de ikke brukt. Finnes det ikke noe tiltak for å sikre overgangen mellom institusjon og lokalsamfunn, blir pasientene/brukerne værende og opptar kapasitet for andre trengende, eller sendes ut til en risikofyllt og usikkerhetsskapende alenetilværelse.

Rattsø & Sørensen (2009) analyserte kommunenes budsjettprioriteringer i forhold til eldreomsorgen. De gir en indirekte forklaring på det faktum som er blitt kjent i de seinere årene: De eldre har ikke fått særlig mye mer. Det er de "nye" yngre brukerne som har tatt veksten i budsjettene jfr. bl.a. St.meld. 25 (2006 – 2007). Forklaringen er at de eldre ikke er blitt prioritert i de kommunale budsjettene siden 1990-tallet. Derfor konkluderer de slik: "Eldrebølgen vil gi lavere utgifter pr eldre i eldreomsorg". De hevder at selv om eldre ut fra allmenne altruistiske holdninger gis verbal støtte og prioritering, viser erfaringene at de neppe vil bli prioritert slik på kommunebudsjettene at det sikrer nivået når eldrebølgen kommer for fullt.

Brevik (2007) dokumenterte viktige sider av det som er omtalt tidligere om prioritering og organisering av eldreomsorgen i kommunene siden 1989 – 2007. Rapporten drøfter hypoteser om mangler i pleie- og omsorgstjenestene. Forfatteren spør om Norge i realiteten har forlatt en aktiv forebyggende modell som den danske og lagt seg mer på den svenske modellen med behandling av de som trenger det mest og en omfattende medikalisering, istedenfor mer aktiv forebygging med sosial og praktisk bistand. Han stiller spørsmål om eldre med sammensatte problemer har tilstrekkelig tilgang på medisinsk og pleiefaglig kompetanse i kommunene.

Riksrevisjonen (2009) har foretatt en gjennomgang av en rekke datakilder, herunder tilsynsrapporter, offentlig statistikk og casestudier i sju kommuner, alle store kommuner og geografisk spredt. Den gjelder pleie- og omsorgsmottakere over 67 år. Undersøkelsen avdekker betydelig svikt både kvantitativt og kvalitativt ved at mange ikke mottar tjenestetilbud i forhold til registrert bistandsbehov. Dette henger bl.a. sammen med at dekningsgraden for institusjonsplasser i forhold til gruppen 80+ ble redusert med 7% i perioden 2003 – 2007. Avslag på institusjonsplass gis iblant på grunn av manglende tilgjengelighet – man har ikke ledige plasser. Feilbruk av institusjonsplasser påvises også.

### **2.3.1 Hjemmetjenesten**

Vabø (2005, 2007, 2009) har drøftet overgangen i hjemmetjenesten fra en tradisjonell velferdsstatsorganisering og styring av omsorg til innføringen New Public

Management (NPM). Hun mener at NPM doktrinene er generelle og universelle og dessuten *preskriptive*, heller enn empirisk *deskriptive*. Forkjemperne for NPM har skapt håp om effektivisering, økt mangfold og valgfrihet. Imidlertid har NPM også skapt bekymring for «ressursskvis», kvalitetssvikt og forverring av omsorgspersonalets arbeidsforhold. Vabø sine informanter uttrykte stress spesielt relatert til kravet om økonomisk innsparing. Vabø viser til senere års forskning omkring NPM i nordisk eldreomsorg, hvor det konkluderes med at den systematiske kunnskapsinnhenting om reformene har vært dominert av kortsiktige og overflatiske utredninger.

Ursin (2005) gjennomførte en studie av hjemmesykepleien i Molde. Hun vurderte innføringen av bestiller-utførermodell som inngår som en del av New Public Management tradisjonen. Mange arbeidstakere opplever at fleksibilitet og skjønn i møte med den enkelte pasient er erstattet med stramme rammer relatert til "enkeltvedtak". Funnene fra undersøkelsen viste imidlertid at brukerne stort sett var fornøyd, og det skyldes i all hovedsak at ansatte i driftsenheten imøtekom brukernes behov ved å gå utover det skrevne vedtaket.

Oxman mfl. (2008) har på grunnlag av litteraturgjennomgang laget et strateginotat om integrert helseomsorg til personer med kroniske tilstander. De konkluderer med at mangelfull samhandling kan påvirke kvalitet og effektivitet i helsetjenesten, samt tilgjengelighet til, deltagelse i og tilfredshet med behandling og helsemessige utfall for kronisk syke pasienter. De sier videre at det er sparsomt med data i Norge som kan gi grunnlag for å beskrive hvor stort problemet er eller avklare de underliggende årsakene til mangelfull samhandling i norsk helsetjeneste. Henrard mfl. (2006) utviklet en indeks for integrerte tjenester relatert til eldre 65+ som mottok hjemmetjenester i 11 storbyer i Europa. Variabler som inngikk i denne indeksen var ulike prosessrelaterte arbeidsformer, tilgjengelighet, oppfølging etter utskriving fra sykehus, inntakssamtale, sosiale tjenester (IADL), personlig stell (ADL), teknisk sykepleie (prosedyrer) og ulike terapiformer. Det norske materialet skåret dårligst på ulike prosessrelaterte arbeidsformer som for eksempel tverrfaglige møter, som også inkluderte lege, og utarbeidelse av individuell plan. Moksnes mfl. (2008) gjennomførte en retrospektiv studie av pasientflyt i Oslo. Kommunen fikk krav om betaling etter en uke fra pasienten var erklært ferdigbehandlet i sykehus.

Alderspsykiatriske pasienter fikk redusert antall ventedager fra 52,0 til 32,2 mens betalingsordningen gjaldt, men ventetiden økte senere til 59,1. I 2004 ventet en pasient på somatisk avdeling i gjennomsnitt én uke på utskrivning. Til sammenlikning ventet en pasient på alderspsykiatrisk avdeling i gjennomsnitt åtte uker.

Brevik (2007) har beskrevet og sammenliknet utvikling og status av tjenestene i eldreomsorgen, med vekt på perioden 1998-2006 og året 2006. Resultatet av undersøkelsen viste at Oslo hadde lavere tilgjengelighet enn gjennomsnittet for landet på alle områder innen eldreomsorgen, og denne tilgjengeligheten er redusert i alle ledd i de seinere åra.

Prosjektet *Kompetanse i hjemmetjenesten, kvalitet og forutsigbarhet for pasienten* ble gjennomført i tre kommuner i Vestfold (Stranquist 2007). Behov for sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter ble beregnet. Resultatet viste at en kommune hadde behov for å bytte ut flere årsverk med assistenter til sykepleiere og helsefagarbeidere. Et kompetansebasert styringssystem ble tatt i bruk og kalt KOMPetansebAsert StyringsSystem (KOMPASS). Styringssystemet la vekt på brukerinnflytelse og myndiggjøring av pasienten. Prosjektet skapte stor entusiasme. Målene ble innfridd: kvalitet for pasienten, motiverende arbeid for ansatte og effektive tjenester gjennom riktig bruk av kompetanse.

### **2.3.2 Sykehjem**

Mange kommuner har satset på å bygge omsorgsboliger på bekostning av sykehjemsplasser. Dette kan føre til færre korttidsplasser, alternativet kan bli bokollektiv (jfr. Waaler 2005). Hauge & Heggen (2008) hevder at dersom ideen om at sykehjemmet skal være et hjem kan realiseres, så må dagligstuen fungere som et offentlig rom. Pasientene må få mulighet til å pendle mellom sine egne private rom og et felles offentlig rom.

Paulsen (2004) undersøkte bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. En av hans konklusjoner: "Økt bemanning gir ikke nødvendigvis bedre tjenestetilbud," skapte massive protester i fagmiljøene. Forsetlund (2005) foretok en kunnskapsgjennomgang om virkningen av forskjellige bemanningsmodeller for legetjenester ved sykehjem. Hun fant ingen systematiske oversikter, andre



kunnskapsoppsummeringer eller enkeltstudier av god kvalitet, om dette temaet. Forfatteren stadfestet at ut fra foreliggende publikasjoner, var det vanskelig å tallfeste standarder for legedekning i sykehjem fordi behovet vil variere med pasientenes helsetilstand, organiseringen av det helsefaglige arbeidet og hvordan helsetjenesten for øvrig er organisert lokalt.

Bolling mfl. (2008) registrerte alle henvendelser til vakthavende lege i fire måneder på Bergen Røde Kors Sykehjem. Den døgnkontinuerlige vakttjenesten er viktig i pasientbehandlingen og blir benyttet av alle avdelinger. Sykehjemmet hadde 174 beboere og det var 319 henvendelser; i 9 tilfeller ble innleggelse i sykehus forhindret i perioden. Forfatterne konkluderte med at for å sikre pasientene kompetent akuttbehandling på sykehjem og for å forhindre unødige transporter til legevakt eller innleggelse på sykehus, bør slike vakttjenester tilbys på sykehjem.

## 2.4 På tvers av nivåene

Kalset & Paulsen (2008) har beskrevet hvorfor strategisk samhandling fungerer bedre på papir enn i praksis. Den hyppigst nevnte utfordringen kommunene angir er opplevelsen av at kommunene og helseforetakene ikke oppleves som likeverdige parter. Den hyppigst nevnte utfordringen på foretakssiden er manglende ressurser for å utvikle samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene.

Et bedre utbygd dagtilbud fremheves som en nøkkel til å minke presset på institusjonene. Samarbeidet og kommunikasjonen mellom de ulike aktørene som for eksempel spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten/institusjonene registreres som sviktende. Dessuten er det medisinske tilbudet fra tilsynsleger i sykehjem på et for lavt nivå. De etablerte kvalitetssystemene fungerer stykkevis og delt, bl.a. på grunn av manglende opplæring og kompetanse. Bruken av systemene for kontroll og evaluering kan det også stilles spørsmål ved. Undersøkelser i kommunene viser at få har oversikt over kompetansebehovet på sikt. Dette er i tråd med hva Disch og Vetvik (2009) fant i gjennomgang av kommunale planer.

Riksrevisjonen (2009) viste at alle de sju kommunene som ble gjennomgått hadde inngått samarbeidsavtale med det lokale sykehuset. Dette fungerte ikke, fordi de

enten ikke var i bruk, eller og i liten grad ble brukt som retningslinje i daglig arbeid. Konkret var kommunikasjonen ved inn- og utskrivning mangelfull.

Garåsen & Johnsen (2005, 2007) viste at kommunikasjonen mellom sykehuslegene og allmennpraktikerne i mange tilfeller var så mangelfull med hensyn til medisinsk informasjon at det medfører alvorlig helserisiko for eldre pasienter. Studiene viste at eldre pasienter vil ha fordel av behandling i en intermedieæravdeling i sykehjem isteden for sykehus, med færre reinnleggelser og lavere dødelighet enn tradisjonell behandling. En analyse av kostnadene viste at behandling i intermedieærerenhet i sykehjem innebærer lavere samlede kostnader enn tradisjonell behandling i sykehus også fordi en får færre reinnleggelser.

St. meld nr. 47 (2008 – 2009): "Samhandlingsreformen", har foreslått at en større andel av den ventede vekst i helse- og omsorgstjenesten skal komme i de frie inntektene til kommunene. Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten skal medføre tilførsel av ressurser til dette. Det skal videre legges til rette for at veksten i legetjenester fremover i hovedsak skal komme i kommunene.

Det er usikkert hvordan denne reformen vil virke i praksis. Dersom systemet ikke fanger opp "handlingsrasjonaliteten" hos aktørene, vil det bli mange punkter i dette som kan svikte. Skal systemet virke etter hensikten må det "lønne seg" for alle aktører og beslutningstakere å opptre rasjonelt. Et avgjørende trekk vil være den nye rollen for kommunene med hensyn til økonomi og organisering av tjenestene. Vil kommuneøkonomien for eksempel få tilført det overskudd som fremkommer ved at intermedieære sykehjemsavdelinger sparer sykehusene for kostnader, jfr. Garåsen mfl.(2007). Det er opplagt usikkerhet om hvor vellykket ideen om økte økonomiske kostnader for kommunen knyttet til deltakelse i spesialisthelsetjenesten vil virke.

Rattsø og Sørensen (2009) har antydnet at det er usikkert om hvordan kommunene vil prioritere de økte "frie inntekter". Hensikten med reformen må være økt kvalitet til mindre kostnad, og utjevne geografiske og andre forskjeller på helse- og sosialtjenestene enn vi har i dag.

## 2.5 Svikt, mulig svikt

- Det er mangelfull samhandling i norsk helsetjeneste
- Store mangler i kommunal helse- og omsorgsplanlegging, få planer og ofte for lav kvalitet på det som er utarbeidet
- Eldre som opplever et akutt traume eller sykdom får ikke tilstrekkelig rask og kyndig hjelp
- Helsetjenester til eldre pasienter er ikke likeverdig fordelt fordi klinikerne ikke alltid aksepterer sitt ansvar for tilrettelegging
- Pleie- omsorgs- og psykososiale behov synes særlig å være nedprioritert
- Flere studier viser skjevfordeling av tjenestetilbud og ulik kvalitet i kommunene
- Sosial deltakelse må i større grad vektlegges i rehabilitering av skrøpelige eldre
- Kompetanse og antall fagansatte i helse- og sosialtjenesten er utilstrekkelig
- Det er mangel på faglige og økonomiske betingelser for kapasitetsøkning
- Svikt i rekruttering av norsktalende helse- og sosialarbeidere fører til en arbeidsforflytning fra mindre ressurssterke land
- Samarbeidsavtaler mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten blir utilstrekkelig fulgt opp i praksis

## **3. Dokumentasjon og kommunikasjon**

### **3.1 Dokumentasjon**

Det kan synes som at publikasjoner angående dokumentasjon fortrinnsvis dreier seg om avvik og kvalitetsindikatorer.

#### **3.1.1 Sykehus**

Næss (2008) viste i en pilotstudie (N=83) at mange pasienter ble akutt innlagt i sykehus med lite dokumentasjon fra lege eller sykepleier. Dette gjorde at det ble vanskelig å gi pasientene den helsehjelpen de trengte, og det kunne medføre stor belastning for pasientene. Pilotstudien viste at sykepleierens vurderingsansvar for skrøpelige gamle er omfattende og økende. Forfatteren viser til at disse situasjonene er kompliserte, og sykepleiere må i stor grad ivareta vurderingen av pasientenes behov for helsehjelp. Studien viste behov for å avklare hvor vurderingsansvar bør forankres og hva som er nødvendig vurderingskompetanse.

Paulsen & Grimsmo (2008) undersøkte utskrivninger av omsorgstrengende eldre fra sykehus. De fant at det var en tendens til at pasienter som skulle overføres til hjemmebaserte tjenester hadde de svakeste og mest tilfeldige dokumentasjonsrutinene. Kommunenenes ønske om kontakt og uformell informasjonsinnhenting, foregriper informasjonsformidling basert på formelle, skriftlige rutiner. Det var uklarheter om mandatforståelse mellom omsorgsgiverne i sykehusene og kommunene.

Helsetilsynet (2002, 2008) har vært bekymret over at en stor andel ansatte i sykehjem har fremmedspråklig bakgrunn og viser utilstrekkelig språkforståelse. Skriftlig språkføring er viktig for dokumentasjon av pasientopplysninger samt overføring av informasjon mellom helsepersonell. Gamperiene (2008) har undersøkt språkproblem hos ufaglærte. Flere opplevde nedsatt jobbtilfredshet og mentale helseproblemer dersom de ikke var fornøyde med nivået og kvaliteten på samarbeid og ledelse. Dette var interessante funn i og med at disse forholdene tradisjonelt har vært forbundet med høyt utdannet arbeidskraft. Resultatene ble forsterket for ansatte

med fremmedspråklig bakgrunn og indikerer at språkopplæring er et vesentlig element i forebygging av helseproblemer. Et dårlig ordforråd sammen med kulturelle forskjeller kan føre til misforståelser og feilhandlinger (Selnes 2008).

## 3.2 Avvik

Folkehelseinstituttet fant i sin undersøkelse i desember 2007 at den nasjonale prevalensen av sykehusinfeksjoner var 6,3%. Dette er den høyeste prevalensen av sykehusinfeksjoner som har blitt registrert i landets sykehus. Folkehelseinstituttet kommenterer at det er verdt å merke seg at det er nedre luftveisinfeksjoner og postoperative sårinfeksjoner som bidrar til denne økningen. Av de postoperative sårinfeksjonene var 124 dype og 64 overflatiske sårinfeksjoner (Folkehelseinstituttet 2007). Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS) har valgt ut sentrale operasjoner som blant annet innsetting av proteser i hofteledd for 30 dagers oppfølging med tanke på infeksjoner. I NOIS-4 er den totale insidensandelen hos alle opererte 5,8%. Kun 11,7% av infeksjonene ble identifisert før utskrivelse. Resultatene viser viktigheten av å følge opp pasienter etter utskrivelse, for å få et fullstendig bilde av infeksjonsforekomsten. Sykehusene bør kommunisere resultatene tilbake til aktuelle kirurgiske enheter, slik at infeksjonsforebyggende tiltak kan evalueres og revideres (Folkehelseinstituttet 2009).

Universitetet i Stavanger gjennomførte en gjennomgang av avviksmeldinger ved Stavanger universitetssykehus (SUS) i 2003 og 2004. Fall utgjorde mellom 60-70% av totalt antall registrerte feil. Det var sjeldent at fall fører til alvorlige konsekvenser for pasienten. Skulle SUS akseptere et høyt antall fall som en kalkulert risiko? Det ble likevel anbefalt at SUS burde vurdere om dette var hendelser som i større grad kunne forebygges slik som å øke bemanningen, spesielt på nettene der hvor det var mange eldre pasienter (Thomassen mfl. 2007). I forhold til legemiddelfeil forekom hendelsen "pasientforveksling" hyppig i datamaterialet 35 (26%). Forklaringer på denne type hendelser ble eksemplifisert slik: "Hadde med seg to ulike medisiner til to pasienter", "ny sykepleier", "lå to poser ved siden av hverandre", "sjekket ikke navnebånd", "forvekslet navn" og "satte medisinglass på nattbord til pasient som ikke var i seng. En annen tok dem".

Høyland & Aase (2008) har vurdert introduksjon av elektronisk dokumentasjon for håndtering av feil; blant annet i forhold til medisinerings. Konklusjonen var at det var langt flere negative enn positive forhold som påvirket prosessen. Det var viktig at de ansatte på et tidlig tidspunkt i planleggingen ble aktivt involvert og at både ledelse og administrasjon var positive.

### **3.2.1 Kommunehelsetjenesten**

En pilotstudie viste at hjemmebesøk av sykehusfarmasøyt til nyutskrevne eldre hjertepasienter var praktisk gjennomførbart, ble godt mottatt av pasienter og leger, og kan representere et nyttig tiltak for å redusere feilbruk av legemidler hos nyutskrevne eldre med kroniske lidelser (Bergheim 2008).

Bakke mfl. (2007) foretok semistrukturerte intervjuer med et tilfeldig utvalg leger og legesekretærer ved ni av fastlegekontorene i Tromsø kommune og av et strategisk utvalg av helsepersonell. Det ble foretatt observasjon ved et utvalg av sykehjem og enheter i hjemmetjenesten. Nødvendig informasjon om pasientenes legemiddelbruk var vanskelig tilgjengelig og tidkrevende å få tak i for involvert personell. Kvaliteten av informasjonen ble opplevd som varierende og upålitelig. Legen signerte nesten aldri forskrivninger i hjemmetjenestens journal. Nattjenestepersonell hadde ofte ikke dokumentasjon på hvilke legemidler de ga pasientene. Sykehusepikrisen fungerte dårlig som informasjonskilde. Tre av ni leger oppdaterte legemiddelarket i elektronisk pasientjournal umiddelbart ved epikrisemottak. Forfatterne presiserte behov for forbedring av informasjonsoverføring og kommunikasjon rundt forordning av legemidler i primærhelsetjenesten, ved skifte av omsorgsnivå, og der hjemmetjenesten har overtatt medisineringsansvaret for pasienten.

### **Dokumentasjon med IPLOS**

På helsedirektoratets hjemmeside heter det: *IPLOS er betegnelsen på et nasjonalt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.*

IPLOS som kunnskapsgrunnlag er nødvendig for at de velferdspolitiske beslutningene kan bygge på viten om utviklingen med hensyn til behov, tjenesteyting og ressursinnsats, og for å møte de store utfordringene pleie- og omsorgssektoren

står overfor. Statistikken er også viktig for å vurdere måloppnåelse i forhold til politiske mål for sektoren og vil gi tilsynsmyndighetene nødvendig statistikk som grunnlag for statlig tilsyn på fylkesnivå og bidra til økte kunnskaper gjennom forskning ([www.helsedirektoratet.no/iplos](http://www.helsedirektoratet.no/iplos)). IPLOS-data burde kunne danne grunnlag for ulike analyser angående svikt i tjenester til skrøpelige eldre, I vårt søk fant vi en publisasjon angående individuell plan.

### Individuell plan

Retten til individuell plan er lovfestet i pasientrettighetsloven (1999) § 2-5, og pasienten kan anmode den som yter helsehjelp om at retten oppfylles etter pasientrettighetsloven § 7-1. Dersom ikke retten oppfylles kan pasienten klage til Helsetilsynet i sitt fylke. Klageretten fremgår av pasientrettighetsloven § 7-2.

NOU 2005: 3 (Fra stykkevis til helt) står det: Retten til individuell plan er fremdeles lite kjent, både blant tjenesteytere og pasienter. Det er derfor utvalgets vurdering at det er behov for å styrke informasjonsarbeidet om denne. Personer under (re-)habilitering, personer med sammensatte somatiske lidelser, alvorlige psykiske lidelser og personer med et alvorlig rusmiddelmisbruk tilhører pasientgrupper som vil kunne ha krav på individuell plan og vil være viktige målgrupper for informasjon om ordningen. Utvalget foreslo at det skulle iverksettes et målrettet informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av brukere og pasienter med store samhandlingsbehov.

IPLOS data viser at rundt 16% av tjenestemottakerne med hjemmesykepleie eller praktisk bistand i 2008, hadde en individuell plan. Bare 26% av de med omfattende bistanndsbehov hadde en individuell plan ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)).

Skrøpelige eldre tilhører en gruppe som ofte har rett på individuell plan. Mange av dem har et langvarig behov for koordinerte tjenester. En individuell plan kunne på en bedre måte samordne et opplegg. De skrøpelige eldre har behov for helhetlig koordinerte og skreddersydde helse- og sosialtjenester.

### 3.2.2 Oslo kommune

Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune har utarbeidet et registreringsskjema for sykehjem som utgjør fem objektive kvalitetsindikatorer (Oslo kommune 2009). Disse indikatorene er hentet fra Resident Assessment Instrument ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)) som kategoriserer sykehjemsbeboerens tilstand og andre medisinske forhold.

Alle sykehjem i Oslo fyller ut dette tre ganger i året. De utvalgte indikatorene er: trykksår, urininkontinens, kontrakturer, fall og vekttap. I tillegg registreres verdier på variablene kjønn, alder, fysisk og kognitiv fungering. Sistnevnte variabler brukes for å sammenligne beboerprofiler ved sykehjemmene. Resultatene blir lagt på internett, så alle kan se hvordan de enkelte sykehjem skårer på de ulike indikatorene.

**Trykksår:** Kvalitetsmålet inkluderer alle typer trykksår, uavhengig av alvorlighetsgrad. Høyrisikogruppen består av beboere med omfattende hjelpebehov i forhold til å kunne bevege på seg i sengen. Her hadde i gjennomsnitt 23% trykksår, en variasjon på 1-54% mellom sykehjemmene. Lavrisikogruppen består av beboere med mindre omfattende hjelpebehov i forhold til å kunne bevege seg i sengen. Her hadde i gjennomsnitt 6% trykksår, en variasjon på 1-24% mellom sykehjemmene

**Urininkontinens:** Prosentandel av beboerne ved sykehjemmene med tendens til daglig ufrivillig vannlating eller ingen kontroll av blære. Høyrisikogruppen består av beboere med sterkt svekkete kognitive evner. Her hadde i gjennomsnitt 74% urininkontinens, med en variasjon på 38-96% mellom sykehjemmene. Lavrisikogruppen består av beboere med ingen eller svakt svekkede kognitive evner.

**Kontrakturer:** Formålet med registreringen er å registrere om det foreligger endringer i funksjonell leddbevegelse på grunn av kontrakturer. Fremgangsmåten gikk ut på å undersøke om det fantes begrensninger i beboerens leddbevegelser ved å forsøke å bevege leddet gjennom spennvidden. Totalt hadde 18% nye eller forverrede kontrakturer i løpet av de siste 4 mnd; variasjon (1-60%) og 50% hadde redusert bevegelighet i ett eller flere ledd; variasjon (9-84%).



Vekttap: Formålet med registreringen var å gjøre en rutinemessig overvåkning av vekt og vekttap og dermed identifisere mulig underernæring. Regelmessig registrering av vekt er viktig fordi små vektendringer er vanskelig å registrere gjennom observasjon.

Alvorlige vekttap er definert som 5% eller mer de siste 30 døgner, eller vekttap på 10% eller mer det siste halve året. Totalt hadde 11% av beboerne alvorlig vekttap, variasjon (1-33%).

Fall og hoftebrudd: Fall er en vanlig årsak til svekkelse og dødsfall blant eldre sykehjemsbeboere. Beboere som har vært utsatt for minst ett fall er i risikogruppen for fall i fremtiden. Totalt hadde ca 6% av sykehjemsbeboerne brudd i løpet av ett år. Det var registrert 11% som hadde falt siste mnd (variasjon 2-20%).

### 3.3 Svikt, mulig svikt

- Dokumentasjonen av tilstanden til eldre, akutt innlagte på sykehus er mangelfull. Dette kan gjøre det vanskelig å gi pasientene den helsehjelpen de trenger
- Det benyttes ikke standardisert geriatrisk vurderingsverktøy ved utskrivelse.
- Eldre som skal overføres til hjemmebaserte tjenester omfattes i liten grad av gode dokumentasjonsrutiner
- Det er ofte uklar mandatforståelse mellom omsorgsgiverne i sykehusene og kommunene
- Ikke-etnisk norske helse- og sosialarbeidere har ofte utilstrekkelig norsk språkforståelse slik at misforståelse og feilhandlinger lett oppstår

#### Avvik

- Fall utgjør mellom 60-70% av totalt antall registrerte "avvik" i sykehus
- Hendelsen "pasientforveksling" utgjør 26% av legemiddelfeil i sykehus  
Skrøpelige eldre er spesielt utsatt
- Nyutskrevne, eldre, hjemmeboende pasienter har ofte feilbruk av legemidler

- Det er svikt i informasjonsoverføring og kommunikasjon rundt forordning av legemidler i primærhelsetjenesten
- Bare 26% av pasienter med omfattende bistandsbehov har individuell plan. De er dermed unndratt et viktig redskap for aktiv samhandling
- Kvalitetsindikatorer for sykehjem vil kunne synliggjøre svikt og geografiske forskjeller som:
  - Forekomst av sykehusinfeksjoner i sykehjem varierer mellom 5–10%
  - Alvorlig vekttap varierer mellom 1- 33%
  - Trykksår hos pasienter i høyrisikogrupper varierer mellom 1-54%
  - Antall fall siste mnd i sykehjem varierer mellom 2-20%.

## 4. Omsorg ved livets slutt

### 4.1 Innledning

Omdømmet til et hvert helseforetak er avhengig av at pasientene opplever at de blir ivaretatt på en god måte. Inge Lønning har omtalt døden som den siste helsetjeneste. *De unge kan dø, de gamle skal dø*. Dersom en er i stand til å vareta en høy standard på omsorgen ved livets slutt, er det en viktig indikator på at organisasjonen også behersker andre helsetjenestetilbud. Vi inkluderer her en oversikt over aktuelle publikasjoner relatert til omsorg for eldre døende.

Palliativ behandling er mye mer enn symptomlindring. Ernst mfl. (2007) har beskrevet erfaringer fra Kongsberg. Utfordringen lå blant annet i å koordinere dem som deltok i behandlingen. Erfaringene viste at behovene var individuelle og at det ikke fantes standard opplegg som passet for alle. De bygde opp et nettverk mellom første- og andrelinjetjenesten. Enkeltpersoners innsikt og motivasjon på tvers av nivåene og strukturene var avgjørende for velfungerende samhandling.

Omsorg for døende er fortrinnsvis omsorg for eldre, skrøpelige pasienter. Husebø & Husebø (2005) har lagt vekt på at det kreves betydelig styrking av geriatri og sykehjemsmedisin, og et sterkt medisinsk og etisk engasjement fra legene for å kunne gi fremtidens gamle verdighet i siste levetid. De fleste dødsfall er forventet. Reduksjon i fysisk aktivitet og egenomsorg er viktige tegn på at døden nærmer seg. Jorhøy mfl. (2007) vurderte ulike instrumenter relatert til palliativ omsorg og har avdekket hvor lite en har vært opptatt av å ivareta pasientens fysiske funksjon. Å bevare egenomsorg er en viktig del av livskvaliteten helt inn i døden.

De eldre har ofte hatt behov for pleie og omsorg over lengre tid, avhengig av diagnoser, for eksempel kreft 2,4 år, hjerte- og karsykdommer 5 år, degenerative lidelser 8 år, slagpasienter 9 år, og demens 11 år (Husebø 2008). Husebø har her vist til engelske tall og det burde vært mulig å gjøre en tilsvarende analyse på norske pasienter.

I Norge dør 79% i institusjon (38% i sykehus, 41% på ulike sykehjem og heldøgnsinstitusjoner), 15% dør hjemme, 3% utenfor hjemmet og 3% i utlandet (SSB 2007). Mange eldre opplever å bli kasteball mellom ulike nivå de siste ukene av sitt liv. En undersøkelse utført av Sørbye & Steindal (2009) viser at 21% av de som døde på det aktuelle sykehuset var overflyttet fra sykehjem. Hvor mange eldre som blir flyttet fra hjemmet til sykehjem, eller fra sykehjem til sykehus og så tilbake til sykehjem, har vi ikke tilgjengelige tall på.

Lindrende behandling er sentralt i omsorgen ved livets slutt. I Norge har flere studier vist at pasienter som har en kreftlidelse, får bedre symptomlindring enn pasienter med kroniske ikkemaligne lidelser (Fredheim mfl. 2008). Antall pasienter som får opiat er har vært økende. Det viser seg at bare en liten andel av de som bruker morfin har behov for en særlig stor dose (Klepstad mfl. 2005). Engdal mfl. (2008) dokumenterte at urtemedisiner ofte blir brukt både i palliativ og kurativ fase av en kreftsykdom (78% mot 67%). Forskerne la vekt på at denne hyppige bruken viser betydningen av å inkludere spørsmål om alternativ medisin i rutinemessige opptak av pasientens sykehistorie.

Hjort (2008) påpekte viktige utfordringer i møte med eldre som er døende. Han la vekt på at mange har tanker om og spørsmål av åndelig karakter. Der det er naturlig bør prest eller en annen religiøs leder kontaktes. Mange velger å snakke med en de kjenner. Hjort mente at personalet må være villige til å ta slike samtaler, som kan være med på å gi trygghet ved livets slutt.

## 4.2 Sykehjem

De pårørendes opplevelser og erfaringer innen helsetjenesten kan tolkes slik at den verdige døden skjer på sykehus og ikke i sykehjem. Hjort (2004) hevdet at den fremste utfordringen for sykehjemmet og for sykehjemslegen er å bygge opp en kultur for dødspleien. Husebø & Husebø (2004) gjennomførte en undersøkelse blant sykehjemsleger i Bergen. Resultatene viste at unødige livsforlengende behandling og mangelfulle palliative tiltak overfor døende i sykehjem fortsatt var en betydelig legeetisk utfordring. Gjerberg mfl. (2009) laget en kunnskapsoversikt for å vurdere

effekten av ulike opplæringstiltak til sykehjemsansatte med sikte på å bedre deres kompetanse i pleie og omsorg til pasienter i livets slutfase. Opplæringstiltakene var i hovedsak rettet inn mot å øke ansattes kunnskapsnivå og å endre holdninger. Svært få av tiltakene var imidlertid av en slik metodisk kvalitet at det var mulig å si noe om hvilken virkning slike program hadde. Studiene som inngikk i kunnskapsoversikten viste inkonsistente funn både når det gjaldt endringer i kunnskapsnivå og holdninger.

Kaarbø (2007) viste i sin studie at de pårørende stort sett var fornøyde med omsorgen for døende i sykehjem. De savnet nærmere kontakt med ansvarlig lege. Sykehjem som hadde en egen lindrende enhet hadde langt hyppigere lege tilgjengelig. Pårørende trakk også fram at personalet ikke var flinke nok til å forutse når døden var nært forestående, slik at pårørende kunne få anledning til å være tilstede når døden inntraff. Gjerberg & Bjørndal (2007) konkluderte med at viktige forutsetninger for opplevelse av verdig død i sykehjem forutsetter god kommunikasjon og kontinuitet i relasjonen mellom pasient, pårørende og ansatte. Dette er forutsetninger som stiller krav til ressurser og prioriteringer i praksis.

### 4.3 Hjemmesykepleie

I de siste årene er det blitt utbygd flere hospice og avdelinger for lindende behandling. Donnem mfl. (2006) har reist spørsmål om dette vil hindre pasienter i å velge hjemmedød. Foreløpig finnes det så få spesialplasser for lindrende behandling, at dette ikke vil slå ut på statistikken. I Norge har tallet på andel hjemmedød vært stabilt de siste 20-30 årene, men lagt flere har tilbrakt lengre tid hjemme før de dør i institusjon, i 1978 var gjennomsnittlig liggetid for siste innleggelse (median) for enslige 30 døgn, i 2007 var den 7 døgn. Den hyppigst forekommende liggetid var derimot 2 døgn både i 1997 og 2007. Dette fører til store utfordringer for hjemmesykepleien og nettverket rundt den døende (Sørbye & Steindal 2009).

Ahlner-Elmqvist mfl. (2008) undersøkte hva som karakteriserte pasientene som valgte å bli pleiet hjemme ved livets slutt. Resultatene viste at pasientene hadde mye motstand mot å akseptere hjemmesykepleie før det ble helt nødvendig på grunn av alvorlighetsgraden av funksjonssvikt og tung symptombyrde. Forfatterne vektla betydningen av å overveie dette i planleggingen av palliative tjenester. Jordhøy

(2003) la vekt på at styrking av personalets kompetanse i hjemmetjenestene var nødvendig for å oppnå en større endring mot mer hjemmeomsorg

Grov (2006) fulgte pårørende til alvorlig syke kreftpasienter. Hun fant høyere depresjon og angstnivå hos pårørende av begge kjønn sammenliknet med kontrollgruppen. Studien viser at det var sammenheng mellom depresjon hos pårørende og deres pleie- og omsorgsbyrde.

## 4.4 Sykehus

I løpet av siste 30-årsperiode har andelen av pasienter over 80 år som døde på et sykehus i Oslo økt fra 31-61%. Liggetiden har blitt redusert fra 42,4-10,9 dager, mens opiatet på dødsleiet har økt fra 38-78%. Grunnen til bedre smertelindring er blant annet satsning fra Norsk Palliativ Forening ([www.palliativ.org](http://www.palliativ.org)).

Flere sykehus har startet med å benytte en egen standard for palliasjon. En slik standard ble utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av norsk forening for palliativ medisin. Våren 2004 var *Standard for palliasjon* på høring før den ble vedtatt. Standard for palliasjon har en rekke konkrete kvalitetskriterier som bruk av Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) som standardverktøy for å evaluere symptomkontroll (0 = smertefri og 10 = uutholdelige smerter). Smerteskåre blant kreftpasienter ble valgt ut av Sosial- og helsedirektoratet som fagspesifikk kvalitetsindikator for palliativ medisin og er formulert som andelen pasienter (med hoveddiagnose kreft) som ved utskrivning fra sykehus har smerteskåre  $\leq 3$  på denne skalaen. Dette nivået bør være målet for all smertebehandling til kreftpasienter. Pasienter som skårer  $\geq 7$  bør betraktes som tiltrengende øyeblikkelig hjelp, mens pasienter med skåre 3–7 trenger raskt tilsyn for diagnostikk og behandling (Kaasa 2006).

Det er fortrinnsvis pasienten selv som skal fylle ut ESAS. Det er også laget en versjon hvor helsepersonell kan vurdere pasientens situasjon. Dette er spesielt aktuelt i forhold til skrøpelige eldre pasienter med en demenslidelse. Standard for palliasjon inngår i nasjonalt handlingsprogram for palliasjon (2009). Standarden inneholder også veiledning for behandling, omsorg og

kompetanseoppbygging (Standard for palliasjon 2004). Hensikten er å stille kvalitetskrav til palliasjon slik at organiseringen gir bedre styring slik at flere pasienter enn i dag kan få effektiv palliasjon.

I *Standard for palliasjon* er «palliativt senter» innført som betegnelse for den organisatoriske enheten som utgjøres av palliativt team eller palliativ enhet (Jordhøy mfl. 2006). Det er i dag et palliativt team i alle administrative helseforetak, sengeenhet 2-12 senger (16 sykehus, i alt 91 senger). Det er 27 kommuner som har enheter med i alt 164 senger og 36 sykehjem har øremerkede senger, i alt 59 senger, Hospice (5-7) jfr. Engstrand (2009).<sup>3</sup>

#### Oppsummering

- Det kreves betydelig styrking av geriatri, sykehjemsmedisin, medisinsk og etisk engasjement fra legene dersom vi ønsker å gi fremtidens gamle verdighet i siste levetid.
- Skrøpelige eldre trenger ofte behandling, lindring og omsorg for et sammensatt sykdomsbilde.
- Det må legges vekt på å ivareta den eldres egenomsorg og livskvalitet helt inn i døden.
- Pasientens holdning til bruk av alternativ medisin må inkluderes rutinemessige i opptak av pasientens sykehistorie.
- Personalet må være villige til å ta samtaler angående tanker om døden og spørsmål av åndelig karakter, alternativt formidle behov for slike samtaler til andre.

## 4.5 Svikt, mulig svikt

#### Sykehjem

- Det mangler ofte en felles behandlingskultur for omsorg ved livets slutt
- Unødig livsforlengende behandling og mangelfulle palliative tiltak overfor døende i sykehjem er fortsatt en betydelig legeetisk utfordring

---

<sup>3</sup> Oversikten er utarbeidet av avdelingsleder Per Engstrand, Avdeling for lindrende behandling, Ullevål, Helse Sør-Øst

- Opplæringstiltak til ansatte for å øke deres kompetanse er for lite konkrete, og læringsutbyttet er ofte ikke målbart i forhold til en bedre omsorg for den gamle
- Det synes ofte å mangle på god kommunikasjon og kontinuitet i relasjonen mellom pasient/pårørende og ansatte, med sikte på å sikre en verdig død.
- Pårørende får ikke alltid informasjon fra personalet om at døden er nært forestående, slik at de kan få være tilstede

#### Hjemmesykepleie

- Svikt i vurderingen av den pårørendes situasjon ved tung pleie- og omsorgsbyrde kan føre til depresjon og angst
- Manglende åpenhet, kompetanse og tilrettelegging kan føre til unødvendig innleggelse i sykehus når døden er uunngåelig
- Lite forskning på støtte fra frivillige og religiøse organisasjoner ved alvorlig sykdom og død

#### Sykehus

- Skrøpelige eldre overføres for ofte mellom ulike omsorgsnivå i livets siste levedager. Tilstrekkelige helse- og omsorgstjenester gis ikke alltid på det nivået den eldre er
- Manglende kartlegging av den eldres ønsker og behov ved innkomst i sykehus kan redusere kvaliteten på dødsleiet
- Manglende ivaretagelse av de pårørendes ønsker og behov skaper unødvendige bekymringer
- Bruk av kvalitetskrav innen palliasjon i helsepolitisk planarbeid og prioritering må i større grad bli implementert i kommunehelsetjenesten



## 5. Skrøpelige akutt syke eldre i spesialisthelsetjenesten

### 5.1 Innledning

Spesialisthelsetjenester for eldre skal møte fremtidige utfordringer på en helhetlig måte. En vil gjennomføre tiltak for å bedre kvalitet, kompetanse og kapasitet slik at tilgjengeligheten blir lik. En ønsker å skape en hensiktsmessig organisering med bedrer samhandlingen mellom avdelinger og ulike nivåer i tjenesten (Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester til eldre 2008).

De fleste gamle er spreke, men de fleste syke er gamle. I følge SSB's statistikk var det i Norge i 2008 219 631 personer 80 år eller eldre (4,8% av befolkningen). Samme år var det 814 667 døgnopphold ved somatiske sykehus og 133 654 (16,4%) ble brukt av personer 80 år eller eldre. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter som har alvorlige akutte og kroniske fysiske og psykiske sykdommer eller helseplager innen det somatiske, det psykiatriske og det rusrelaterte fagfeltet. De skal løse oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som kommunehelsetjenesten har til rådighet, samt gi veiledning til pasienter og ivareta en lovbestemt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, undervise og forske (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Det er mange myter i forbindelse med gamle mennesker og sykehus; "mange unødige innleggelser", "bare funksjonssvikt", "bare pleie", "burde heller vært på sykehjem", "sykehjemspasienter innlegges for å dø". I følge Næss (2008) ser det ut til å være store lokale variasjoner i forhold til hvilken helsehjelp som gis i kommunehelsetjenesten og hva som betraktes som spesialisthelsetjenestens oppgave og ansvar. Lite samarbeid mellom lege og sykepleier om vurdering av pasientens situasjon ser ut til å være en medvirkende faktor til innleggelse i sykehus. Det ser videre ut til å være lite tradisjon for å samarbeide om en avklaring av pasientsituasjonen iht mulig utvikling og videre behandling. Der dette er praksis legges pasienten sjeldnere inn i sykehus.

I 2007 gjennomførte Diakonhjemmets sykehus en studie av alle akuttinnleggelser i løpet av en tre måneders periode (Ranhoff 2007). Karakteristika og alvorlighetsgrad av tilstanden ble registrert. De fant at tilstanden til en tredjedel av pasientene som ble akutt innlagt hadde alvorlighetsgrad som indikerte behov for overvåkning. De eldste pasientene hadde oftere mer alvorlige tilstander. Pasienter fra sykehjem utgjorde en liten gruppe (8%). Innleggelsesdiagnosen for en tredjedel av pasientene var hoftebrudd. Pasienter med funksjonssvikt hadde høy alder og høy alvorlighetsgrad av sykdom steg med alder. Registreringen avslørte også at eldre pasienter med akutt sykdom og kronisk hjelpebehov, pasienter med hoftebrudd og slagpasienter ofte ikke fikk plass på henholdsvis akuttgeriatrisk post, enhet for eldre med brudd og slagenheten, som i følge forskning gir bedre resultat når det gjelder funksjon og overlevelse. I tillegg til innleggelsesdiagnosen er det ofte mange kompliserende sykdommer til stede som demens, depresjon, kroniske hjerte-kar sykdommer og lungesykdommer, infeksjoner, diabetes, muskelskjelett plager, senfølger etter hjerneslag og hoftebrudd og tilleggsfaktorer som funksjonssvikt, ernæringssvikt, kognitiv svikt og falltendens (Ranhoff 2007).

Elshove-Bolk mfl. (2007) analyserte den medisinske journalen til 53 sykehuspasienter >75 år som det ble utført gjenoppliving på i perioden 2000-2001. Av disse døde 32/53 (60%) umiddelbart, 21/53 (40%) ble stabilisert. Totalt ble 9/53 (17%) utskrevet til hjemmet. 'Do not attempt resuscitation' (DNAR) eller lignende var ikke dokumentert i journalen. Det var heller ikke dokumentert om DNAR var blitt drøftet med pasienten. Forfatterne presiserer at det er behov for å innføre rutiner for å drøfte DNAR ordre ved innkomst av pasient.

Erfaringer viser den gamle pasient har positiv effekt av rask og presis diagnostikk og best mulig behandling av alle tilstander samtidig. En kritisk gjennomgang av legemidler og vurdering av ernæringssituasjonen er viktig, Positive resultat vises også ved tverrfaglig samarbeid koordinert av geriater. Dette kan føre til tidlig planlegging av utskrivningen, og bevissthet om umiddelbar rehabilitering og mobilisering i et systematisk samarbeid med pårørende og primærhelsetjenesten (Gjerberg m.fl. 2006, Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008 – 2012 (2008).

Spreke eldre med god funksjon kan behandles i vanlig avdeling. Personer med høy alder og skrøpeligheit bør prioriteres for spesialavdeling med geriatriisk fokus. For akutt intervensjon er den dokumenterte effekten av et geriatriisk spesialtilbud at pasienten har større sjanse til å overleve og mulighet til å oppnå et høyere funksjonsnivå enn om de innlegges i andre indremedisinske sengeposter (Saltvedt mfl. 2002; 2004, 2006, Gjerberg mfl. 2006, Pettersen mfl. 2007). Personalet i mottak må ha nødvendig kompetanse til seleksjonen. I følge Ranhoff ble skrøpelige eldre, ikke prioritert til spesialavdelingene (2007). Grunnen kunne være manglende kompetanse i personalet og/eller muligens kapasitetsmangel.

Jonsson mfl. (2008) gjennomførte en prospektiv studie i akuttsykehus i alle de nordiske landene 763 personer over 75 år deltok. Data fra innkomst, utskrivelse og 12 mnd oppfølging ble registrert ved hjelp av pasientintervju og skriftlig dokumentasjon. Ved utskrivelse kom 84% hjem, 11% til en institusjon og 5,6% var døde. Etter et år bodde 64% hjemme, 12% i institusjon og 24% var døde. Akutt sykdom eller oppbluss av kronisk lidelse ga 3 ganger så høy sansynlighet for å dø (OR 3.3), sammenlignet med andre pasienter. Moderat til alvorlig kognitiv svikt predikerte død (OR 2.2) og institusjonsinnleggelse (OR 8.6) ved utskrivelse. Problemer med instrumentell ADL førte ofte til institusjonsinnleggelse (OR 6.0). Moderate til alvorlige problemer med ADL, førte til hyppigere innleggelse i institusjon (OR 4.7) sammenlignet med de som bodde hjemme ved akutt sykehusinnleggelse. Ved å bruke et systematisk standardisert geriatriisk vurderingsverktøy, vil en allerede ved innleggelse i sykehus kunne forutsi hvilket omsorgsnivå, de eldre hadde behov for.

Geriatriiske team som bistår andre sykehusavdelinger og gir råd om inneliggende geriatriiske pasienter, har liten effekt (Gjerberg 2006). Når den eldre pasient trenger rask behandling for et spesifikt, akutt medisinsk problem skal ikke alder medføre at pasienten ikke får direkte tilgang til den mest egnede behandlingslinjen for den spesifikke tilstanden på lik linje med yngre pasienter. Erikstein (2007) fremhevet i rapporten: *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede*, at syke gamle har krav på samme behandling som andre pasienter. Av de nevnte tjenestemodellene er det den akuttgeriatriiske enheten som i klart størst grad kombinerer sterk evidens for effekt med et stort potensial til å komme store

pasientgrupper til gode. Etablering av slike enheter må derfor prioriteres høyt for å sikre adekvat behandling av skrøpelige pasienter.

Akutt geriatrisk behandling forutsetter "geriatriske senger" i et geografisk definert område, direkte overføring av aktuelle pasienter fra akuttmottak uten forsinkende mellomledd og unødvendig flytting, og et godt koordinert tverrfaglig team ledet av spesialist i geriatri. Alle gamle pasienter skal ha optimal kirurgisk og/eller medisinsk behandling (Ranhoff & Linnsund 2005). Kan det være at eldre ikke blir prioritert for behandling? Huseby (2005) fant at Norge, sammenliknet med Danmark, har betydelig lavere oppholdsrate for eldre over 65 år når det gjelder opphold for endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser, samt opphold knyttet til symptomer, unormale kliniske funn og laboratoriefunn. Eldre pasienter utgjør en stor andel av hjerteinfarktpopulasjonen, men får mindre aktiv behandling enn yngre pasienter (Jortveit og Brunvand 2006).

Siden akutt syke gamle har et stort spekter av underliggende lidelser, må akuttgeriatriske enheter benytte seg av relativt mye supplerende undersøkelser og konsulenthjelp fra andre spesialiteter. Akuttgeriatriske enheter må derfor etableres i fullverdige sykehus med enkel tilgang på bildediagnostikk og laboratorier, spesialister i andre indremedisinske fag, kirurgi og anestesi, samt overvåkningsavdeling. Avdelingen bør være sentralt plassert i sykehuset, hyggelige lokaler med oppholdsrom for måltider og aktiviteter som har hensiktsmessig interiør, belysning og akustikk. Syn og hørselssvikt er svært vanlig blant eldre innlagt på sykehus. Det må identifiseres og tas hensyn til i pleie og omsorg i avdelingen og i planleggingen av utskrivelsen (Grue mfl. 2008, 2009). I akutt geriatrisk enhet må det gjennomføres bred diagnostikk etter tverrfaglig vurdering, og formuleres tverrfaglig behandlingsplaner. Gjennomsnitt liggetid i sykehus er 4.8 døgn. Det tilsier rask evaluering av den gamle pasienten (SSB 2009).

Smerter er et alvorlig helseproblem blant mange eldre (Lunde mfl. 2008). Det har vært maktpåliggende å bli enige om et felles standard skjema for å vurdere smerte, spesielt for kognitiv svekkede personer (Sogne-Møller mfl. 2005). Kongsgaard mfl. (2008) argumenterte for behov for studier relatert til dokumentasjon og medikamentell og ikke medikamentell smertelindring hos eldre pasienter.

Forebygging av komplikasjoner og iatrogene hendelser som delirium, ernæringssvikt, depresjon, trykksår, og fall er sentralt i denne pasientkategorien (Bjørø mfl. 2008, Juliebo mfl. 2009, Loge mfl. 2006, Pettersen mfl. 2007, Ranhoff mfl. 2005 I og II (legemidler og delir) og (screening of malnutrition) (Mowe mfl. 2008, Lindberg mfl. 2008, Rosenvinge mfl. 2003, Hviding mfl. 2003, Grue mfl. 2008). Urinveisinkontinens, bruk av bleier og kateter kan skape problemer (Sørbye 2005, 2009).

Sykehusinfeksjoner er utbredt og mest hyppig i urinveiene, lungene og operasjonssår (Eriksen mfl. 2005). Skrøpelige eldre er spesielt utsatt for infeksjon med redusert immunforsvar.

Kritisk gjennomgang av legemidler for å hindre legemiddelrelaterte problemer og igangsetting av tiltak ved underbehandling er også grunnleggende i behandlingen av eldre innlagt på sykehus (Bakken mfl 2007, Blix mfl. 2008, Teigen mfl 2009, Viktil mfl. 2004, 2007, Saltvedt mfl. 2002).

Pasienter har rett til informasjon og medbestemmelse i behandling og pleie og de pårørende har rett til å uttale seg i følge pasientrettighetsloven (1999). Det mangler imidlertid studier på i hvilken grad skrøpelige eldre akutt innlagt i sykehus får den informasjon de har behov for. Berg (2007) fant at gamle sykehuspasienter erfarte at helse ble fremmet gjennom å bli sett som person, noe de opplevde gjennom å få adekvat informasjon og kunnskap om sin situasjon, og når de ble motivert for egen mestring. Sykepleierne i studien fremhevet viktigheten av individuell tilnærming, hvor respekt for personen og normalisering av situasjonen var viktig helsefremmende faktorer.

Det vil være nødvendig med utvelgelse av pasienter med rehabiliteringspotensial. Når pasienter med fast sykehjemsplass rutinemessig blir utskrevet fra sykehuset 1-2 dager etter komplikasjonsfri operasjon for hoftebrudd, uten standard tremåneders oppfølging og kontroll på sykehuset, kan en stille spørsmål om denne gruppen pr definisjon ikke blir prioritert for videre rehabilitering. Det er imidlertid mulig å gjennomføre oppfølging selv om pasienten ikke bør flyttes, for eksempel ved hjelp av mobilt røntgen, oppsøkende virksomhet og telemedisin (Lærum 2005, Botsis mfl. 2008a-b, Garåsen mfl. 2009). Men sykehusinnleggelse av skrøpelige gamle

mennesker har også negative sider. Det er en viss fare for at de utsettes for plagsomme undersøkelser og annen behandling med liten nytte og høy risiko for komplikasjoner. Sykehusopphold kan øke risikoen for fall, delirium, trykksår og ytterligere tap av funksjon og risiko for død.

Å være i trygge omgivelser fremmer rehabilitering. Rask tilbakeføring til institusjon og hjem er fordelaktig, når det er et kompetent mottakerapparat for fortsatt opptreningen (Gerberg mfl. 2008). Det skal ikke være nødvendig at pårørende må engasjere og dekke utgiftene til fysioterapeut for sin gamle slektning på sykehjem. Da kan en stille seg spørrende til om det er lik tilgjengelighet og likeverdighet i tjenester, som lovgivingen krever.

Gjerberg mfl. (2006) har i kunnskapsoversikten *Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus*, vist til flere studier som sier at eldre vil være i live i egen bolig dersom de behandles og rehabiliteres i egen geriatrik enhet på sykehuset, sammenliknet med annen type oppfølging etter kronisk eller akutt sykdom. Eldre pasienter med hoftebrudd som rehabiliteres i separate ortogeriatriske enheter vil oftere være i live i egen bolig et år etter hendelsen, sammenliknet med pasienter som behandles i vanlig ortopedisk avdeling.

I Norge er det for få sykehussenger for geriatrik rehabilitering i spesialhelsetjenesten. Antall sengeplasser i spesialisthelsetjenesten totalt sett sank i 2008, og årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere sank mens antall legeårsverk steg (SSB 2009).

I følge Visjon Helse 2015 kan vi risikere å ha et gap mellom kompetansetilbud og etterspørsel i helsetjenesten (Mandagmorgen: Norsk sykehus- og helsetjenesteforening 2006). I årene fremover vil det være andre kompetansebehov enn de vi har i dag og det som tilbys i dagens utdanningssystem. Det vil blant annet bli økt behov for personell med geriatrikompetanse. Dette utfordrer utdanningsinstitusjonene, fagorganisasjonene, offentlige helsemyndigheter og virksomhetene.

Det er ingen oversikt over antallet profesjoner med videreutdanning/mastergrad i behandling av eldre i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg finnes i alle helseforetak, og enkelte mastergradsprogram med moduler relatert til eldre er i drift og under utvikling. Når det gjelder bachelorutdanningene, har det fortrinnsvis vært innen sykepleie at eldreomsorg har vært vektlagt. Rekruttering og opptrapping av utdanning og videreutdanning for de som arbeider, eller skal arbeide, med geriatrike problemstillinger i helsetjenesten, er avgjørende for om tjenesten er tilfredsstillende i fremtiden. For å gjennomføre tilfredsstillende behandling og god omsorg, er det viktig at avdelinger har ansvarlig geriater samt spesialutdannet personell med gode holdninger, og genuin interesse for faget.

Geriatrike problemstillinger er i den senere tid blitt oftere behandlet i doktorgradsarbeid. Det er imidlertid behov for flere studier og mer kunnskapsutvikling innen feltet. Spesielt er det behov for mer kunnskap om eldre innlagt i spesialisthelsetjenesten, om resultater av tidlig utskrivning til kommunehelsetjenesten, sykehjem eller hjemmetjenester med styrket bemanning, og om rehabilitering i daghospital.

Rehabilitering starter umiddelbart etter innleggelsen og er integrert i akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten. Kort liggetid, gjennomsnittlig 4,8 dager i 2008 (SSB 2009), tilsier at rehabilitering fortsetter i kommunehelsetjenesten, i institusjon eller i eget hjem med eventuelt innsatsteam. Økt fokus på å korte ned ventelister kan medføre kortere liggetid i sykehuset for å få inn nye pasienter, og mer bruk av dagbehandling. I tillegg kan økonomiske hensyn og et aktivitetsbasert finansieringssystem påvirke bruken av sykehus til eldre. Likeledes er det en fare for at Samhandlingsreformen, dersom den blir iverksatt, kan bidra til dette, da kommunen skal være med å finansiere sykehusopphold.

Kalset mfl (2004) hevdet at sykehjemmene i dag har for få plasser og for lav kompetanse innen rehabilitering, og at hjemmetjenesten mangler faglig kompetanse. Det øker faren for svikt i tjenestene til den gamle. Denne rapporten manet også til å diskutere fastlegens rolle rettet mot de eldre, samt omfanget av legeinnsatsen på sykehjemmene. I *Visjon helse 2015 - utfordringer og veivalg for norsk helsetjeneste*, uttrykkes det frykt for at det vil bli et misforhold mellom etterspørsel etter

helsetjenester og organiseringen av tjenestene (Mandagmorgen: Norsk sykehus- og helsetjenesteforening 2006). Diagnostisering, behandling og rehabilitering desentraliseres og flyttes til lavere ledd, helt hjem til pasienten, og helsepersonellet og arbeidsorganiseringen har ikke vist seg å følge tilstrekkelig etter i form av fleksibilitet, mobilitet og brukerretting.

Sett i lys av den forventede økningen av eldre med behov for helsehjelp, er det et klart behov for mer forskning både i forhold til å utvikle og prøve ut nye, potensielt forbedrete intervensjoner, og utvikling av kriterier for utvelgelse av pasienter som kan ha nytte av geriatriske tiltak og organisasjonsmodeller.

Det er også behov for nasjonale evidensbaserte standarder for geriatriske pasienter i relasjon til medisinsk behandling, sykepleie, opptrening og dokumentasjon, og for planlegging av utskrivning i samarbeid med kommunehelsetjenesten og pårørende.

## 5.2 Svikt, mulig svikt

- Det er en myte at eldre blir unødvendig innlagt i sykehus
- Skrøpelige eldre med akutt sykdom, hoftebrudd og slag får ofte ikke plass på henholdsvis akuttgeriatrisk post, enhet for eldre med brudd og slagenhet
- Det foretas for sjelden en omfattende helhetlig geriatrisk kartlegging av pasienten i sykehus
- Akutt syke gamle har et stort spekter av underliggende lidelser som blir neglisjert
- Eldre pasienter med hjertelidelser, endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser blir ikke tilstrekkelig utredet
- Det legges for lite vekt på å forebygge komplikasjoner og påførte hendelser som delirium, ernæringssvikt, depresjon, trykksår og fall
- Manglende kritisk gjennomgang av legemidler for å hindre legemiddelrelaterte problemer og igangsetting av tiltak ved underbehandling
- Svikt i samarbeid med kommunehelsetjenesten om skreddersydd oppfølgingsplan for den enkelte. Det kan føre til unødvendige reinnleggelser
- Manglende oversikt over hvilke sosialtjenester som kan være aktuelle



## 6. Hoftebrudd og fall

Årlig blir det registrert ca 9000 hoftebrudd i Norge. Det er et høyt antal pr. innbygger, og er forholdsvis stabilt (Gjertsen mfl. 2008, Bjørgul mfl. 2007). Frihagen mfl. (2005) fant at MR (magnetic resonance imaging) var nyttig for å diagnostisere skjulte brudd når vanlig røntgen var negativ, og pasienten hadde betydelige hoftesmerter og funksjonssvikt. Gjennomsnittsalder ved bruddtidspunkt er 80 år. Kvinner i Oslo ligger på verdenstoppen. 250 sykehussenger i tilsammen 55 sykehus i Norge er til en hver tid belagt med pasienter med hoftebrudd (Osnes 2004, Gjertsen mfl. 2008). Benskjørhet og falltendens er viktige årsaker til brudd. Risiko for fall øker med alderen, svak muskelstyrke, dårlig syn, dårlig balanse, dårlig bevegelighet, urininkontinens, beroligende medisiner, sovemedisin og faktorer som løse tepper og dårlig belysning. Inaktivitet, lav kroppsvekt og lite sol er blant livsstilfaktorer av betydning for hoftebrudd (Osnes 2004). Sykehjemsbeboere er spesielt utsatt for brudd (Benzen 2008).

Alle brudd må opereres, reponeres og fikseres med metallplate og /eller skruer eller erstattes med protese. Basert på statistisk materiale om fordeling av skader knyttet til fall hos eldre i Norge og utenlands, og beregning av helsetjenester forbundet med fallulykker, koster hvert fall i gjennomsnitt 11.250 kroner. Hoftebrudd kan medføre kostnader på mellom en kvart til én million kroner, avhengig av om pasienten kan komme direkte hjem fra sykehuset eller henvises til en institusjon (Hektoen mfl. 2009).

Osnes (2004) fant at det var mer postoperative skafffrakturer med gammaskruer hos eldre sammenlignet med bruk av "sliding screw plate". Bjørgul (2007) viste at eldre pasientet tåler proteseoperasjonen like godt som den enklere operasjonen med innsetting av skruer. Stabile hoftebrudd bør behandles med intern fiksering (plate/skruer/nagler) mens der bruddet står ut av stilling er det usikkert hva som er beste behandlingsmåte. Gjertsen (2007, 2008) fant at pasienter med hoftebrudd ute av stilling, var mer fornøyd, hadde mindre smerter og bedre livskvalitet etter 4 og 12 måneder med innoperert delprotese enn de som ble fiksert med skruer. Ødem i det opererte beinet er vanlig, og stor hevelse kan hemme mobilisering og forlenge

sykehusoppholdet. Skadens alvorlighet og operasjonsmetode har innvirkning for ødemutviklingen i følge Kazmi mfl. (2007), og hofteoperasjonene bør derfor være minst mulig traumatisk. Registrerte data indikerer at faren for komplikasjoner er større ved halvprotese enn totalprotese (Figved mfl. 2007). Gjertsen mfl. (2007) fant at totalprotese i hofte innsatt etter akutt hoftebrudd eller følgetilstander etter hoftebrudd, ga gode resultater, men med en øket risiko for luksasjon av protesen, brudd rundt protesen og tidlig postoperativ infeksjon sammenlignet med proteser innsatt grunnet slitasjegikt i hoften.

Det norske hoftebruddsregisteret ble etablert i 2005. Etter å ha studert 15 576 rapporterte operasjoner fra registeret, konkluderte Gjertsen mfl. (2008) med at det mangler konsensus for beste operasjonsmåte for hoftebrudd. Lofthus mfl. (2005) var imidlertid spørrende til validiteten av den elektroniske databasen pga feilregistrering. Omtrent 80% av hoftebruddene blir innrapportert fra sykehusene og svarprosenten fra pasienter er nærmere 60%. For å høyne validiteten er det en viktig oppgave for pleiepersonellet i kommunehelsetjenesten å motivere/assistere/ og eventuelt fylle ut skjemaene til hoftebruddsregisteret for pasienter som bor hjemme eller er innlagt på sykehjem, og som ikke kan greie det selv. Registeret kan imidlertid, etter kvalitetssikring, gi muligheter for å evaluere behandling og rehabilitering og kvalitetssikre og bedre behandlingen.

Sykehusopphold er en stor påkjenning for de aller fleste med sterke smerter. Omgivelsene er ukjente, og det er et høyt tempo med mye aktivitet (Bjørø 2008). Hoftebrudd bør behandles raskt og innen 48 timer. Å vente flere døgn på operasjon er en uheldig ekstra påkjenning, med fare for utvikling av liggesår, urinveisinfeksjon og lungebetennelse, og det øker risikoen for blodpropp.

"Preoperativ liggetid for pasienter med hoftebrudd" er en kvalitetsindikator for sykehus ([www.shdir.no](http://www.shdir.no)). Lang ventetid øker sjansen for svikt i tjenester til eldre. Delirium er en alvorlig og hyppig komplikasjon ved hoftebrudd. Juliebø mfl. (2009) fant at tid fra innleggelse til operasjon og lav KMI (kroppsmasseindeks) er viktige faktorer for postoperativ delirium, mens kognitiv svikt og fall innendørs er uavhengige faktorer for delirium både før og etter operasjon. Utilfredsstillende smertebehandling, øker risikoen for delirium hos hoftebruddspasienter i følge Bjørø (2008). Sansesvikt

og spesielt kombinert svikt var vanlig hos pasienter med hoftebrudd, og mulig årsak til fall og hoftebrudd. Pasienter med kombinert svikt hadde oftere delirium i løpet av sykehusoppholdet enn de med svikt i en av sansene (Grue mfl. 2009). Delirium har betydning for rehabilitering etter hoftebrudd. Andre komplikasjoner ofte forbundet med hoftebrudd er sårinteksjon, lungebetennelse, urinveisinfeksjoner (UVI) og dyp venetrombose (DVT).

Rehabilitering etter hoftebrudd starter fra dag én på sykehuset med styrking av muskelfunksjon og opptrening av balanse og gangfunksjon, og bør følge en evidensbasert standardnorm også etter utskriving. Vanligvis er det nødvendig med en langvarig opptreningsperiode. Det er ingen konsensus i Norge om hva som er den beste opptreningen etter hoftebrudd; i sykehus, i rehabiliteringsinstitusjon eller i hjemmet, eller om hva slags opptrening som gir best resultat, og gjennomført av hvilken profesjon. Diakonhjemmets sykehus i Oslo, som har Norges største ortogeriatriske enhet for eldre med hoftebrudd, har utarbeidet plan for mottak, behandling og rehabilitering av pasientene. Her blir sykehjemsbeboere utskrevet 1-2 dager etter en komplikasjonsfri operasjon. Pasienter som ikke kan gjennomføre dagliglivets aktiviteter (ADL), får etter sykehusbehandling tilbud om rehabilitering på sykehjem eller i eget hjem av hjemmetjenesten. Dersom ADL funksjon er intakt, gis det vanligvis tilbud om opptrening i en rehabiliteringsinstitusjon. Pasienten blir på sykehuset inntil de får rehabiliteringsplass eller blir utskrevet til eget hjem i påvente av plass. Hvordan praksis er ellers i landet er uvisst. Men sannsynligheten for at sykehjem og hjemmetjenesten har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til optimal opptrening av skrøpelige gamle med hoftebrudd, er sannsynlig. Tilbud om rehabilitering til denne pasientgruppen etter utskrivelsen er dessverre ofte styrt av tilgjengelige tilbud og eksisterende organisering mer enn av pasientenes behov og ønsker. Dette kan ha sin årsak i manglende ressurser, men også i mangelfull samhandling og kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Osnes (2004) viste at halvparten av dem som kunne gå ved egen hjelp før bruddet, mistet denne ferdigheten. Av de som var innlagt for hoftebrudd, kom 15% fra sykehjem. Et halvt til halvannet år etter bruddet var det 30% av pasientene som var sykehjemsbeboere. Dette utgjør ca 1350 sykehjemsplasser ekstra årlig. Dette kan tyde på en ikke ideell opptreningsstrategi. Spesialisthelsetjenesten er i følge lov om

spesialisthelsetjenesten (1999 § 6-3), pliktig til å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil kunne supplere eksisterende tilbud til pasienter og i forhold til veiledning og undervisning av personell i 1. linjetjenesten.

Hoftebruddspasienter er svært utsatt for nye fall, og fallforebyggende tiltak bør være i fokus og obligatorisk for denne pasientgruppen i sykehus, sykehjem og blant de som får hjemmetjenester. Forsen mfl. (2004a, 2004b) viste i sin studie at bruk av hoftebeskyttere var større når en fysioterapeut var ansvarlig for gjennomføringen og når sykehjemmene var store. Det var ca tre ganger så mange hoftebrudd i gruppen som ikke brukte hoftebeskyttere sammenlignet med de med beskyttet fall. Hoftebeskyttere kan ha myke eller harde beskyttelsesskall. Bentzen (2008, 2009) beskrev i sin doktorgradsavhandling at begge typer hoftebeskyttere kan redusere risikoen for hoftebrudd med ca 60%. Den med myke skall er lettere å ta av og på. Den er mer behagelig å bruke og anbefales, da flere faktisk brukte denne.

Hektoen mfl. (2009) dokumenterte at helsekostnader pr individ for å behandle fallrelaterte skader var 1.85 ganger høyere enn kostnadene ville være for å gjennomføre fallforebyggende program. Rohde mfl. (2008) sin studie viste at hoftebruddspasienter har lavere livskvalitet før fallet sammenlignet med en kontrollgruppe, og mener det er viktig å identifisere eldre personer som har svekket livskvalitet og rette fallforebyggende arbeid mot denne gruppen. Bergland mfl. (2004, 2006) registrerte at enkle spørsmål om gange og fall ga indikasjon på falltendens hos hjemmeboende eldre kvinner. Kvinner som hadde falt tidligere, som hadde kognitiv svikt, eller mottok kommunale eller private hjemmetjenester, og de som ikke kunne reise seg fra liggende tilstand på gulvet, var utsatt for fall. Grue mfl. (2008) fant at hørselssvikt hadde betydning for fall hos gamle medisinske pasienter, men det gjenstår å se om hørselsforbedrende tiltak kan redusere antall fall hos eldre. Tverrfaglig utredning av falltendens, behandling og tilbud av fallforebyggende tiltak er en av de viktigste oppgavene til geriatrisk poliklinikker og kan bidra til forebygging av blant annet hoftebrudd. Det forutsetter kjennskap til tjenesten blant allmennpraktikere og i kommunehelsetjenesten.

Hoftebrudd er en potensiell helseskadelig hendelse for gamle (Osnes 2004). Uten en standard for mottak, behandling, rehabilitering og pleie av hoftebruddspasienter er det fare for svikt i tjenestene til eldre hoftebruddspasienter.

## 6.1 Svikt, mulig svikt

- Mange eldre pasienter med hoftebrudd behandles og rehabiliteres ikke slik de bør, i separate bruddenheter med tverrfaglig team
- Utilfredsstillende smertebehandling øker risikoen for delirium hos hoftebruddspasienter
- Manglende vurdering og oppgradering av ernæringssituasjonen hindrer optimal rehabilitering
- Manglende vurdering og tilrettelegging for optimalt syn og hørsel er av betydning, siden majoriteten av pasientgruppen har sansesvikt
- Forsinket eller uteblitt rehabilitering etter hoftebrudd kan føre til varig funksjonshemning og svekket egenomsorg
- Manglende hjelp fra pleiepersonellet i kommunehelsetjenesten til å assistere pasienter med å fylle ut skjema til hoftebruddsregisteret er med å redusere validiteten på dataene
- Manglende satsning på fallforebyggende tiltak fører til redusert livskvalitet for enkeltpersoner og samfunnsøkonomisk tap (sikre ernæringsstatus hjelpemidler mot sansesvikt og hoftebeskyttere)
- Mangelfull samhandling og kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten, hindrer optimal rehabilitering, og kan føre til sykehjemsinnleggelse

## 7. Hjerneslag

### 7.1 Innledning

Hjerneslag er en alvorlig folkesykdom som rammer 14 000–15 000 personer i Norge hvert år. En økt andel eldre i befolkningen vil alene medføre over 50% økning i antall slagtilfeller frem mot 2030, dersom insidensen forblir uendret (Ellekjær & Selmer 2007). Ifølge WHO's beregninger rammes 2.2% av kvinner og 1.9% av menn på 85 år og eldre av nye hjerneslag hvert år i Norge. For samme aldersgruppe ble det i 2004 estimert at 10,7% menn og 8.5% kvinner hadde hjerneslag (Truelsen mfl 2006). Hjerneslag er hyppig årsak til død, ca 5000 årlig (Russell mfl. 2007), og funksjonshemning. Økonomianalyser fra slagstudier i Trondheim estimerer kostnad for ett hjerneslag første året til 150 000–170 000 kroner og livstidskostnad pr hjerneslag til ca 600 000 kroner. Samfunnskostnadene for hjerneslag pr år er beregnet til 7–8 milliarder kroner (Fjærtøft mfl. 2007).

Forebygging av hjerneslag er rettet mot justerbare risikofaktorer som høyt blodtrykk, atrieflimmer, høye kolesterolverdier, røyking og overvekt. Livsstilsfaktorer både hos unge og gamle mennesker bidrar til en relativt høy forekomst av hjerneslag-sykdommer i Norge (Russell mfl. 2007). Størst helsemessig gevinst kan forventes ved mer aktiv behandling av forhøyet blodtrykk (Indredavik mfl. 2005). Sekundærforebygging ved hjerneslag kan forhindre nye tilfeller av cerebrovaskulær sykdom og død. Spesielt viktig er det med god kontroll av blodtrykk og glukosenivå, tilfredsstillende antitrombotisk og lipidsenkende behandling (Russell mfl. 2007). Regulering av kosthold og aktivitetsnivå er nødvendig.

### 7.2 Sykehus

Trombolytisk behandling ved slag gir bedre funksjonell status i alle aldre, men er ikke studert hos skrøpelige eldre (Ranhoff & Linnsund 2005). Slot mfl. (2009) gjennomførte en studie med 453 skandinaviske leger, hvorav 94% var overbevist om en positiv effekt av trombolytisk behandling. Åttifem prosent mente at risikoen var akseptabel men at gjennomføringen i klinisk praksis har vært dårlig så langt. Grunner

til det var blant annet: helsepersonell klarte ikke å identifisere slagsymptomer, pasientene reagerte ikke adekvat, ambulansepersonell så ikke på hjerneslag som hastetilfeller, samt utilstrekkelige sykehusrutiner. Bedre utdanningsprogrammer vil kunne øke offentlig oppmerksomhet om hjerneslag og om forebyggende prosedyrer. Bedre utdanning av helsepersonell i kommunehelsetjenesten og i sykehus vil dyktiggjøre behandlerne.

Tveiten mfl. 2009 viste at et hjerneslagsenter med liten erfaring raskt kan iverksette nødvendig logistikk og trombolytisk behandling til en stor del pasienter med akutt hjerneslag, med minimal ventetid. Viktige faktorer er da et sykehusteam som kan tilkalles på kort varsel, og at oppstart av trombolytisk behandling kan startes i akuttmottaket.

Risiko ved trombolytisk behandling er intrakranielle blødninger og død. Thomassen mfl. (2006) anbefalte at det gjennomføres en cerebral hemodynamisk undersøkelse før den trombolytiske behandlingen da klinisk vurdering ikke vil gi tilstrekkelig informasjon om eventuell blodpropp og om hvor den sitter. Ideelt sett bør også avgjørelsen om trombolytisk behandling være basert på pasientens preferanser og selvbestemmelse (Slot & Berge 2009).

Mangset mfl. (2008a-b, 2009a-b) gjennomførte en studie hvor slagpasienter hadde blitt informert om trombolytisk behandling, og gjennomgått prosessen med å avgjøre om de skulle delta i en studie som innbefattet denne behandlingen. I etterkant viste det seg at ingen av pasientene hadde fått klar forståelse av formålet med studien og forstått prinsippene om randomisering og frivillighet. Et flertall av pasientene fant samtykkeprosessen vag, tvetydig og umoralsk. Mange mente det var legenes ansvar å ta stilling til nødvendig behandling, mens andre igjen hevdet at det er en plikt å spørre pasienten og at det oppleves verdig, godt og respektfullt.

Slagbehandling i slagenhet kombinert med tidlig assistert utskrivning synes å forbedre langsiktige kliniske resultater, gir lavere dødelighet, mer selvhjelpenhet med mindre behov for institusjonsomsorg, sammenlignet med ordinær slagbehandling (Fjærtøft mfl. 2004, 2006, Gjerberg mfl. 2008). Pasienter med moderat til alvorlig slag, hadde størst fordel av behandlingen (Fjærtøft mfl.2004). Fare for

komplikasjoner er høyest de fire første døgn etter hjerneslaget. Vanlige komplikasjoner er: smerter, utvikling av nytt slag, infeksjon, hjerteinfarkt og fall. Observasjon og behandling av spesialutdannet personal i slagenhet er derfor fordelaktig (Indredavik mfl. 2008).

WHO region Europa anbefaler at alle slagpasienter bør innlegges i slagenhet i akutfasen, og spesielt eldre. Kapasiteten bør være slik at gamle prioriteres og ikke legges inn på vanlig medisinsk avdeling. Rådgivende ambulerende geriatrik team har vist seg å ha liten betydning på rehabiliteringen av slagpasienter. Det anbefales at behandlingen må gjennomføres av spesialister på slag.

Fure mfl. (2005, 2006a-d) viste at skjulte symptomer er svært vanlige selv ved lettere hjerneslag, og at slike symptomer bør identifiseres tidlig da de kan medføre redusert evne til planlegging og gjennomføring av dagliglivets gjøremål. Slike utfall kan identifiseres ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy som blant annet MMSE test<sup>4</sup>. Nøkleby mfl. (2008) sammenlignet tre kognitive tester. De fant at testene kunne supplere, men ikke erstatte, en nevropsykologisk undersøkelse

Depresjon er hyppig blant slagpasienter. Farner mfl. (2009) fant at mangel på glede var assosiert med kognitive endringer og tristhet relatert til nevrologiske svekkelser og oppskakethet på grunn av somatiske plager. Depresjon påvirker motivasjon for rehabilitering. Det er avgjørende at personalet griper fatt i det og setter i gang tiltak for å støtte pasienten gjennom krisen. Engstad (2004) fant at ikke-farmakologisk intervensjon som f.eks. fysisk trening, kognitiv og sosial stimulering antakelig har større terapeutisk potensial enn antatt med henblikk på overlevelse. Brunborg mfl. (2007) viste at pasienter brukte ulike strategier for å mestre stress etter et akutt slagtilfelle; tilbaketrekking, personlig kontroll, selvhevdelse og fleksibilitet. Med økende alder ble tilbaketrekking og mer passive mestringsmønstre mer vanlige. Slik kunnskap bør man ta hensyn til i motivasjonsarbeid, behandling og rehabilitering av de gamle slagpasientene både på sykehus og etter utskrivelsen.

---

<sup>4</sup> MMSE er en test som måler mental kapasitet på en rekke områder, hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon. Det gir et bilde av kognitiv svikt, men krever videre utredning.



Eilertsen (2005) fant at hjerneslaget tvang fram en bevissthet hos eldre kvinner om hva som er viktigst i livet, og at det kunne være nøkkelen til en bedre rehabilitering. Dette fikk de ingen hjelp til under sykehusoppholdet. Kvigne (2004) fant at sykepleierne i liten grad syntes å ha bevissthet om betydningen av kjønn i forbindelse med pleie og rehabilitering av kvinnelige slagpasienter. Pleien handlet primært om det fysiske og om kroppens behov for hjelp, støtte, nylæring og mestring av praktiske aktiviteter. Behandlingen er standardisert, ubevisst og kjønnsnøytral. Eilertsen hevdet at dette er utilstrekkelig.

Ha mfl. (2008) fant i en gjennomgang av relevante studier at underernæring forekommer hos 8–35% av hjerneslagpasientene. Eldre mennesker har i utgangspunktet økt risiko for feilernæring. Spise- og svelgvansker forekommer hos opptil 80% av slagpasientene, og gir økt risiko for underernæring, noe som igjen er forbundet med lengre liggetid i sykehus, lavere funksjonsnivå og økt dødsrisiko. Graden av svelgvansker kan variere fra litt vansker med å holde maten i munnen uten å sikle til total svelgparese. Å vurdere evne til å svelge kan være problematisk i den akutte fasen. Rugås og medarbeidere (2009) har laget en konsensusrapport for testing av svelgpareser. Kliniske ernæringsfysiologer er viktige medarbeidere i slagteamet. De har kompetanse til å vurdere ernæringstilstand og ernæringsbehov, og kan utarbeide en plan for ernæringsterapi i samarbeid med pasienten og det tverrfaglige teamet. Ernæringsbehandling kan bedre det kliniske forløpet etter et akutt hjerneslag, men det forutsetter gode prosedyrer for oppfølging og overvåking av behandlingen.

Pettersen mfl. (2006, 2007, 2008) har studert slagrelaterte blæreforstyrrelser og viser at det finnes to typer urinlekkasje: hastverkslekkasje, plutselig kraftig vannlatingstrang som ikke lar seg undertrykke, og en type hvor man merker lite eller ingenting i forveien før lekkasjen skjer. Den siste typen er knyttet til dårlig prognose. Pasientene med begge lekkasjetyper var langsommere i tankegangen sammenlignet med dem som holdt seg tørre. Intensive treningsprogrammer, som skjerper reaksjonsevne og oppmerksomhet på blærefunksjonen, kan derfor være en effektiv behandling for begge lekkasjetyper, forutsatt at pasientene har innsikt i sitt nye problem. En slagenhet kan initiere et slikt program.

Riise mfl. (2005) viste at synsproblemer er vanlig hos hjerneslagspasienter, men lite påaktet og med liten grad av tilbud om rehabilitering. Synsfeltsutfall kan avdekkes i slagenheten, og synspedagogisk rehabilitering bør kunne tilbys, samt henvisning til øyespesialist. Lundervold mfl. (2005) fant visuell benekting (neglekt) i de fire første ukene hos pasienter med slag i høyre hjernehalvdel, men følgen på lang sikt er uviss og det tilrås oppfølgingsstudier.

Fjærtøft mfl. (2004) og Thommessen mfl. (2007) tilkjennegir at den forskningsbaserte kunnskap om effekten av akuttmedisinske behandlingsmetoder og spesifikke rehabiliteringstiltak for slagpasienter fortsatt er mangelfull. Det er behov for mer systematisert kunnskap, og forskning vil kunne lede til en mer spesifikk og optimal rehabilitering av hjerneslag. Litteraturen viser at flere eldre med hjerneslag vil være i live og kunne være i egen bolig dersom de behandles i slagenhet og rehabiliteres i egen geriatrikisk enhet på sykehuset, sammenliknet med annen type oppfølging etter kronisk eller akutt sykdom.

### 7.3 Kommunehelsetjenesten: Hjemmetjenesten/sykehjem

Når det gjelder rehabilitering etter akutt behandling på sykehuset, synes rehabilitering med utgangspunkt i hjemmet koordinert av multidisiplinære ambulerende team, og vekt på samarbeid mellom ulike behandlingsnivåer, å gi ytterligere reduksjon i dødelighet og alvorlig funksjonshemning (Fjærtøft mfl 2004). Akuttbehandling i slagenhet etterfulgt av en systematisk oppfølging i samarbeid med primærhelsetjenesten synes å være tiltak hvor ressursbruken kan forsvares både ut ifra økonomi og best helsegevinst for pasienten. Imidlertid er effekten mer usikker når pasientene allerede er pleietrengende som følge av demens eller tidligere hjerneslag (Ranhoff & Linnsund 2005). Langhammer mfl. (2007, 2009) fant at regelmessig trening var meget viktig for å oppnå og opprettholde optimal funksjon etter slaget og at oppfølging på konsultativ basis syntes å være like effektivt som et obligatorisk tilrettelagt treningsopplegg hos fysioterapeut.

Thommessen mfl. (2002) fant at språk og språkfunksjon ofte er en viktig forutsetning for sosial funksjon og evne til å bo i eget hjem. I sykehus og kommuner med lav dekning av logopeditjenester, vil språktrening kunne bli mangelfull, og med fare for

reduisert sosial aktivitet og institusjonalisering. Resultater viser at mange aspekter av livet til pårørende til slagpasienter blir påvirket. For pasienter med slag var redusert kognitiv funksjon den viktigste prediktor for senere økt belastning på de pårørende. Sveen (2004) fant at tidlig utskrivelse av slagpasienter til hjemmet, var helsefremmende. For å lykkes med det kreves det tett oppfølging av tjenester fra kommunen, velorganisert med kompetente fagfolk. Hun fant videre at fritidsaktiviteter hadde sterkest betydning for "velvære" og at i rehabilitering av slagpasienter bør fritidsaktiviteter bli sett på når funksjon blir vurdert og intervensjon planlagt. Brunborg (2009) fant at opplevelse av angst, engstelse, redsel og bekymringer blant slagpasienter økte de første ukene etter utskrivningen fra sykehuset. Dette understreker behovet for profesjonell hjelp og veiledning etter hjemkomsten. Rønning mfl (2008) viste at helserelatert livskvalitet økte i løpet av første halvår etter et hjerneslag. De som hadde blitt behandlet i slagenhet hadde bedre skår på mental, nevrologisk og fysisk komponent i SF-36 skjemaet<sup>5</sup>.

Dahm mfl. (2009) studerte betydningen av kompetanse i kommunal hjemmetjeneste og fant at langtidsintervensjoner (individuell plan, tverrfaglig team) trolig bedret livskvaliteten for de aller skrøpeligste eldre som selv ønsket å bo hjemme sammenlignet med å bo på sykehjem. Det foreligger lite forskning på effekten av å bruke personell med spesiell kompetanse i kommunale hjemmetjenester (fysioterapeut, tverrfaglig team og personlig assistent) med tanke på sosial deltagelse og aktivitet. Imidlertid ser det ut til at aktiviteter i grupper reduserer isolasjon og ensomhet blant eldre, noe kommunehelsetjenesten bør ta hensyn til. Eldresenter kan være et alternativ for eldre med lite nettverk. Bøen mfl. (2007) fant en klar sammenheng mellom psykiske plager og bruk av eldresentre. Regelmessige brukere hadde lavest andel psykiske plager sammenlignet med de som kom bare av og til. Eldresentrene kan videreutvikles til å bli et støttende sosialt nettverk i lokalmiljøet, hvor slagpasienter kan rekrutteres og gis et differensiert tilbud. Ergoterapi gir trolig en liten, positiv effekt på sosial deltakelse og aktivitet. Underland (2006) fant at ergoterapi hadde litt effekt på evne til å utføre daglige gjøremål

---

<sup>5</sup> Short-Form 36, et av de mest brukte spørreskjemaer for livskvalitet i verden. Som forkortelsen tilsier består skjemaet av 36 spørsmål som innbefatter spørsmål om egenvurdert legemlig og psykisk helse, tilfredshet og funksjon.

sammenlignet med de som ikke fikk denne intervensjonen, og ingen betydning for livskvalitet.

Thygesen mfl. (2009) gjennomførte en prospektiv undersøkelse for å finne risikofaktorer som kunne forutsi sykehjemsinnleggelse. De konkluderte med at pasientens selvopplevde helse og sosial støtte var avgjørende for om de klarte seg i eget hjem eller ikke.

## 7.4 Svikt, mulig svikt

- Et begrenset antall slagenheter ved norske sykehus fører til at de eldste pasientene ikke alltid har førsteprioritet
- Behov for mer forskning på skrøpelige eldre i forhold til effekten av trombolytisk behandling
- Det er faglige og etiske utfordringer relatert til å vurdere samtykkekompetanse og innhente samtykke til behandling som går ut over standardprosedyrer
- Begrenset tilgang på profesjonelle som kan veilede om rehabilitering i hjemmet
- Svikt relatert til å avdekke skjulte symptomer ved lettere hjerneslag som redusert evnen til å planlegge og gjennomføre dagliglivets gjøremål
- Manglende kunnskap om ikke-medikamentell intervensjon, som fysisk trening, veiledning, samt kognitive og sosial stimulering
- Mer kunnskap hos helsepersonell om ulike mestringsmetoder for å motvirke at skrøpelige eldre velger tilbaketrekking som strategi
- Det mangler konkrete programmer for opptrening av blære og tarmfunksjoner
- For dårlig tilgang på logopeder og språkterapi
- Manglende kunnskap om og hjelp til synskorrigerings
- Eldresentrene må i større grad ha differensierte tilbud til slagrammede
- Syn og hørsel blir sjelden kartlagt ved innleggelse i sykehus og heller ikke regelmessig undersøkt av de som mottar kommunale helsetjenester

## 8. Diabetes

Endret livsstil har ført til en stadig økende andel eldre med diabetes. I anbefalingene fra arbeidsgruppen for nasjonale kliniske retningslinjer *Diabetes forebygging, diagnostikk og behandling*, heter det: Siden kunnskapsgrunnlaget for personer eldre enn 75-80 år med diabetes ikke er like sterkt som for yngre, må anbefalingene vurderes mer kritisk for denne pasientgruppen. Nytteverdien av behandlingen må alltid, og i særdeleshet hos eldre, vurderes opp mot forventet klinisk effekt og relateres til risiko for bivirkninger, og til livskvalitet og forventet levetid (Claudi 2009:13).

### Underdiagnostisering

Jorde & Hagen (2006) gjennomførte en studie av eldre som enten var i sykehjem eller fikk hjemmetjenester. 228 svarte på et spørreskjema og det ble tatt en blodprøve for å måle langtidsblodsukkeret. Av disse hadde 20,2% kjent diabetes, mens 2,6% hadde underdiagnostisert diabetes. I konklusjonen ble det lagt vekt på å fange opp eldre som har for høyt blodsukker slik at de kan få adekvat behandling. Claudi (2009) la vekt på at eldre pasienter ofte har nedsatt nyrefunksjon, og at de derfor bør kontrolleres nøye før start og under oppfølgingen ved medisiner. Det er ingen dokumentasjon for oppstart med statinbehandling hos personer eldre enn 80 år.

### Komplikasjoner

Ahmed mfl. (2006) fant at diabetespasienter av begge kjønn som brukte insulin hadde økt risiko for hoftebrudd. Type II diabetes var assosiert med økt hoftebrudd hos kvinner. Iversen mfl. (2008a-b) gjennomførte en studie av diabetes pasienter om forebyggende fotpleie. Av de som deltok rapporterte 58,8% at det var foretatt fot-inspeksjon relatert til den ordinære kliniske diabeteskontrollen. Her var det tydelig svikt i forebyggende arbeid. En annen analyse viste at 10,4% av et annet pasientutvalg hadde hatt diabetessår som varte mer enn tre uker. Ribbu mfl. (2004, 2007) utførte kvalitative intervju med hjemmeboende pasienter med diabetessår. For pasientene var det viktig for en vellykket sårbehandling at de ble forstått og ivaretatt. Ribbu mfl. (2006) inkluderte 127 pasienter fra seks sykehusbaserte diabetesklinikker,

og ulike spørreskjema ble benyttet. 75% rapporterte smerte relatert til diabetes fotsår og 57% rapporterte smerter når de gikk, stod eller lå til sengs. Smerter relatert til diabetesfotsår har vært lite beskrevet hevder forfatterne, og disse resultatene burde følges opp. Engum mfl. (2007) viste at diabetes ikke predikerte tegn på depresjon eller angst, men symptomer på depresjon og angst fremstod som en signifikant risikofaktor for å få diabetes type II, uavhengig av andre kjente risikofaktorer for diabetes. Fossum mfl. (2007) analyserte observasjonsdata fra en prospektiv, randomisert hypertensjonsstudie hvor deltakerne hadde høyt blodtrykk og venstresidig hjertesvikt (hypertrofi). Pasienter som rapporterte moderat fysisk aktivitet > 30 min pr uke hadde blant annet signifikant mindre sjanse for å få diabetes enn pasienter med mindre fysisk aktivitet.

### Risikogrupper

I helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) ble innvandreres helseprofil kartlagt. Her rapporterte henholdsvis 14 og 10% av kvinnene fra Pakistan og Sri Lanka at de hadde diabetes, tilsvarende andel for menn var henholdsvis 12 og 8%. For nordmenn var det 1% av kvinnene 2% av mennene som oppga at de hadde diabetes (Kumar 2008).

## 8.1 Svikt, mulig svikt

- Flere eldre har forhøyet blodsukker uten selv å være klar over det
- Manglende kunnskap om eldre diabetespasienter som ikke får faste helse- og/eller sosialtjenester
- Manglende fokus på forebygging av komplikasjoner som hjerte- kar lidelser, øyeforandringer, sår og hoftebrudd
- Mulig svikt i informasjon til ikke-etnisk norske angående risiko for å få diabetes
- Svikt i holdningsskapende arbeid for å bevisstgjøre sammenhengen mellom overvekt og diabetes (se eget punkt fedme)

## 9. Ernæring, tann og munnstatus

### 9.1 Ernæring

Mediaoppslag om skrøpelige eldre som ikke får tilstrekkelig mat og drikke skaper sterke følelser. Årsaken kan være sviktende rutiner, enten det er i hjemmesituasjonen eller i institusjon. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (2009) påpeker at sykdom er den viktigste årsaken til vekttap og underernæring. Videre påpekes at manglende rutiner og kunnskap er en betydelig medvirkende faktor til at underernæring får utvikle seg og føre til unødvendige konsekvenser. Dårlig ernæringsstatus fører til kortere levetid, lengre sykehusopphold og redusert funksjonsevne. Til tross for alvorlighetsgraden av utilsiktet vekttap, er det få norske forskningsarbeider publisert i løpet av den siste femårsperioden.

#### 9.1.1 Sykehus

Mowe mfl. (2006) gjennomførte en skandinavisk undersøkelse om ernæringsrutiner og holdninger blant leger og sykepleiere angående ernæring. Totalt svarte 4 512 (1 753 leger og 2 759 sykepleiere) på en spørreundersøkelse. Kartlegging av ernæringsstatus var langt vanligere i Danmark (40%), enn i Sverige (21%) og Norge (16%). Måling av næringsinntak hos pasienter i risikozonen var oftest gjort i Danmark (46%), sammenlignet med Sverige (37%) og Norge (22%). I alle landene mente ca 90% av informantene at ernæringstiltak var viktig. Ranhoff mfl. (2005) undersøkte 69 pasienter som var 70 år eller eldre, som ble akutt innlagt i medisinsk avdeling. Av disse skåret 74% positivt for risiko for "malnutrition" (feilernæring). Logistisk regresjon viste at kroppsmasseindeksen (KMI)  $< 23$  var den variabelen som ga best forklaring på tilstanden.

Mowe mfl. (2008) fulgte 417 pasienter som var 70 eller eldre som hadde vært med i en ernæringsstudie i sju år. Resultatene viste at en KMI på 24.0 til 25.9 assosierte med lavest 7-års dødelighet. Etter ett år, var det signifikant forskjell på overlevelse blant de med en KMI  $< 18.0$  i forhold til referansegruppen (46% vs 80%).

### 9.1.2 Sykehjem

Nygaard (2008) vurderte 35 sykehjemsbeboere og så på sammenhengen mellom høyde og “arm span” (dvs måling mellom utsrakte armer). Han fant at å måle “arm span” er et godt alternativ til høydemåling når en skal beregne KMI på sykehjemspasienter.

Sellevold & Skulberg (2005) har beskrevet et fagutviklingsprosjekt ved et undervisningssykehjem hvor hensikten var å kvalitetssikre dekking av ernæringsbehovet til pasienter i sykehjem. Erfaringene oppsummeres og det gis en innføring i hva ansatte bør ha kjennskap til for at beboerne i sykehjem skal oppleve å ha et godt mattilbud. Heftet gir også nyttig informasjon til ansatte i hjemmetjenesten.

### 9.1.3 Hjemmetjenesten

Sørbye mfl. (2003, 2004, 2008) gjorde en sammenlignende dataanalyse av 4 010 hjemmeboende eldre 65+ fra 11 ulike europeiske land (Oslo N=388). I det norske materialet var 46% underernærte eller i ernæringsmessig risiko, 13% oppga at de hadde utilsiktet vekttap. Viktige risikofaktorer var færre måltider pr dag, redusert appetitt, sykehusinnleggelse, redusert sosial aktivitet, gjenoppblussing av tidligere sykdom eller kronisk problem. Utilsiktet vekttap var en viktig årsak til død i løpet av en oppfølgingsperiode på 12 måneder. En større andel av eldre som var ”lenket til hjemmet”<sup>6</sup> hadde utilsiktet vekttap, sammenlignet med mer mobile eldre (Sørbye 2009).

## 9.2 Fedme

Forekomsten av fedme blant 40–45-åringer har økt jevnt for menn fra 1965–69 og frem til i dag. For kvinner gikk forekomsten av fedme ned fra 1965–69 til 1984, før den steg jevnt frem til 2000–03 (Ulset mfl. 2007). Det er derfor forventet at andel eldre med overvekt vil stige.

---

<sup>6</sup> Ikke vært ute av leiligheten siste uke, eller hadde behov for omfattende hjelp for å komme seg ut.



Lindemann mfl. (2008) undersøkte sammenhengen mellom forhøyet KMI, diabetes og røyking relatert til livmorkreft på et utvalg av 36 761 norske kvinner i løpet av en 15,7 års oppfølging. Det var en sterk lineær positiv sammenheng mellom KMI og risiko for livmorkreft og en sterk økende sammenheng kreftrisiko blant kvinner med diabetes. Med en stadig økende KMI i befolkningen er det sannsynlig at andel med livmorhalskreft også vil øke.

Fedme er den viktigste risikofaktoren for slitasjegikt i knær. Grotle mfl. (2008) gjennomførte en 10 års oppfølgende populasjonsstudie. Resultatene viste at det var en signifikant sammenheng mellom en høy KMI (> 30) og slitasjegikt i kne og hånd, men ikke hofte.

Kumar (2008) har i rapporten om helseprofilen til innvandrerne i Oslo vist at fedme oftest ble registrert for innflyttere fra Sri Lanka og Pakistan. Dette samstemte med deres høye andel av diabetes. Forfatteren legger vekt på betydningen av forebyggende helsearbeid for å hindre kroniske lidelser når disse blir eldre.

Sørbye (2009) dokumenterte at ekstremt overvektige kvinner med hjelp fra hjemmetjenesten var ca 5 år yngre og hadde fått tjenester over et lengre tidsrom (12 mnd mer) enn ikke- ekstremt overvektige medsøstre. De trengte i gjennomsnitt like mye hjelp som de eldre, og i tillegg hadde de ekstremt overvektige pasientene pusteproblemer, diabetes og problemer med å bevege seg.

### 9.3 Tannhelse og munnhygiene

Det skal tilbys offentlige tannhelsetjenester, vederlagsfritt, til enkelte prioriterte grupper som eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie. Det er fylkeskommunene som har ansvaret for prioriteringen (NOU 2005:11). En målsetting må være at flest mulig får beholde sine egne tenner lengst mulig, og er i stand til å spise uten unødvendige smerter. En oversikt fra SSB viste at blant eldre (67 år eller over) har 24% ingen egne tenner (Svalund 2005).

Holst (2008) har sett på utviklingen av tannhelse i Norge over en 30 års periode for hjemmeboende voksne. Tannhelsen var stort sett blitt bedre. I løpet av denne

perioden var det å ha fungerende tenner hos de eldre mindre likeverdig fordelt i 2002 enn i 1972. Sjansen for å bli tannløs var 7.5 ganger høyere i laveste inntektsgruppe versus den høyeste gruppen i 2002, tilsvarende tall i 1972 var to ganger så høy.

Henriksen mfl. (2003, 2004) viste at når det gjaldt tannhelseundersøkelsen blant hjemmeboende eldre, var det signifikante forskjeller mellom regionene. Nord-Norge regionen hadde den laveste andelen eldre med egne tenner og den høyeste andelen eldre med protese. Lyshol mfl. (2009) har i en kunnskapsoversikt inkludert en selvrapportert vurdering av tannhelse utført av TNS.Gallup. *"Hvordan vurderer du din tannhelse og din generelle helsetilstand på en skala fra 1 til 5? (beste skåre er 5).* Totalt svarte 68% av de spurte "4-5" , mens blant de eldre, 80+, svaret 63% "4-5". Her er det vel naturlig å anta at de skrøpeligste ikke deltok.

Holsen & Johannessen (2006) har i en oversiktsartikkel omtalt arvelige, autoimmune og andre inflammatoriske tilstander som kan virke inn på både hud og munnslimhinne. Han legger vekt på at leger og tannleger bør ha kjennskap til kliniske presentasjonsformer og muligheter for diagnostikk av disse sykdommene. Histologisk vurdering og immunfluorescensundersøkelse er viktige supplementer til klinisk undersøkelse.

Herlofson & Løken (2006) fant at det er mange orale komplikasjonene ved behandling med cytostatika og/eller stråling. Mange eldre sliter også med bivirkninger av kreftbehandling. Forfatterne mener at helsepersonell bør ha økt kunnskap om dette, og at større interesse hos helsepersonell samt integrering av tannhelsepersonell i det onkologiske behandlingsteam er svært viktig for god forebygging og riktig håndtering av munnhulebivirkninger av kreftbehandling.

Sykehjemsansatte har ansvar for at beboerne får hjelp til daglig munn- og tannstell. På et av landets største sykehjem var en opptatt av å systematisere tann- og munnstell. Det ble derfor innført et munn- og tannhygieneprogram. De målte beboernes orale hygienivå før og 15 måneder etter iverksetting av følgende tiltak: Innføring av pleieplan for munnstell i form av individuelle, bildebaserte munnstellkort, distribusjon av adekvate munnstellartikler, kompetanseheving hos personalet og fastsetting av rutiner med egen tannkontakt. Beboernes orale hygienivå ble

kartlagt ved hjelp av belegg- og slimhinneindeks. Resultatene viste at oralhygien ble forbedret for 40 av 63 pasienter. Det viste seg at munnhygien hos beboere kunne bedres vedvarende gjennom personalopplæring, regelmessige hygienemålinger med tilbakemeldinger til personalet, bruk av munnstellkort, tannkontakter og tilstrekkelig tannpleieutstyr. Elektriske tannbørster så ut til å kunne hjelpe, og ble bedømt stort sett som hensiktsmessig både av beboere og personale (Strand mfl. 2005, Samson mfl. 2008, Samson 2009).

## 9.4 Svikt, mulig svikt

### Utsiktet vekttap

- Kartlegging av ernæringsstatus er sjeldnere ved norske sykehus enn i de andre skandinaviske landene
- Eldre pasienter blir ikke veid og målt regelmessig
- Manglende utredning av pasienter med utsiktet vekttap (jfr. pasienter med hjerneslag)
- Svikt i ernæringsmessig oppfølging av pasienter etter sykehusinnleggelse
- Manglende oppfølging av eldre som ikke kommer ut av sin bolig ved egen hjelp
- Lite forskning angående bevissthet om etiske utfordringer relatert til ernæring

### Fedme

- Svikt i forebyggende arbeid for å redusere fedme og derved minke andel av diabetes, hjertesvikt, respirasjonsproblemer, inkontinens, slitasjegikt og livmorhalskreft
- Mulig svikt i planlegging og tilrettelegging av tilbud til eldre med ekstrem fedme som krever mer omfattende hjemmetjenester over lengre tid
- Mulig svikt relatert til oppfølging av enkelte innvandremiljø som er spesielt utsatt for overvekt
- Svikt i å omsette teori om gode kostholdsråd og betydningen av fysisk aktivitet til eldre som har levd et lagt liv og har problemer med å endre livsstil

## **Tannhelse og munnhygiene**

- Store geografiske forskjeller i eldres tannhelse
- Leger og tannleger har for lite kjennskap til kliniske presentasjonsformer og muligheter for diagnostikk av orale sykdommer
- Helsepersonell har mangelfull kunnskap om og for liten interesse for bivirkninger av kreftbehandling
- Systematisk bruk av munn- og tannhygieneprogram i den orale tannhelsen til eldre i sykehjem er mangelfull

## 10. Demenslidelser

### 10.1 Innledning

Totalt antas det at ca 70 000 personer i aldersgruppen over 65 år er demente i Norge i dag. Av disse bor ca halvparten hjemme (Langballe 2009). Ca 80% av beboere i sykehjem har en form for demenslidelse (St.prp. nr. 1 (2007–2008)).

Vaskulær demens defineres som demens forårsaket av cerebrovaskulær sykdom. Ifølge epidemiologiske studier er dette den hyppigste form for demens etter demens av Alzheimers type.

Brækhus & Engedal (2004) hevdet at begrepet vaskulær demens er upresist og det er usikkerhet knyttet til hvilke radiologiske funn som skal legges til grunn for å stille diagnosen. Flere undersøkelser har gitt holdepunkter for at det er likheter mellom demens av Alzheimers type og vaskulær demens både med hensyn til risikofaktorer og symptomer. De konkluderer med at begrepet vaskulær demens bør revurderes. Det er viktig å komme frem til valide og reliable kriterier for vaskulær demens, ikke minst med tanke på terapeutiske konsekvenser.

Demenssykdommene øker sterkt med økende alder og er den viktigste årsaken til behov for sykehjemsplass. Demensutredning foregår i det alt vesentlige poliklinisk, og er en sentral oppgave både for de alderspsykiatriske og geriatrike fagmiljøene i følge rapporten "Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens" (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Storparten av demensdiagnostikken bør foregå i primærhelsetjenesten, men kompetanse om demensdiagnostikk må i tillegg finnes i spesialisthelsetjenesten. Fastlegene må kunne henvise pasienter der diagnosen er usikker, der det er mistanke om spesielle demensformer, og det er behov for rådgivning i forhold til psykiske symptomer og atferdsforstyrrelser. Geriatrike, alderspsykiatriske og nevrologiske sykehuspoliklinikker gir i dag tilbud om demensutredning, noe ulikt fra sykehus til sykehus.

Det er flere ganger vist at det diagnostiske tilbudet til personer med demens i Norge er utilfredsstillende. I 2007 ble det igangsatt et 3-årig program for utprøving av tre ulike modeller for utredning av demens: a) i primærhelsetjenesten, b) i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og c) i hukommelsesklinikk. Det er utarbeidet et diagnoseverktøy for demens til bruk for leger, ergoterapeuter og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Det pågår opplæring for å øke kvaliteten og kapasiteten i utredningen, og det skal utarbeides veiledning til utredningsmodellene (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Brækhus & Lillesveen (2005) har erfaringer fra prosjekt i 17 kommuner. De viste at en desentralisert modell fungerte best. Sykepleieren i demensteamet utførte kartlegging av pasient, og fastlegen utredet og stilte den endelige diagnosen. Demensteamet har hovedansvaret for tiltaksplan og koordinering. Forfatterne har vært opptatt av at det er store forbedringspotensialer i forhold til utredning av demens, organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for mer kunnskap, interesse, prioriteringer, holdningsendring og kontinuitet i det lokale arbeidet.

## 10.2 Utredningsverktøy

Det finnes en rekke internasjonale utredningsundersøker for å diagnostisere kognitiv svikt. Flere av disse er oversatt og testet ut på norske forhold. Mini Mental Status Evaluering (MMSE), norsk revidert versjon, er hyppigst brukt (Stroble & Engedal 2008). Øksengaard (2004) la i sin avhandling vekt på betydningen av et godt diagnostisk verktøy for å kunne stille en demensdiagnose så tidlig som mulig, slik at relevant behandling kunne iverksettes. Hukommelsesklinikken ved Ullevål brukte kun en standardisert utredningspakke som bestod av klinisk undersøkelse, nevropsykologiske tester, blodprøver og røntgenundersøkelse av hjernen. Dessuten ble de pårørende intervjuet om endringer i mental, sosial og praktisk fungeringsevne hos den som ble utredet. Skjerve mfl. (2007, 2008) testet ut instrument for diagnostisering av mild demens som en del av sine doktorgradsarbeider. Han benyttet norske versjoner av de internasjonale testene "Seven Minute Screen (7MS)", "Syndrom Kurztest (SKT)" og "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)". Han beskrev egenskaper ved 7MS i et normalutvalg av

eldre personer og benyttet 7MS, SKT og IQCODE i et utvalg av eldre pasienter som ble henvist til geriatrike og alderspsykiatriske poliklinikker med mistanke om begynnende demens. Resultatene viste at 7MS og SKT hadde begrenset verdi i forhold til å avdekke demenssykdom i en tidlig fase. Rokstad (2004) har benyttet Dementia care mapping (DCM), som er en metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. En eller flere observatører arbeider sammen med personalet på enheten. Hensikten med kartleggingen er å få en systematisk oversikt over pasientgruppen og den enkelte pasients grad av trivsel og atferd. Nordhus mfl. (2006) gjør rede for ulike sider ved den dementes samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse, utfordringer ved behandling og forskning. De er skeptiske til en ensidig bruk av internasjonale tester. De anbefaler tester som måler evne (capacity) og ferdigheter (abilities).

## 10.3 Behandling

Engedal mfl. (2004) viste at flere nye legemidler er tatt i bruk i symptomatisk legemiddelbehandling ved Alzheimers sykdom og andre demenstilstander. Forfatterne mente at effekten av de ulike midlene kan være vanskelig å evaluere, både fordi vi ikke har egnede biologiske metoder som kan måle effekt, og fordi demens er en progredierende lidelse. Til tross for dette har randomiserte, kontrollerte studier vist at flere ulike behandlingsopplegg bedrer pasientenes funksjon forbigående og bremser forverring av symptomer. Medikamenter mot demenslidelser fås på blåresept. I hvor stor grad det er den pårørende eller ansvarlige lege som tar initiativ til slik behandling, er så langt vi kan se, ikke dokumentert.

Selbæk mfl. (2007, 2008a, 2008b) har beskrevet at atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer er vanlig ved demens, særlig blant beboere i sykehjem. Symptomene er belastende for pasienter og omsorgsgivere, og behandles ofte med medisiner mot psykoser. Forfatterne viste til litteraturstudier: eldre personer med demens ser ut til å være ekstra utsatt for cerebrovaskulære bivirkninger og død ved bruk av disse medikamentene. De hadde følgende hovedbudskap:

- Atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens behandles ofte med antipsykotika til tross for usikker effekt og omfattende bivirkninger

- Atypiske antipsykotika gir trolig økt risiko for cerebrovaskulære hendelser hos eldre med demens
- Bruk av antipsykotika bør forbeholdes kortvarig behandling av pasienter med alvorlige symptomer
- Ikke-farmakologiske tiltak bør prøves først

## 10.4 Sykehjem

Engedal (2005) har vist til at tre firedeler av alle beboere i norske sykehjem har en demenstilstand, men bare halvparten har fått stilt en diagnose for hvilken type demens de har. Det var den gangen ingen enighet om når eller hvordan demens skal utredes i sykehjem. Den kliniske vurderingen er det viktigste elementet i den diagnostiske utredningen. Først må man påvise kognitiv svikt og demens. Informasjon om sykdomshistorien må innhentes fra pasienten og fra en pårørende eller en person som kjenner pasienten godt. Slik kan man få en riktig beskrivelse av utviklingen av typiske symptomer på demens og opplysninger om legemidler med antikolinergisk effekt, som kan medføre kognitiv svikt. Engedal har vært opptatt av at utredning av demens er en tverrfaglig oppgave som bør utføres av lege, sykepleier og ergoterapeut kort tid etter innleggelse i sykehjem. Jakobsen (2009) hevdet at det er mellomlederens ledelsesfilosofi som er avgjørende for kvaliteten i demensomsorgen. Eldre med demenslidelser verbaliserer ikke så ofte smerter som andre pasientgrupper. Nygaard & Jarland (2005) fant imidlertid at også blant pasienter med alvorlig kognitiv svikt var en vesentlig andel i stand til å gi uttrykk for egne smerter, når de sykepleierne som kjente pasienten godt vurderte dette.

Husebø (2008) testet ut et evalueringsinstrument; "Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2 Pain Scale)" til bruk for pleiepersonalet, med tanke på å fange opp smerte fra muskel- og skjelettsystemet samt fra indre organer, hode og hud, alt basert på pasientens smerteatferd. Resultatene viste at ved å registrere smerteatferd under aktivitet og spesielle bevegelser, var det mulig å dokumentere smerter på en bedre måte hos pasienter med alvorlig kognitiv svikt. Landmark (2009) har oppsummert resultater fra åtte systematiske oversikter og elleve primærstudier angående konkret utforming av botilbud for personer med



demens. Det er ikke vist at fysiske omgivelser påvirker progresjon av demens, men formålsmessig fysisk miljø har positiv effekt på livskvalitet.

## 10.5 Hjemme

*Lystrup mfl.* (2006) gjennomførte en undersøkelse av 460 hjemmeboende personer med antatt demenssykdom og med vedtak om hjemmebaserte tjenester.

Gjennomsnittsalderen var 82 år (74% kvinner). Kartlegging av hjelp, tidsbruk og antall hjelpere ble utført i sju sammenhengende dager. Grad av demens ble kartlagt med klinisk demensvurdering, mens funksjonsnivå og hjelpebehov ble vurdert med Rapid Disability Rating Scale-2. Resultatene viste at personer med demensdiagnose ikke fikk mer hjelp enn de uten en slik diagnose. Thygesen (2009) har i sitt doktorgradsarbeid vist at teknologi kan bidra til å bedre den daglige omsorgen for demente. Eldre som "vandrere" behøver ikke være innesperret på en skjermet avdeling, men kan ved hjelp av GPS bevege seg fritt. Pårørende kan da til en hver tid vite hvor vedkommende befinner seg.

### *Pårørende*

Ullstein mfl. (2007a-d, 2008) undersøkte 196 omsorgspersoner til pasienter med demens med måleinstrumentet "the Relative Stress Scale (RSS)". De fant at pårørende med ansvar for pasienter med demens opplevde depresjon, angst og belastning knyttet til pasientens atferdsendringer. Pårørende til kvinnelige pasienter hadde nytte av teknikker for å takle atferdsendringer og psykiatriske symptomer. Når det gjaldt pårørende til mannlige pasienter, var det behov for mer individualiserte tilnærminger. Åsgaard mfl. (2007, 2008) gjennomførte en postenkvest til pårørende til diagnostiserte demente brukere av hjemmetjenesten. Måleinstrumentet "Caregiver Reaction Assessment" ble benyttet, med muligheter for å skrive inn egen tekst. Regresjonsanalyse viste at kvinner og de eldste omsorgspersonene følte en tung pleiebyrde. Kvinner og menns ulike opplevelse av omsorgssituasjonen tilsier at helsepersonell bør tilnærme seg forskjellig når hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten planlegges og utføres. Finne-Soveri mfl. (2008) viste at hjemmeboende med inkontinens for avføring utgjør en ekstra pleiebelastning, og bør få ekstra avlastning.

### *Brukerundersøkelse*

Det er generelt mange metodiske utfordringer forbundet med såkalte bruker(tilfredshets)undersøkelser, spesielt blant grupper som kan ha vanskeligheter med å svare på slike skjemaer på egen hånd (Rolland mfl. 2004). Måling av demente mottakeres tilfredshet med tjenesten berøres sterkt av dette. Likevel anses det som viktig at kommunene arbeider systematisk med kvalitetsforbedringer (Abrahamsen 2006).

## 10.6 Svikt, mulig svikt

- Manglende samsvar mellom resultater fremskaffet av et godt diagnostisk verktøy og relevant behandling
- Svikt i bruk av pårørende som viktig informasjonskilde om endringer i mental, sosial og praktisk fungeringsevne hos den som ble utredet
- Manglende kunnskap om kvalitetssikring av evnen til å kjøre bil
- Det trengs mer kunnskap om hvordan dementes samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse blir vurdert
- For lite kunnskap om den enkelte dementes helhetlige fungering før oppstart av legemiddelbehandling av demenslidelser (på blåresept) og vurdering av behandlingseffekt
- Usikker effekt og omfattende bivirkninger av antipsykotika gjør at slike midler ikke bør brukes ved atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens
- Ved atferdsforstyrrelser bør ikke-farmakologiske tiltak prøves først
- Manglende formålsbygde fysisk miljø kan ha negativ effekt på livskvalitet
- Helsepersonell har manglende kunnskap om at kvinner og menn opplever omsorgssituasjonen forskjellig. Det bør tas hensyn til slike forskjeller når hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten planlegges og utføres
- Manglende kunnskaper om demente mottakeres tilfredshet med tjenesten

## 11. Psykiatri og Psykososiale forhold

Litteratursøket ga få treff på norske publikasjoner som omhandlet eldre og psykiske problemer. Det kan virke som om psykogeriatrien har overtatt for gerontopsykiatrien. Eldre pasienter som gjennom et langt liv har vært på en psykiatrisk langtidsavdeling blir overflyttet til sykehjem (se avsnittet om demens).

Bjerkan & Pedersen (2008) har utført en punkttelling av innleggelser i psykiatriske institusjoner. Andelen pas >60 år sank fra 52,8% i 1989 til 16,9% i 2007.

Opptappingsplanen for psykisk helse hadde lite fokus på eldre. Har eldre liten tilgang på spesialisthelsetjenester? Behandlingsraten er betydelig lavere for eldre enn for yngre. Forfatterne undret seg om de eldre fikk tilstrekkelig psykiatriske behandlingstilbud.

Ådnanes & Bjørngård (2006) har beskrevet pasientutvalget til fastleger og til psykisk helsearbeidere. Den eldste aldersgruppen er 56 år eller eldre. I pasientutvalget til fastlegen utgjorde disse "eldste" 175 (18%) og hos "psykisk helsearbeidere" 113 (23%). Andersson & Ådnanes (2006) oppsummerte fire ulike prosjekter, om fastlegens rolle innen psykisk helsearbeid. Den eldre pasient var ikke omtalt.

Roness mfl. (2005) analyserte data fra helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Av de inviterte deltok 65 648 (71%) i alderen 20-89. De fleste som hadde angst og/eller depressive trekk, hadde ikke søkt hjelp for dette. Forfatterne mente at det å øke andelen som oppsøker hjelp for psykiske lidelser må ha høy prioritet. Veenstra (2009) har studert eldre i et livsløpsperspektiv. Aldringen kan, i den grad den medfører skrøpelighet og hjelpebehov, gjøre det vanskelig å leve opp til individualistiske verdier, og for noen kan det resultere i depresjon og passivitet.

Langeland mfl. (2007a-b, 2009) har lagt vekt på at å styrke det sosiale miljøet til personer med mentale helseproblem som vil kunne gi positive gevinster. Dalgaard & Bøen (2008) har tatt utgangspunkt i at depresjon til en hver tid rammer ca. 8% av befolkningen i Norge, og av Verdens Helseorganisasjon rangeres som nummer fire av sykdommer som gir redusert livskvalitet og funksjon. Depresjon hos kronisk syke

pasienter bidrar til deres egen opplevelse av sin helsetilstand. Gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet har vist seg effektivt når det gjelder forebygging av depresjon hos eldre. Det er derfor viktig å aktivt rekruttere eldre i risikogrupper (Bøen 2008)

Kvaal mfl. (2005a-b) fant at nesten halvparten av alle gamle pasienter i somatiske sykehus slet med angst. Mennene hadde det verst. Når angst ikke diagnostiseres får pasientene heller ikke hjelp. Ruset (2005) har gjennomført en litteraturstudie angående diagnostikk og behandling av depresjoner hos pasienter i sykehjem. Prevalensstudier viser at økende alder gir økt sjanse for depresjon spesielt hos sykehjemspasienter.

Å behandle depresjon hos eldre er også viktig fordi forskning har vist at depressive symptomer er risikofaktorer for Alzheimers sykdom og disponerer for vaskulær sykdom.<sup>7</sup>

Ruset (2005) påpekte betydningen av rutiner for diagnostisering av depresjon og vurdering av ulike behandlingsformer. Litteraturstudien viser at for mange eldre kan elektroshokkterapi (ECT) være et godt behandlingsalternativ.

Ruths mfl. (2004, 2008) har vurdert legemiddelbruk i sykehjem. Potensielt uheldig legemiddelbruk ble avdekket hos 76% av pasientene. Bruken av psykofarmaka, og spesielt antipsykotiske midler, ble hyppigst vurdert som problematisk. Halvparten av identifiserte potensielle legemiddelproblemer var relatert til sikkerhet (risiko for bivirkninger og interaksjoner), 25% til effektivitet (uhensiktsmessig legemiddel i forhold til sykdom/symptom) og 28% til indikasjon (underbehandling og unødvendig behandling).

Bergland (2006) gjennomførte en kvalitativ studie om trivsel i sykehjem med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Opplevelsen av trivsel var et resultat av et godt og tilpasset samspill mellom den enkelte beboer og kvaliteter i

---

<sup>7</sup> [Neurology](#). 2002 Aug 13;59(3):364-70; Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons

sykehjemmet som god kvalitet på pleien, kompetent personale og det fysiske og psykososiale miljøet.

## 11.1 Svikt, mulig svikt

- Det er uvisst om de eldre får tilstrekkelig psykiatrisk behandlingstilbud
- Det er manglende rutiner for diagnostisering av depresjon og vurdering av ulike behandlingsformer for eldre
- Det skjer uhensiktsmessig bruk av psykofarmaka i sykehjem
- Mangel på gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet når det gjelder forebygging av depresjon hos eldre

## 12. Vold

En mye brukt definisjon på vold og overgrep mot eldre er "en enkeltstående eller gjentatt handling, eller fravær av passende handling, som forårsaker skade eller ubehag for en eldre person og som skjer i et hvilket som helst forhold hvor det er en forventning om tillit." Hjemdal & Juklestad (2006) har hevdet at vold og overgrep mot eldre er en av de mest skjulte og vanskeligst tilgjengelige formene for vold. Bare en liten del av denne volden registreres av politi og øvrig hjelpeapparat og i offentlig statistikk. Den volden som er avdekket gjennom intervjuundersøkelser i befolkningen, er lite representert i kliniske erfaringer fra Norge. Det anslås at fire til seks prosent av den eldre befolkningen i Norge har vært utsatt for vold og overgrep etter at de fylte 65 år. Vold skjer både i hjemmet og på institusjon (Hjemdal & Juklestad 2009). Mange av ofrene er redde for å miste kontakten med overgriperen, og er glad i vedkommende til tross for overgrepene (Solhaug 2007). Eldre overgrepsofre har kommet i skyggen fordi de i liten grad søker hjelp. Desto viktigere er det med informasjon og tiltak (Juklestad 2006).

Kirkevold mfl. (2004) har dokumentert bruk av frihetsberøvelse og tvangsmedisinering i norske sykehjem. Det presiseres at det er viktig å finne frem til egenskaper ved pasienter som det ytes vold mot samt holdninger i avdelinger hvor slikt forekommer (Kirkevold mfl. 2005a-b). En europeisk studie av eldre som mottok hjemmetjenester viste at ca 5% var blitt utsatt for en eller flere typer vold i løpet av de siste tre dagene. De som var mest utsatt var pasienter med alvorlig kognitiv svikt, depresjon og liggesår. Andre risikofaktorer var aggressiv atferd, konflikter med familie og venner samt liten støtte fra det uformelle hjelpeapparat. Det var lavere andel vold i de skandinaviske hovedstedene sammenlignet med andre land som hadde pasienter med en mer omfattende pleietyngde som Tyskland og Italia (Cooper mfl. 2006). Fjelltn (2009) undersøkte situasjonen til pårørende og pleiere til pasienter som stod på venteliste til sykehjem. Et sentralt spørsmål for pårørende og pleierne var om det var riktig å bruke tvang for å gi de eldre nødvendig helsehjelp. Det er en stor utfordring for en hjemmetjeneste med begrensede ressurser å kunne gi en fleksibel og tilrettelagt pleie og omsorg til eldre som venter på sykehjemsplass, samt å støtte deres pårørende.

## 12.1 Svikt, mulig svikt

- I forhold til omfang av vold og overgrep mot eldre antas det at det er store mørketall
- Det skjer for ofte frihetsberøvelse og tvangsmedisinering i norske sykehjem
- Manglende kunnskap om egenskaper ved pasienter som det ytes vold mot, samt behov for endring av holdninger i avdelinger hvor slikt forekommer
- Personalet må kjenne til at pasienter med alvorlig kognitiv svikt, depresjon og liggesår oftere er utsatt for vold
- Det var lavere andel vold i de skandinaviske hovedstedene sammenlignet med andre land som hadde pasienter med en mer omfattende pleietyngde

## 13. Eldre med spesielle behov

### 13.1 Kvinner

Eldrebølgen er først og fremst en kvinnebølge. Ca 75% av de over 65 år som mottar hjemmetjenester er kvinner, og ca 75% av dem som bor alene er kvinner (Sørbye 2009). Blant de som er 80 år og eldre, er 60% av mennene gift, mens bare 18% av kvinnene har sin ektefelle i live (Otnes 2007).

Vangen mfl. (2009) har uttrykt at for å møte fremtidens helseutfordringer trenger vi absolutt et kjønnsperspektiv på eldres helse. Kjønnsperspektivet er viktig i sykdomsforebyggende arbeid, i omsorg og rehabilitering og i behandling av sykdom hos eldre. Det er behov for mer kunnskap på dette området, fordi det blant 90-åringene er nesten tre ganger så mange, og i de største byene nesten fire ganger så mange kvinner som menn. Suominen-Taipale mfl. (2006) viste at eldre kvinner sjeldnere besøker spesialist og sjeldnere er innlagt i sykehus enn menn. (Vi viser ellers til kjønnsforskjeller under ulike delkapitler).

### 13.2 Hørselssvekkelse

I Norge er det omtrent 56 000 høreapparater til en pris på ca. 260 millioner kroner. Flesteparten er digitale høyteknologiapparater med refusjon fra folketrygden. Helvik mfl. (2007, 2008) studerte hvordan sosiodemografiske faktorer, audiologiske forhold, bruk av mestringsstrategier og opplevd funksjonshemming påvirket bruken av høreapparat blant voksne med hørselstap. De oppsummerte sitt hovedbudskap som følgende: Lavgradig hørselstap og tidvis opptreden av tinnitus var forbundet med lite bruk av høreapparatet. Også atferd som hemmet hensiktsmessig kommunikasjon reduserte høreapparatbruken. Graden av opplevd funksjonsnedsettelse hadde ingen innvirkning på bruken av høreapparat

Kompetanse hos ansatte om rett bruk av høreapparat er et viktig anliggende.



### 13.3 Utviklingshemming

Medisinske fremskritt og gode levekår gjør at personer med relativt alvorlig psykisk utviklingshemming kan nå en høy alder. Dette gir nye utfordringer for helse- og sosialtjenesten.

Bugge & Thorsen (2004) foretok en kartleggingsstudie av levekår og livssituasjon blant personer med utviklingshemming bosatt i vertskommunene. Dette omfattet 965 personer i 30 av de 33 vertskommunene. Gjennomsnittsalderen var 55 år, med en variasjon fra 24-95 år. Sjørengen mfl. (2005) la vekt på at omgivelsene og hjelpeapparatet må forholde seg til personenes situasjon, ønsker og behov både når det gjelder bolig og bosted, aktiviteter, omsorg og helsemessige behov under aldringen. Thoresen (2005) intervjuet 18 personer med utviklingshemming. Hun reiste spørsmålet om hvorfor en har forsømt å ivareta livshistorien og legge til rette for minner, erindringer og skape knagger for hukommelsen hos denne brukergruppen. Hun så det som viktig at ansatte hadde spesialkunnskap om de eldre utviklingshemmedes individuelle behov.

### 13.4 Forflytningshemmede og transport

Vi har i tidligere kapitler vist at alvorlig funksjonssvikt kan føre til isolasjon og redusert sosial fungering. Fylkeskommunene har ansvaret for transporttjenesteordningen (TT) for personer som på grunn av forflytningshemminger ikke, eller kun med betydelige vanskeligheter, kan benytte eksisterende kollektive transportmidler. TT-ordningen er ikke et rettighetsbasert tilbud (ikke lovpålagt). Utforming og kvalitet er basert på prioriteringer i den enkelte fylkeskommune. Det eksisterer ikke noe felles nasjonalt regelverk for TT-ordningen, noe som innebærer at den praktiseres svært forskjellig fra fylke til fylke (Solvoll 2006). Samferdselsgruppa i Østlandssamarbeidet<sup>8</sup> har tatt konsekvensene av dette og forsøker å tilrettelegge for felles retningslinjer (Tunold mfl. 2009).

---

<sup>8</sup> Akershus, Buskerud, Oppland og Østfold

Retten til TT- transport er å anse som et knapphetsgode. I Vestfold gjelder for eksempel ordningen alle opptil 80 år. Støtten til de eldste ble fjernet for noen år siden fordi TT-ordningen ble for dyr.<sup>9</sup> De som er over 80 får bare støtte hvis de er helt ute av stand til å klare seg selv, såkalt «betydelig forflytningshemmede». Det gjelder for eksempel rullestolavhengige, blinde, slagrammede og demente. Vanligvis søker bevegelsehemmede om TT- kort for en viss periode. I Hordaland får eldre over 80 år innvilget TT-kort på livstid (Solvoll 2006). I Akershus er 53% av brukerne over 80 år og rullestolbrukerne utgjør bare 8% av disse.

”Fylkene styrer i større eller mindre grad midlene ved å legge opp til forskjellige kriterier som gir høyere prioritet til enkelte grupper fremfor andre, uten at dette kan betegnes som diskriminerende”, heter det i notatet fra Østlandssamarbeidet (Tunold mfl. 2009).

## 13.5 Aleneboende og trygghetsalarm

På lik linje med tildeling av TT-kort er trygghetsalarm en ikke lovpålagt tjeneste. Her er det imidlertid kommunene og ikke fylkene, som fastsetter tildelingskriteriene. Dette har ført til store variasjoner både med hensyn til omfang av tildeling og størrelsen på egenandelen. Sosial- og helsedepartementet har anbefalt at kommunene kan anvende omsorgstjenestetilskuddet til å finansiere trygghetsalarmer og trygghetsalarmtjenesten som en del av den generelle styrkingen av tjenesten. Dette ble omtalt i St.prp. nr.1 (1998-99). Rapporter fra kommunene viser at halvparten av kommunene oppga at de hadde brukt deler av tilskuddet til trygghetsalarmer i 1998.<sup>10</sup> Betydningen av trygghetsalarmer som et forebyggende og trygghetsskapende element for hjemmeboende brukere av pleie- og omsorgstjenestene blir fremhevet. Tall fra SSB (2007) viste at det var 3% som har trygghetsalarm blant personer med nedsatt funksjonsevne; det er ikke angitt noen aldersgrupper. Kommunehelsetjenesten er forpliktet til å kontrollere at alarmer til en hver tid virker.

---

<sup>9</sup> For gammel til hjelp. Sandefjords blad  
<http://www.sb.no/apps/pbcs.dll/article?AID=/20091029/NYHETER/255272394/1158>. 29. oktober 2009

<sup>10</sup> Her har vi ikke funnet mer oppdaterte tall.

Det kreves imidlertid at den eldre både får opplæring og motivasjon til å bruke alarmen. Enkelte kommuner venter med å tildele alarm til den eldre blir for skrøpelig.

## 13.6 Samer

I NOU 1995: 6 er det laget en plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning. I 1999 la Sosial- og helsedepartementet frem *Mangfold og likeverd*. Her var det et eget kapittel om tjenester til eldre og funksjonshemmede. Det ble lagt vekt på at de omsorgstrengende skulle få bo i sine egne hjem så lenge det var hensiktsmessig, og at de formelle hjelperne skulle kunne snakke samisk. Det ble lagt vekt på at undervisningssykehjemmet i Karasjok skulle ha et spesielt ansvar for å ivareta samiske pasienters kulturelle behov. Vi har ikke funnet noen forskningsartikler fra dette arbeidet.

Minde (2006) har beskrevet situasjonen for eldre samer i Tromsø. Hun anbefaler at istedenfor å ha 2-3 samiske pasienter på hvert sykehjem, burde de samles på en avdeling. Selv om mange av de eldre forstår norsk, blir ikke deres livshistorie og kulturelle røtter ivaretatt slik de burde.<sup>11</sup> En undersøkelse fra universitetet i Umeå har vist hvordan eldre samiske kvinner sin identitet er knyttet til reindrift og at barndomsminnene trer sterkt frem (Aléx mfl. 2006).

Nystad mfl. (2006) hentet datamaterialet fra Helse- og levekårsundersøkelse, SAMINOR, i perioden 2002–04 i områder med samisk og norsk bosetting. Totalt deltok 15 612 menn og kvinner i alderen 36–79 år. Deltakerne ble blant annet spurt om tilfredshet med legetjenestene i de kommunene som inngikk. De samisktalende pasientene var mindre fornøyd med den kommunale legetjenesten totalt sett enn de norsktalende. De var mindre fornøyd med legens språkbeherskelse, og de mente at det hyppigere oppstod misforståelser mellom lege og pasient på grunnlag av språkproblemer. En tredel gav uttrykk for at de ikke ønsker å bruke tolk.

---

<sup>11</sup> Bodil Hansen Blix (PhD student i Tromsø) undrer i sin forskning på hvordan det er å ha levd og ikke vært "fullgod" nordmann og heller ikke "ekte" same kan komme til uttrykk i alderdommen

## 13.7 Ikke-etnisk norske

Moen (2003) har vurdert tiltak for mennesker med funksjonshemming fra minoritetsetniske grupper. Ansatte og familiemedlemmer møter ulike dilemmaer relatert til religiøse og kulturelle forskjeller. Tilbudene kan oppleves som utilstrekkelige for de eldres behov. Gjertsen (2008) har gjennomført en inngående kvalitativ studie og viser lokalmiljøets betydning når en som eldre har funksjonshemming. Det er mange fordeler ved å være i et miljø hvor "alle kjenner alle". Forfatteren kommer med forslag til tiltak som kan gjøre tilværelsen lettere i forhold til det offentlige hjelpeapparatet, i økonomiske forhold og i lokalmiljøet.

Nergård (2008, 2009) viser at det er kun i Oslo at innbyggere med ikke-vestlig opprinnelse som er 80 år eller eldre, kan telles i hundretall (445 personer). I andre kommuner dreier det seg om noen få titalls personer. I Oslo er ca 1% av beboerne i sykehjem ikke-etnisk norske. Hjemmetjenesten har større innslag av eldre brukere med ikke-vestlig bakgrunn enn institusjonstjenesten, men også her er det få. Ingebretsen & Nergård (2007) skriver at det er umulig å fastslå størrelsen på et eventuelt underforbruk av tjenester, så lenge det ikke er foretatt systematiske undersøkelser av bruk av tjenestene for eldre med innvandrerbakgrunn sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Ingebretsen (2007, 2009) beskriver at en antar at familien tar seg av sine gamle – men vi vet for lite om ikke-etnisk norske eldre sin situasjon.

## 13.8 Eldre og rus

Vi fant få publikasjoner om eldre og rus. Helse- og sosialtjenesten i de enkelte kommunene har kontakt med aktuelle brukere, men det er lite systematisert dokumentasjon. Det er en relativt liten gruppe som har nådd høy alder. Men det er flere skrøpelige, bostedsløse i 50-60 årsalderen. Fonn (2009) beskriver Stokka sykehjem i Stavanger. Sykehjemmet har åtte senger øremerket for ruspasienter. To av de ansatte i avdelingen er sykepleiere, i tillegg til avdelingslederen. Her opplever beboerne at det trygt og godt. Det blir mindre drikking, de har det bra. Vi antar at slike tjenestetilbud kunne være aktuelt for flere byer og storkommuner.

## 13.9 Spesielle sykdomsgrupper

### 13.9.1 Kreft og eldre

Kreft rammer først og fremst eldre. Likevel er de fleste behandlingsmetodene utviklet for yngre pasienter. Exterman mfl. (2005) konkluderte i sin litteraturgjennomgang at onkolgene kjenner for lite til de skrøpelige eldres spesielle behov. Til tross for at de eldre utgjør den største pasientgruppen som får kreft, mangler en nødvendig og spesifikk kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer. De eldre har høyere risiko for komplikasjoner og bivirkninger ved smertelindrende behandling. Årseth mfl. (2004) anbefalte i Kreftplanen: *Kvalitet, kompetanse og kapasitet* at det burde etableres et nasjonalt kompetansesenter for kreftbehandling av eldre. Hensikten var å få et bredt fagmiljø innen onkologi, geriatri, fysiologi og farmakokinetikk. Mange eldre kan leve lenge med sin kreftlidelse og den primære dødsårsak kan være noe annet.

Så langt vi kan se, er forskning om eldre pasienter med kreft ofte relatert til terminalpleien. Enderseth mfl. (2006) har foretatt en analyse av behandling av kolonkreft. De konkluderer med at det var mer palliativ kirurgi og lokale prosedyrer, og mindre kirurgi med sikte på helbredelse (47% vs 77%,  $P < 0.001$ ) for pasienter over 85 år sammenlignet med yngre pasienter.

### 13.9.2 Epilepsi

Hallvik (2009) har undersøkt levekår og livskvalitet til eldre personer med epilepsi. Eldre personer med epilepsi som har nedsatt funksjon i hverdagen, opplever lavere livskvalitet, sammenliknet med andre personer uten epilepsi eller andre kjente sykdommer eller nedsatt funksjon. De vurderer egen helse som dårligere, de er mer ensomme, har mindre tilgang på støtte og hjelp fra familie og venner, er mindre fornøyd med livet, er mindre opplagte, og er gjennomsnittlig mer nedstemt enn andre eldre som verken har epilepsi eller nedsatt funksjon i hverdagen.

### 13.9.3 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Stadig flere eldre blir innlagt i sykehus med KOLS som hoved- eller bidiagnose. Lavekårsundersøkelsen (SSB 2002) omfattet spørsmål om informantene hadde

KOLS eller en annen kronisk lungelidelse. Ca 3% av aldersgruppen 80 år eller eldre oppga at de hadde en lungelidelse. Antallet som oppga at de hadde KOLS, var betydelig lavere enn nyere prevalensstudier viser (Hem & Eide 2005). De har gjennomført et litteraturstudie og mener at det er problematisk å planlegge helse- og rehabiliteringstjenester for dem som lider av KOLS. Sannsynligvis er det en stor andel som trolig ikke blir fanget opp i helsevesenet. Informasjon om KOLS ser ut til å være underformidlet til den befolkningsgruppen som kan ha størst utbytte av kunnskapen: De mange som lider av KOLS, men som ennå ikke har fått diagnosen. Effektiv helsekommunikasjon bør bygge på kunnskap om pasientgruppen. Kunnskap om kolsrammedes livssituasjon er ennå mangelfull.

Holte (2008) laget en kunnskapsoversikt angående bruk av oksygen. Resultatene fra laboratorieundersøkelsene sa lite om nytten av intermitterende bruk av oksygen i dagliglivet til KOLS-pasientene og effekt på pasientenes livskvalitet. En eventuell effekt av oksygentilførsel gitt før eller etter aktivitet for å lindre pustebesvær er ikke dokumentert. Begrenset dokumentasjon indikerer at KOLS-pasienter uten uttalt lavt oksygennivå i blodet ikke oppnår forbedret arbeidskapasitet, helserelatert livskvalitet eller oksygenmetning av ambulant oksygen ved regelmessig trening over tid, sammenliknet med placebo. Det finnes svært lite forskning som gjelder langsiktig effekt av intermitterende oksygen ved ustrukturerte daglige aktiviteter i hjemmet. Det er behov for langsiktige studier av intermitterende oksygenbehandling i hjemmet, studier som skiller mellom subgrupper av KOLS-pasienter og ulike doser oksygen.

## 13.10 Svikt, mulig svikt

Her er det vanskelig å ta frem spesielle grupper, men litteratursøk "ga oss": kvinner, hørselsvekkelse, utviklingshemmede, forflytningshemmede, alenebonde, ikke-etnisk norske, eldre og rus og spesielle sykdommer som: kreft, epilepsi og KOLS

- Skrøpelige eldre kvinner som bor alene og har redusert nettverk får ikke den oppfølging de har behov for
- Mange eldre med hørselstap mangler eller bruker ikke høreapparat eller apparatet fungerer ikke.

- Kommunene har forsømt å ivareta livshistorien til den psykisk funksjonshemmede
- Manglende felles retningslinjer for transport på tvers av fylkesgrensene
- Store forskjeller i kommunenes tildeling og oppfølging av trygghetsalarmer
- Manglende kunnskap innen helse- og sosialtjenesten om samisk kultur og språk
- Det er uvisst i hvilken grad ikke-etnisk norske får tilstrekkelig helse- og sosialhjelp (I Oslo er bare 1% av beboerne i sykehjem ikke-etnisk norske, mens det er flere som mottar hjemmetjenester)
- Omfanget av behovet for helse- og sosialtjenester til eldre med rusproblemer er tilsynelatende dårlig dokumentert
- Mange eldre med epilepsi får utilfredsstillende sosial- og helsetjenester fra kommunen
- Mange eldre får ikke adekvat behandling for sin kreftsykdom
- Manglende studier av effektiv lindring for eldre hjemmeboende KOLS-pasienter

## 14. Oppsummering

I Kunnskapsoversikten har vi presentert nyere norsk forskning angående skrøpelig eldre sin situasjon relater til helse- og sosialtjenester.

### *Omfang og funksjonsnivå/helsemessige årsaker til hjelpebehov hos eldre*

De fleste syke er gamle mennesker. I 2008 utgjorde aldersgruppen 80 år+ 4,5% av befolkningen, men de sto for 16,4% av sykehusdøgnene. Når den gamle blir innlagt for akutt sykdom og i utgangspunktet er sprek, uten kognitiv og fysisk funksjonssvikt, kan han/hun som regel bli tatt hånd om i vanlig kirurgisk/medisinsk avdeling.

Kjønnsperspektivet blir lite ivaretatt i behandling og pleie av gamle skrøpelige personer. Flertallet av gamle er kvinner. Det er 142 928 kvinner som er 80+ år mot 76 704 menn i samme aldersgruppen. Er det kjønnsdiskriminering når det er svikt i behandling og pleie av gamle? Kvinnene i denne aldersgruppen sto for 78 941 sykehusdøgn og mennene for 54 714. Er det vanskeligere for kvinner å få behandling på sykehus? Eller er menn sykere og trenger lengre sykehusopphold? Blir kvinner raskere utskrevet til eget hjem eller sykehjem?

### *Hvilke tjenestetilbud gamle skrøpelig personer har behov for*

Eldre personer med langtkommet aldersforandring, flere sykdommer, fysisk og/eller mental funksjonssvikt, bør ved akutt sykdom bli innlagt i sykehusavdelinger med tverrfaglig spesialkompetanse i geriatri. Eldre pasienter med akutt sykdom og kronisk hjelpebehov, pasienter med hoftebrudd og slagpasienter bør få plass på henholdsvis akuttgeriatrisk post, enhet for eldre med brudd og slagenhet. Forskning har vist at det gir bedre resultat når det gjelder funksjon og overlevelse. I sykehjem fungerer personer med demenslidelser bedre i skjermede enheter, og kognitivt friske trives best når de kan være sammen med mentalt godt fungerende.

Ofte har skrøpelige eldre pasientene et redusert sosialt nettverk. Hjemmetjenestene legger ikke tilstrekkelig opp til kontinuitet i pasientkontakten. Karakteristisk for aldersforandringer er reduserte reserver og økt sårbarhet, og eldre må møte mer sykdom med mindre ressurser.



### *Er tjenestene individuelt tilrettelagt?*

Dokumentasjon av behov for tjenester og rapporter om behandling er ofte mangelfulle både i spesialist- og kommunehelse samt sosialtjenesten, og individuell plan blir ofte ikke laget. Følgelig er det stor fare for svikt i omfang og kontinuitet i behandling og omsorg både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Uten sterke pårørende står de skrøpelige eldre ofte i fare for å ikke få den sosial- og helsehjelpen de trenger. Den gamle syke pasient og deres pårørendes stemmer er nesten fraværende i forskning relatert til eldre.

### *Har tjenestene tilstrekkelig omfang?*

Her vil vi vise til dokumentasjon av store geografiske forskjeller både i forhold til kvalitet og omfang. Likeverdige tilbud som er en grunnleggende verdi for norsk helsepolitikk burde ha gode muligheter for å videreutvikles.

Det er behov for mer dokumentasjon av kvalitet på tjenester til skrøpelige eldre. En gjennomgang av de ulike foretakenes strategiplaner ville kunne gi et innblikk i hvordan helsetjenester til de eldre er prioritert. Vi har ikke funnet publikasjoner angående dialogen mellom eier og styret i de enkelte regional helseforetakende. Det kan også virke som om det er for stor avstand mellom eier og styrene i de enkelte helseforetakende. I kommunale planer kan tjenestebegrepet tøyes, da helseforetakene er forpliktet til å ivareta akutte situasjoner.

### *Kjente sviktområder*

Rehabilitering og forebygging er lite prioritert i tjenestene til eldre, for eksempel relatert til: fall, ernæring, infeksjon, inkontinens, søvnproblemer, ensomhet, fysisk og sosial aktivitet. Det er sviktende samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten og innen nivåene. Dette må nødvendigvis føre til svikt og muligheter for unødvendig dobbeltarbeid. Vi har dokumentert ulike utfordringer relatert til gamle som er akutt kritisk syke, er døende, pasienter med hoftebrudd eller hjerneslag som er i rehabiliteringsfasen, har demens lidelse, diabetes, har psykiatriske lidelser som angst, depresjon.

### *Hvor det kan være fare for svikt?*

Det er lite dokumentasjon på tjenestetilbud til eldre med rusproblemer eller psykiske problemer, utover andel som bruker psykofarmaka. Vi vet lite om eldre psykisk utviklingshemmedes behov og eldre med ekstrem overvekt. Foreløpig er det få eldre av utenlandsk opprinnelse som mottar helsetjenester. Dette tallet antas å stige, og vil skape behov for nytenkning. Vi har funnet få aktuelle publikasjoner om skrøpelige eldre samer sine behov for helse- og sosialtjenester. Det er grunn til å anta at det her er svikt knyttet til språk og geografiske avstander.

Det er en ulempe at det ikke finnes et felles dokumentasjonssystem mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kommunenes dokumentasjonssystem (IPLOS) fanger bare opp de brukerne som får helse- og/eller sosiale tjenester fra kommunen. Enslige eldre med sparsomt nettverk kan ha udekkede behov for tjenester. Enkelte kommuner har forebyggende hjemmebesøk til eldre. Det er ofte ikke de som trenger det mest som sier ja til slike besøk. Oppsøkende arbeid er ressurskrevende, og nytten av slik virksomhet dårlig dokumentert. Et bredere samarbeid mellom det formelle og uformelle nettverket i lokalmiljøene vil kunne avdekke behov for ulike tjenester. I mange kommuner er eldresentre og frivillige organisasjoner viktige støttespillere til de formelle tjenester.

## Referanser

1. Abrahamsen D. Mer hjemmetjenester til mottakere under 67 år. .2006
2. Ahlner-Elmqvist M, Jordhoy MS, Bjordal K, Jannert M, Kaasa S. Characteristics and quality of life of patients who choose home care at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Sep;36(3):217-27.
3. Ahmed LA, Joakimsen RM, Berntsen GK, Fonnebo V, Schirmer H. Diabetes mellitus and the risk of non-vertebral fractures: the Tromso study. *Osteoporos Int*. 2006;17(4):495-500.
4. Alex L, Hammarstrom A, Norberg A, Lundman B. Balancing within various discourses--the art of being old and living as a Sami woman. *Health Care Women Int*. 2006 Nov-Dec;27(10):873-92.
5. Amoako-Addo Y. The role of voluntary organizations in the care of the elderly in Norway. *J Aging Soc Policy*. 2005;17(1):83-102.
6. Andersson HW, Ådnanes M. Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. Oslo: SINTEF Helse; 2006 .Angell SB, H Omdømme som strategi og tenkemåte. Ei problematisering .2006
7. Bakken K, Larsen E, Lindberg PC, Rygh E, Hjortdahl P. Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primaerhelsetjenesten. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007 Jun 28;127(13):1766-9.
8. Bentzen H. "Prevention of hip fractures in nursing homes. A comparative study of the adherence with and effect of soft-shelled and hard-shelled hip protectors". Oslo: University of Oslo; 2009.
9. Bentzen H, Bergland A, Forsen L. Risk of hip fractures in soft protected, hard protected, and unprotected falls. *Inj Prev*. 2008 Oct;14(5):306-10.
10. Berg GV. Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv. Göteborg: Nordiska Högsolan för folkhälsovetenskap; 2007.
11. Bergheim S, Jacobsen CD, Clausen F, Straand J. Hjemmebesøk av farmasøyt etter utskrivning. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008 Feb 28;128(5):567-9.
12. Bergland A, Jarnlo GB, Wyller TB. Egenrapportert gangfunksjon, balansetester og risiko for fall hos eldre. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Jan 12;126(2):176-8.
13. Bergland A, Kirkevold M. Resident-caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Res Nurs Health*. 2005 Oct;28(5):365-75.
14. Bergland A, Wyller TB. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. *Inj Prev*. 2004 Oct;10(5):308-13.
15. Bergland Å. Trivsel i sykehjem en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. [Oslo]: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet Unipub; 2006.
16. Bjerkan A, Pedersen P. Pasienter i døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne. *Tidsskrift for Helse, Medisin, Teknikk* 2008;5(5):700-7.

18. Bjorgul K, Reikeras O. Incidence of hip fracture in southeastern Norway: a study of 1,730 cervical and trochanteric fractures. *Int Orthop*. 2007 Oct;31(5):665-9.
19. Bjørø K. Pain treatment: A risk factor for delirium in older adults with hip fracture: University of Iowa; 2008.
20. Blix HS, Viktil KK, Moger TA, Reikvam A. Risk of drug-related problems for various antibiotics in hospital: assessment by use of a novel method. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008 Aug;17(8):834-41.
21. Blix HS, Viktil KK, Moger TA, Reikvam A. Identification of drug interactions in hospitals--computerized screening vs. bedside recording. *J Clin Pharm Ther*. 2008 Apr;33(2):131-9.
22. Bollig G, Husebo BS, Husebo S. Vakttjeneste for leger på sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2008 Dec 4;128(23):2722-4.
23. Borge L-E. Pleie- og omsorgssektoren: effektiviseringspotensial og effektivitetsforskjeller *Tidsskrift for Helse, Medisin, Teknikk* 2008;5(3):20-6.
24. Borge L-E, Haraldsvik M, Effektivitet - heldøgntjenester ytt i institusjon eller hjemmetjenester. Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. Trondheim: Senter for økonomisk forskning; 2005.
25. Botsis T, Demiris G, Pedersen S, Hartvigsen G. Home telecare technologies for the elderly. *J Telemed Telecare*. 2008;14(7):333-7.
26. Botsis T, Hartvigsen G. Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *J Telemed Telecare*. 2008;14(4):195-203.
27. Brevik I. Utvikling og status i Oslo og landets eldreomsorg: Noen hovedtrekk Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Notat 2007:2.
28. Brunborg B. Coping with stressful events during the first six months after a stroke. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*. 2007;9(1):16-28.
29. Brunborg B. Stressful Situations the First Six Months after a Stroke. *Ikllness, Chrisis and Loss*. 2009;17(1):39-50.
30. Brækhus A, Engedal K. Vaskulaer demens - et dårlig definert begrep. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004 Apr 22;124(8):1097-9.
31. Brækhus A, Lillesveen B. Er det demens? Utredning av demens organisering og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten: erfaringer fra tre fylker og 17 kommuner. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2005.
32. Bugge E, Thorsen K. Utviklingshemming og aldring. Oslo: FoA; 2004.
33. Bøen H. Hvem er brukere av eldresentrene? En sammenligning av hjemmeboende over 65 år som er brukere av eldresentrene med dem som ikke er brukere i to bydeler i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008. Report No.: 978-82-8082-268-0.
34. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sorbye LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res*. 2004 Aug;16(4):259-69.
35. Claudi T, Helsedirektoratet. Diabetes forebygging, diagnostikk og behandling. .2009.
36. Cooper C, Katona C, Finne-Soveri H, Topinkova E, Carpenter GI, Livingston G. Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and

other determinants in the Ad-HOC study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jun;14(6):489-97.

37. Dahm KT, Landmark B, Reinart LM. Betydningen av personellkompetanse for å bedre sosial deltakelse og aktivitet for brukere av kommunale hjemmetjenester elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.

38. Dalgaard K, Bøhen H. Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. Oslo: Nasjonalt folkehelse instituttet; 2008:1.

39. Disch PV, E. Framtidas Omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet. Kristiansand: Senter for Omsorgsforskning, Sør; 2009:1.

40. Djuve A. «Vi får jo to ekstra hender». Oslo: Fafo; 2007:28.

41. Donnem T, Nordoy T, Ervik B, Jordhoy MS. Centralized inpatient palliative care units in remote areas: an obstacle to future home care? *Palliat Med*. 2006 Mar;20(2):116-7.

42. Eilertsen G. "Alt er som før, men ingenting er som det var" gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag. [Oslo]: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag Unipub; 2005.

43. Eilertsen G. "Alt er som før, men ingenting er som det var" gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag. [Oslo]: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag Unipub; 2005.

44. Ellekjaer H, Selmer R. Hjerneslag - like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007 Mar 15;127(6):740-3.

45. Elshove-Bolk J, Guttormsen AB, Austlid I. In-hospital resuscitation of the elderly: characteristics and outcome. *Resuscitation*. 2007 Aug;74(2):372-6.

46. Endreseth BH, Romundstad P, Myrvold HE, Bjerkeset T, Wibe A. Rectal cancer treatment of the elderly. *Colorectal Dis*. 2006 Jul;8(6):471-9.

47. Engdal S, Steinsbekk A, Klepp O, Nilsen OG. Herbal use among cancer patients during palliative or curative chemotherapy treatment in Norway. *Support Care Cancer*. 2008 Jul;16(7):763-9.

48. Engedal K. Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005 May 4;125(9):1188-90.

49. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis lærebok. 2. rev. og oppr. utg. ed. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2008.

50. Engedal K, Braekhus A, Gjerstad L. Effekt av legemidler mot demens. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2004 Jun 17;124(12):1641-2.

51. Engstad T. Characteristics and prognosis of long-term stroke survivors the Tromsø study. Tromsø: Institute of Community Medicine Department of Geriatric Medicine; 2004.

52. Engum A. The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *J Psychosom Res*. 2007 Jan;62(1):31-8.

53. Eriksen HM, Elstrom P, Harthug S, Akselsen PE. Smittevern i helseinstitusjoner for eldre. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005 Jun 30;125(13):1835-7.

54. Erikstein B. Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede sluttrapport fra en arbeidsgrupp 19. mars 2007. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007. p. 122 s.

55. Ernst G, Aaker K, Kirkhorn B, Borhaug E. Palliativ behandling - samarbeid må til. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007 Sep 6;127(17):2268-70.

56. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, Mor V, Monfardini S, Repetto L, Sorbye L, Topinkova E. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA

of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005 Sep;55(3):241-52.

57. Farner L, Wagle J, Flekkoy K, Wyller TB, Fure B, Stensrod B, Engedal K. Factor analysis of the Montgomery Aasberg depression rating scale in an elderly stroke population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 May 6.

58. Figved W, Dybvik E, Frihagen F, Furnes O, Madsen JE, Havelin LI, Nordsletten L. Conversion from failed hemiarthroplasty to total hip arthroplasty: a Norwegian Arthroplasty Register analysis of 595 hips with previous femoral neck fractures. *Acta Orthop*. 2007 Dec;78(6):711-8.

59. Finne-Soveri H, Sorbye LW, Jonsson PV, Carpenter GI, Bernabei R. Increased work-load associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries. *Eur J Public Health*. 2008 Jun;18(3):323-8.

60. Fjelltun A-MS. Waiting for nursing home placement a study of the life situation of of frail elderly and their carers elektronisk ressurs. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2009.

61. Fjærtøft H. Organisering av helsetjenesten viktig for pasienter med hjerneslag. Trondheim: Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet; 2006.

62. Fjærtøft H, Indredavik B. Kostnadsvurderinger ved hjerneslag. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007 Mar 15;127(6):744-7.

63. Fjærtøft H, Indredavik B, Johnsen R, Lydersen S. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2004 Aug;18(5):580-6.

64. Folkehelseinstituttet. Prevalensstudiet. Oslo; 2007.

65. Folkehelseinstituttet. Infeksjoner etter kirurgiske inngrep: NOIS; 2009.

66. Fonn M. Her er det trygt og godt. Det blir mindre drikking .2009

67. Forsen L, Sandvig S, Schuller A, Sogaard AJ. Compliance with external hip protectors in nursing homes in Norway. *Inj Prev*. 2004 Dec;10(6):344-9.

68. Forsen L, Sogaard AJ, Sandvig S, Schuller A, Roed U, Arstad C. Risk of hip fracture in protected and unprotected falls in nursing homes in Norway. *Inj Prev*. 2004 Feb;10(1):16-20.

69. Forsetlund L. Modeller for å organisere legetjenesten ved sykehjem elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2005. Report No.: 82-8121-048-6.

70. Fossum E, Gleim GW, Kjeldsen SE, Kizer JR, Julius S, Devereux RB, Brady WE, Hille DA, Lyle PA, Dahlof B. The effect of baseline physical activity on cardiovascular outcomes and new-onset diabetes in patients treated for hypertension and left ventricular hypertrophy: the LIFE study. *J Intern Med*. 2007 Oct;262(4):439-48.

71. Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhoy M, Borchgrevink PC. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008 Jan;52(1):143-8.

72. Fredheim OM, Skurtveit S, Breivik H, Borchgrevink PC. Increasing use of opioids from 2004 to 2007 - Pharmacoepidemiological data from a complete national prescription database in Norway. *Eur J Pain*. 2009 Jun 6.

73. Frihagen F, Nordsletten L, Tariq R, Madsen JE. MRI diagnosis of occult hip fractures. *Acta Orthop*. 2005 Aug;76(4):524-30.

74. Fure B. Improving the diagnostic and prognostic accuracy in acute ischemic stroke. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2006.

75. Fure B, Bruun Wyller T, Engedal K, Thommessen B. Cognitive impairments in acute lacunar stroke. *Acta Neurol Scand.* 2006 Jul;114(1):17-22.
76. Fure B, Bruun Wyller T, Thommessen B. Electrocardiographic and troponin T changes in acute ischaemic stroke. *J Intern Med.* 2006 Jun;259(6):592-7.
77. Fure B, Wyller TB, Engedal K, Thommessen B. Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006 Apr;21(4):382-7.
78. Fure B, Wyller TB, Thommessen B. TOAST criteria applied in acute ischemic stroke. *Acta Neurol Scand.* 2005 Oct;112(4):254-8.
79. Förde RP, R; Nortvedt, P; Aasland, OG Får eldreomsorgen nok ressurser? . *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2006;126(15):1913-6.
80. Gamperiene M. Health and work environment among women in unskilled occupations. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2008.
81. Garasen H, Hendriksen C. Health care for the elderly -- perspectives in relation to implementation of results from intervention studies in Norway and Denmark. *Scand J Public Health.* 2009 May;37(3):223-6.
82. Garasen H, Johnsen R. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste--erfaringer fra Trondheim. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2005 May 4;125(9):1198-200.
83. Garasen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:133.
84. Garasen H, Kaasa S, Rosstad T, Broen P. Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem--Trondheims-modellen. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2005 Jun 2;125(11):1503-5.
85. Garasen H, Magnussen J, Windspoll R, Johnsen R. Eldre pasienter i sykehus eller i intermediaeravdeling i sykehjem--en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2008 Jan 31;128(3):283-5.
86. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2007;7:68.
87. Gjerberg E, Bjørndal A. Hva er en god død i sykehjem? . *Sykepleien Forskning.* 2007;2(3):174-80.
88. Gjerberg E, Forsetlund L, Bjørndal A. Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase? Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. Report No.: 978-82-8121-241-1.
89. Gjerberg E, Fretheim A, Bjørndal A, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006. [www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=5928](http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=5928)
90. Gjerberg E, Holte HH, Flottorp S. Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. Report No.: 978-82-8121-216-9.
91. Gjertsen H. "Så man møter veggen mange ganger" Aldring med funksjonshemning og lokalmiljø. Oslo: FoA; 2008.
92. Gjertsen JE, Engesaeter LB, Furnes O, Havelin LI, Steindal K, Vinje T, Fevang JM. The Norwegian Hip Fracture Register: experiences after the first 2 years and 15,576 reported operations. *Acta Orthop.* 2008 Oct;79(5):583-93.
93. Gjertsen JE, Lie SA, Fevang JM, Havelin LI, Engesaeter LB, Vinje T, Furnes O. Total hip replacement after femoral neck fractures in elderly patients : results of

8,577 fractures reported to the Norwegian Arthroplasty Register. *Acta Orthop*. 2007 Aug;78(4):491-7.

94. Gjertsen JE, Vinje T, Lie SA, Engesaeter LB, Havelin LI, Furnes O, Fevang JM. Patient satisfaction, pain, and quality of life 4 months after displaced femoral neck fractures: a comparison of 663 fractures treated with internal fixation and 906 with bipolar hemiarthroplasty reported to the Norwegian Hip Fracture Register. *Acta Orthop*. 2008 Oct;79(5):594-601.

95. Grotle M, Hagen KB, Natvig B, Dahl FA, Kvien TK. Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: an epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:132.

96. Grov EK. Primary caregivers of cancer patients in late palliative phase aspects of their quality of life and caregiver reaction. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2006.

97. Grue EV, Kirkevold M, Ranhoff AH. Prevalence of vision, hearing, and combined vision and hearing impairments in patients with hip fractures. *J Clin Nurs*. 2009 Nov;18(21):3037-49.

98. Grue EV, Ranhoff AH, Noro A, Finne-Soveri H, Jensdottir AB, Ljunggren G, Bucht G, Bjornson LJ, Jonsen E, Schroll M, Jonsson PV. Vision and hearing impairments and their associations with falling and loss of instrumental activities in daily living in acute hospitalized older persons in five Nordic hospitals. *Scand J Caring Sci*. 2008 Nov 12.

99. Ha L, Iversen PO, Hauge T. Ernæring til eldre med akutt hjerneslag. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008 Sep 11;128(17):1946-50.

100. Hagen A. Kompetanseutvikling i rusomsorgen - Notat fra et arbeidsseminar for KUP-prosjekter innen rusfeltet. .2005:23

101. Hagen K, Trygstad S. Modeller og dilemmaer. Oslo: Fafo; 2008:24.

102. Hallvik J. Livskvalitet blant eldre mennesker med epilepsi. .2009:8

103. Hauge S. Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. [Oslo]: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2004.

104. Hauge S, Heggen K. The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *J Clin Nurs*. 2008 Feb;17(4):460-7.

105. Hektoen LF, Aas E, Luras H. Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scand J Public Health*. 2009 Aug;37(6):584-9.

106. Helse- og omsorgsdepartementet, Omsorgsplan 2015. Mestring, muligheter og mening framtidens omsorgsutfordringer : særtrykk av St.meld. nr 25 (2005-2006) kapittel 1,2 og 3. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.

107. Helsedirektoratet. IPLOS. .2009

108. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.

109. Helsedirektoratet. Utredning og diagnostisering ved demens. 2007.

110. Helsetilsynet. Tilsyn ved Majorstutunet bo- og behandlingssenter i bydel Uranienborg Majorstuen. .2002



111. Helsetilsynet. Rapport fra tilsyn med Hovsætherhjemmet. .2008 .
112. Hem K, Eide A. Levekår for personer med kols Tidsskr Nor Lægeforen 2009(129):1465-8.
113. Henrard JC, Ankri J, Frijters D, Carpenter I, Topinkova E, Garms-Homolova V, Finne-Soveri H, Sorbye LW, Jonsson PV, Ljunggren G, Schroll M, Wagner C, Bernabei R. Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons: application in several European cities. Int J Integr Care. 2006;6:e11.
114. Henriksen BM. Oral health among the elderly in Norway a descriptive epidemiological study. Oslo: Faculty of Dentistry Unipub; 2004.
115. Henriksen BM, Axell T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Dec;31(6):403-11.
116. Herlofson B, Løken K. Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? . Tidsskr Nor Lægeforen. 2006;126:349-52.
117. Hjemdal O, Juklestad O. Eldrevold må frem i lyset. .2009 .<http://nkv-web01.osl.basefarm.net/biblioteket/Publikasjoner/Eldrevoldfremilyset.pdf>
118. Hjemdal OK, Juklestad ON. En privatsak? eldres oppfatning av vold og overgrep og syn på å melde fra om overgrep elektronisk ressurs. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2006
119. Hjort PF. Døden i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen. 2004 Nov 18;124(22):2876.
120. Hjort PF. Pleie og omsorg ved livets slutt. In: Kirkevold A, Brodykorb, K. og Ranhoff Hylen, A., editor. Geriatrik sykepleie. Oslo: Gyldendal; 2008. p. S. 447-55.
121. HOD. Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008 – 2012 Oslo; 2008.
122. Hole S, m fl. Visjon helse 2015 – muligheter og utfordringer for norsk helsetjeneste 2006
123. Holmøy A. Interkommunalt legevaktsamarbeid med legevaktsentral (IKL) organisering, utgifter og inntekter elektronisk ressurs. 2006.
124. Holmøy E, Langset B, Lerskau L. Et grånende Norge betydningen av økt behov for eldreomsorg for makroøkonomi og offentlige finanser mot 2050 elektronisk ressurs. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2006.
125. Holsen D, Johannessen A. Sykdommer som affiserer hud og munnslimhinner. Tidsskr Nor Lægeforen. 2006;126:1214-7.
126. Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 2008 Aug;36(4):326-34.
127. Holte TO, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Intermitterende oksygen til KOLS-pasienter uten uttalt hypoksemi elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. Report No.: 978-82-8121-206-0.
128. Hoyland S, Aase K. An exploratory study on human, technological and organizational interactions within health care. .2008 ; 12(1)
129. Hurst SA, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther AM, Perrier A, Pegoraro R, Danis M. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. BMC Health Serv Res. 2007;7:137.

130. Huseby BM. Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia i 2002. Oslo: SINTEF Helse; 2005. Report No.: 82-14-03792-1.
131. Huseby BM, Paulsen B. Eldreomsorgen i Norge helt utilstrekkelig eller best i verden?. SINTEF A11522. Oslo: SINTEF Helsetjenesteforskning; 2009.
132. Husebø BS. Assessment of pain in patients with dementia development of a staff-administered behavioural pain assessment tool. Bergen: University of Bergen; 2008.
133. Husebø BS, Husebø S. Ethiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Nov 18;124(22):2926-7.
134. Husebø BS, Husebø S. Omsorg ved livets slutt eller aktiv dødshjelp? . Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 May 19;125(10):1352-4.
135. Husebø S. Verdens beste eldreomsorg? Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin. 2008;25(1):9-21.
136. Hviding K, Mørland B. Helsetjenester og gamle - hva er kunnskapsgrunnlaget? en vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering; 2003. Report No.: 82-14-03255-5.
137. Indredavik B, Ellekjaer H, Selmer R. Stroke in Norway. Int J Stroke. 2008 Aug;3(3):205-6.
138. Indredavik B, Rohweder G, Lydersen S. Frequency and effect of optimal anticoagulation before onset of ischaemic stroke in patients with known atrial fibrillation. J Intern Med. 2005 Aug;258(2):133-44.
139. Ingebretsen I. Familien tar seg vel av "dem" - eller? . Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid 2009;6(2):129-41.
140. Ingebretsen R. Flerkulturell omsorg – til hvem og hvordan. Aldring og livsløp. 20007;24(1):18 – 23.
141. Ingebretsen R, Nergård T. Eldre med innvandrerbakgrunn. Oslo: NOVA; 2007:13.
142. Iversen MM, Midthjell K, Ostbye T, Tell GS, Clipp E, Sloane R, Nortvedt MW, Uhrlving S, Hanestad BR. History of and factors associated with diabetic foot ulcers in Norway: the Nord-Trøndelag Health Study. Scand J Public Health. 2008 Jan;36(1):62-8.
143. Iversen MM, Ostbye T, Clipp E, Midthjell K, Uhrlving S, Graue M, Hanestad BR. Regularity of preventive foot care in persons with diabetes: results from the Nord-Trøndelag Health Study. Res Nurs Health. 2008 Jun;31(3):226-37.
144. Jakobsen R. Mellomlederens ledelsesfilosofi – avgjørende for kvaliteten i demensomsorgen. Demens og Alderspsykiatri. 2009;13(1):20 – 3.
145. Jonsson PV, Noro A, Finne-Soveri H, Jensdottir AB, Ljunggren G, Bucht G, Grue EV, Bjornson J, Jonsen E, Schroll M. Admission profile is predictive of outcome in acute hospital care. Aging Clin Exp Res. 2008 Dec;20(6):533-9.
146. Jorde R, Hagen T. Screening for diabetes using HbA1c in elderly subjects. Acta Diabetol. 2006 Aug;43(2):52-6.
147. Jordhøy MS, Inger Ringdal G, Helbostad JL, Oldervoll L, Loge JH, Kaasa S. Assessing physical functioning: a systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. Palliat Med. 2007 Dec;21(8):673-82.
148. Jordhøy MS, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kåsa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics. Palliat Med. 2003 Jul;17(5):433-44.
149. Jortveit J, Brunvand H. Mindre akuttbehandling til eldre med hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Aug 10;126(15):1921-4.

150. Juklestad O. Fakta om overgrep mot eldre. Aldring og livsløp 2006;3:2-7.
151. Juliebo V, Bjoro K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB. Risk Factors for Preoperative and Postoperative Delirium in Elderly Patients with Hip Fracture. J Am Geriatr Soc. 2009 Jul 2.
152. Kalseth B. Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. Oslo: SINTEF Unimed; 2004. Report No.: 82-14-03524-4.
153. Kalseth B, Paulsen B. Strategisk samhandling - på papir og i praksis? en kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Trondheim: SINTEF Helse; 2008. Report No.: 978-82-14-04522-2.
154. Kazmi SS, Stranden E, Kroese AJ, Slagsvold CE, Diep LM, Stromsoe K, Jorgensen JJ. Edema in the lower limb of patients operated on for proximal femoral fractures. J Trauma. 2007 Mar;62(3):701-7.
155. Kirkevold O, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. Scand J Caring Sci. 2004 Sep;18(3):281-6.
156. Kirkevold O, Engedal K. Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study. BMJ. 2005 Jan 1;330(7481):20.
157. Kirkevold Ø. Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2005.
158. Kjekshus LE. Primary health care and hospital interactions: effects for hospital length of stay. Scand J Public Health. 2005;33(2):114-22.
159. Kjos BO, Botten G, Romoren TI. Quality improvement in a publicly provided long-term care system: the case of Norway. Int J Qual Health Care. 2008 Dec;20(6):433-8.
160. Klepstad P, Kaasa S, Cherny N, Hanks G, de Conno F. Pain and pain treatments in European palliative care units. A cross sectional survey from the European Association for Palliative Care Research Network. Palliat Med. 2005 Sep;19(6):477-84.
161. Kongsgaard UE, Wyller TB, Breivik H. Eldre trenger bedre smertebehandling. Tidsskr Nor Laegeforen. 2008 Feb 28;128(5):590-1.
162. Kumar BN. The Oslo immigrant health profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008
163. Kvigne K. "Når kvinner rammes av hjerneslag" en fenomenologisk og feministisk studie av kvinnelige slagpasienter og av sykepleieres erfaringer med slagrammede. Oslo: Universitetet i Oslo; 2004.
164. Kvaal K. Assessment of anxiety in geriatric patients. Oslo: Faculty of Medicine Unipub; 2005.
165. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2005 Jul;20(7):629-34.
166. Kårbø E. Omsorg og behandling for sykehjemspasienten i livets slutt. 2007
167. Kaasa S, Haugen D. Palliativ medisin. Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Jan 26;126(3):294.
168. Landmark B. Botilbud til mennesker med demens elektronisk ressurs. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. Report No.: 978-82-8121-265-7.
169. Langballe EM. Demens - faktaark.

170. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: a longitudinal panel survey. *Int J Nurs Stud*. 2009 Jun;46(6):830-7.
171. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Quality of life among Norwegians with chronic mental health problems living in the community versus the general population. *Community Ment Health J*. 2007 Aug;43(4):321-39.
172. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Qual Life Res*. 2007 Aug;16(6):939-46.
173. Langhammer B. *Physiotherapy after stroke - a lifetime endeavour*. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2007.
174. Langhammer B, Stanghelle JK, Lindmark B. An evaluation of two different exercise regimes during the first year following stroke: a randomised controlled trial. *Physiother Theory Pract*. 2009 Feb;25(2):55-68.
175. Lindberg M, Saltvedt I, Sletvold O, Bjerve KS. Long-chain n-3 fatty acids and mortality in elderly patients. *Am J Clin Nutr*. 2008 Sep;88(3):722-9.
176. Lindemann K, Vatten LJ, Ellstrom-Eng M, Eskild A. Body mass, diabetes and smoking, and endometrial cancer risk: a follow-up study. *Br J Cancer*. 2008 May 6;98(9):1582-5.
177. Listhaug S. Eldrebølgen og helsevesenet: Hvordan skal Oslo kommune møte utfordringene? . *Tidsskrift for Helse, Medisin, Teknikk* 2008;5(3):7-12.
178. Lofthus CM, Cappelen I, Osnes EK, Falch JA, Kristiansen IS, Medhus AW, Nordsletten L, Meyer HE. Local and national electronic databases in Norway demonstrate a varying degree of validity. *J Clin Epidemiol*. 2005 Mar;58(3):280-5.
179. Loge JH, Hjermstad MJ, Kaasa S. Delirium hos pasienter i palliativ fase. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Feb 23;126(5):616-9.
180. Lov. av 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) med endringer, sist ved lov av 30.juni 2006 nr. 45 (i kraft 1. januar 2007). Oslo: Cappelen akademisk forl.; 2006.
181. Lovdata. Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (ikke i kraft). Oslo: Cappelen akademisk forl. ; Lovdata; 1999.
182. Lunde LH, Nordhus IH, Pallesen S, Bell RF. Den eldre pasienten med kroniske smerter. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008 Aug 28;128(16):1841-2.
183. Lundervold AJ, Bergmann N, Wootton C. Visual neglect in the first weeks after a stroke in the right hemisphere. *Scand J Psychol*. 2005 Jul;46(3):297-303.
184. Lyshol H, Biehl AM. Tannhelsestatus i Norge en oppsummering av eksisterende kunnskap. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
185. Lystrup LS, Lillesveen B, Nygard AM, Engedal K. Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Aug 10;126(15):1917-20.
186. Lærum F. Sykehjemsrøntgen på hjul. Mobil, nettbasert røntgenservice for pasienter utenfor sykehus Michael. 2005;2(2):168-89.
187. Mandagmorgen. *Visjon Helse* 2015. 2006.

188. Mangset M. Autonomy and trust stroke patients' and their relatives' preferences for information and decision making during stroke treatment and recovery. Oslo: Faculty of Medicine; 2009.
189. Mangset M, Berge E, Forde R, Nessa J, Wyller TB. "Two per cent isn't a lot, but when it comes to death it seems quite a lot anyway": patients' perception of risk and willingness to accept risks associated with thrombolytic drug treatment for acute stroke. *J Med Ethics*. 2009 Jan;35(1):42-6.
190. Mangset M, Forde R, Nessa J, Berge E, Wyller TB. I don't like that, it's tricking people too much...: acute informed consent to participation in a trial of thrombolysis for stroke. *J Med Ethics*. 2008 Oct;34(10):751-6.
191. Mangset M, Tor Erling D, Forde R, Wyller TB. 'We're just sick people, nothing else': ... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2008 Sep;22(9):825-35.
192. Minde G. Elderly Lapps in Tromsø - care or violence of life? *Aldring og Livslöp* 2006;23(4):20-4 2006;23(4):20-4.
193. Moen B. Usynlige eldre - Tiltak for mennesker med funksjonshemming fra minoritetsetnisk grupper. Oslo: FoA; 2003.
194. Moksnes KM, Nordberg E, Lorentzen B. Ventetid for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2008 Jan 3;128(1):28-31.
195. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr*. 2006 Jun;25(3):524-32.
196. Mowe M, Diep L, Bohmer T. Greater seven-year survival in very aged patients with body mass index between 24 and 26 kg/m<sup>2</sup>. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Feb;56(2):359-60.
197. Nergård T. Eldre innvandrere og bruk av pleie- og omsorgstjenester *Aldring og Livslöp* 2009;26(1):12-5.
198. Nergård TB, Dokumentasjon av pleie- og omsorgsbehov hos eldrebefolkningen fra etniske minoriteter i storbyene. Eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester rapport fra fem norske storbykommuner. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst; 2008.
199. Nordhus I, Skjerve A, Aasen H. Demens, samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse utfordringer ved behandling og forskning. .2006 ; 24(4):
200. Norge. Lov av 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) med endringer, sist ved lov av 30.juni 2006 nr. 45 (i kraft 1. januar 2007). Oslo: Cappelen akademisk forl.; 2007.
201. Norge, MEDLEX norsk helseinformasjon. Spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven med forskrifter og vedtekter lov om spesialisthelsetjenesten m.m., vedtatt 2. juli 1999nr 61 : lov om helseforetak m.m., vedtatt 15. juni 2001 nr 93. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon; 2008.
202. Nortvedt P, Pedersen R, Grothe KH, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebo A, Brinchmann BS, Andersen B. Clinical prioritisations of healthcare for the aged-- professional roles. *J Med Ethics*. 2008 May;34(5):332-5.
203. NOU. Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Norges offentlige utredninger NOU 1995:6. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1995: 6. p. 392 s.

204. NOU. Fra stykkevis til helt. Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste. (A continuous chain of care. From piece by piece and divided, too fully and wholly.). Helse og sosialdepartementet; 2005: 3.
205. NOU. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest. 2005:11
206. Nygaard H, Jarland M. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter--selvrapportering og sykepleiers vurdering. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 May 19;125(10):1349-51.
207. Nygaard HA. Measuring body mass index (BMI) in nursing home residents: the usefulness of measurement of arm span. Scand J Prim Health Care. 2008;26(1):46-9.
208. Nystad T, Melhus M, Lund E. Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Mar 9;126(6):738-40.
209. Næss G. Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket. Tønsberg: Høyskolen i Vestfold; 2008
210. Nøkleby K, Boland E, Bergersen H, Schanke AK, Farner L, Wagle J, Wyller TB. Screening for cognitive deficits after stroke: a comparison of three screening tools. Clin Rehabil. 2008 Dec;22(12):1095-104.
211. Oslo. kommune. Objektive kvalitetsindikatorer. 2009: 1.
212. Osnes EK. Consequences of hip fracture epidemiological studies of men and women in Oslo, Norway. Oslo: Faculty of Medicine Unipub; 2004.
213. Otnes B. Hjelp til flere utenfor institusjon .2007
214. Oxman AB, A; Flottorp, S; Lewin, S; Lindahl, AK. Integrated Health Care for People with Chronic Conditions - Samhandling om helsetjenestene til pasienter med kroniske tilstander Oslo: Kunnskapssenteret; 2008. Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. Notat 2008. ISBN 978-82-8121-238-1.
215. Paulsen B. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Oslo: SINTEF Unimed; 2004. Report No.: 82-14-03512-0.
216. Paulsen B, Grimsø A. God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre ... Trondheim: SINTEF I samarbeide med Helsedirektoratet A7877; 2008.
217. Pedersen RN, P; Norhaug, M; Slettebø, Å; Grøthe, KH; Kirkevold, M. In quest og justice. Clinical prioritisation in healthcare for the aged. Journal of Medical ethics. 2008;34(4):230-5.
218. Pettersen R. Micturition disturbances after acute cerebral stroke clinical features, subtypes and prognosis. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2008.
219. Pettersen R, Saxby BK, Wyller TB. Poststroke urinary incontinence: one-year outcome and relationships with measures of attentiveness. J Am Geriatr Soc. 2007 Oct;55(10):1571-7.
220. Pettersen R, Wyller TB. Prognostic significance of micturition disturbances after acute stroke. J Am Geriatr Soc. 2006 Dec;54(12):1878-84.
221. Ranhoff AH. Registrering av alvorlighetsgrad ved akutt innleggelse i sykehus: Diakonhjemmets sykehus; 2007 30.05.07.

222. Ranhoff AH, Brors O. Legemidler som kan gi delirium hos eldre. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Sep 8;125(17):2366-7.
223. Ranhoff AH, Gjoen AU, Mowe M. Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. J Nutr Health Aging. 2005 Jul-Aug;9(4):221-5.
224. Ranhoff AH, Linnsund JM. Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Jun 30;125(13):1844-7.
225. Rattsø J, Sørensen R. Gråhåret makt og kommunale budsjetter de eldre må stole på seg selv. In: Saglie J, editor. Det nære demokratiet: Abstrakt forlag; 2009. p. S. 351-64.
226. Ribu L. Health-related quality of life in patients with diabetes and foot ulcers Bergen: Universitetet i Bergen med avhandlingen: ; 2007.
227. Ribu L, Rustoen T, Birkeland K, Hanestad BR, Paul SM, Miaskowski C. The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain and its impact on health-related quality of life. J Pain. 2006 Apr;7(4):290-9.
228. Ribu L, Wahl A. How patients with diabetes who have foot and leg ulcers perceive the nursing care they receive. J Wound Care. 2004 Feb;13(2):65-8.
229. Riise R, Gundersen B, Brodal S, Bjerke P. Synsproblemer ved hjerneslag. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Jan 20;125(2):176-7.
230. Riksrevisjonen. Undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie-og omsorgstjenestene til eldre. Administrativ rapport Oslo; 2009: 1
231. Robberstad T. Helse- og omsorgsstatistikk - eit verktøy for områdeovervaking. Oslo: Statens helsetilsyn; 2009.
232. Rohde G, Haugeberg G, Mengshoel AM, Moum T, Wahl AK. Is global quality of life reduced before fracture in patients with low-energy wrist or hip fracture? A comparison with matched controls. Health Qual Life Outcomes. 2008;6:90.
233. Rokstad A. Dementia care mapping (DCM). En metode for kvalitetssikring av omsorgen for personer med demens. Demens og Alderspsykiatri. 2004;8(1):7-9.
234. Rolland DB, Ø; Samuelsen, BM; Silseth, PR. Evaluering av kommunale brukerundersøkelser. Prosjekt utført for Kommunal- og regionaldepartementet. Oslo: Statistisk sentralbyrå og Handelshøyskolen BI; 2004: 7.
235. Romøren T. Kommunale hjemmetjenster - fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? Aldring og livsløp. 2007;1(1):2-10.
236. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatr Scand. 2005 Jan;111(1):51-8.
237. Rortveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Laegeforen. 2009 Apr 16;129(8):738-42.
238. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre--systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. Tidsskr Nor Laegeforen. 2003 Apr 3;123(7):928-9.
239. Rugås L. Svelgetesting ved akutt hjerneslag konsensusrapport. Drammen: Høgskolen i Buskerud; 2009. Report No.: 82-91116-91-1.
240. Ruset A. Depresjon i sjukeheimar - diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Jun 30;125(13):1841-3.
241. Russell MB, Kristiansen HA, Saltyte-Benth J, Kvaerner KJ. A cross-sectional population-based survey of migraine and headache in 21,177 Norwegians: the Akershus sleep apnea project. J Headache Pain. 2008 Dec;9(6):339-47.

242. Ruths S. Drug utilisation quality in nursing homes the Bergen district nursing home (BEDNURS) study. Bergen: Section for Geriatric Medicine, Department of Public Health and Primary Health Care; 2004.
243. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study-the Bergen District Nursing Home Study (BEDNURS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Sep;23(9):889-95.
244. Rønning OM, Stavem K. Determinants of change in quality of life from 1 to 6 months following acute stroke. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25(1-2):67-73.
245. Sagsveen E. "Jeg får jo omsorg og pleie og medisin her da, men jeg savner at dem setter seg ned og prater" en kvalitativ studie av eldres opplevelse av tilværelsen på sykehjem i Norge og Spania. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2004:49.
246. Saltvedt I. Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit results from a prospective randomised trial elektronisk ressurs. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine; 2006.
247. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2002 May;50(5):792-8.
248. Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clin Exp Res*. 2004 Aug;16(4):300-6.
249. Samson H. "Oral health and institutionalised elderly". Bergen: University in Bergen; 2009.
250. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci*. 2009 Oct;117(5):575-9.
251. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008;66(6):368-73.
252. Selbæk G. Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes prevalence, course and association with psychotropic drug use. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2008.
253. Selbæk G, Kirkevold O, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes--a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jul;16(7):528-36.
254. Selbæk G, Kirkevold O, Engedal K. Psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in Special Care Units and Regular Units in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2008 Dec;22(4):568-73.
255. Sellaeg WF. Områdegeriatriske team - en modell for forpliktende samhandling mellom sykehjem og sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005 Apr 21;125(8):1019-21.
256. Sellevold GS, Skulberg VB. Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter et kvalitetssikringsprosjekt. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri; 2005. Report No.: 82-91951-27-6.
257. Selnes E. Vasker seg syke. Oss tillitsvalgte informasjonsblad for tillitsvalgte. 2008(6):3.
258. Sjørengen MB, ED; Ormhaug, CM; Engedal, K; Solberg, K-O; Thorsen, K Å bli eldre med utviklingshemming. Oslo: FoA; 2005.



259. Skjerve A. "Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests" Begren: Universitetet i Bergen; 2008.
260. Skjerve AN, IH; Engedal, K; Pallesen, S; Braekhus, A; Nygaard, HA. Seven minute screen performance in a normal elderly sample. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22(8):764-9.
261. Slagsvold B, Daatland SO, Den norske studien av livsløp aldring og generasjon. Eldre år, lokale variasjoner resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) - runde 1 elektronisk ressurs. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst; 2006:15. Report No.: 82-7894-244-7.
262. Slot KB, Berge E. Thrombolytic treatment for stroke: patient preferences for treatment, information, and involvement. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2009 Jan;18(1):17-22.
263. SoD. Glemsk, men ikke glemt! om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. In: 15:1486 S-oh, editor. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. p. 122 s.
264. Solhaug A. Men det er vel ikke egentlig overgrep?. En studie av eldre som er utsatt for overgrep i familien. Oslo: Masteroppgave i sosiologi - Universitetet i Oslo, 2007; 2007 .
265. Solvoll G. Transportordningen for funksjonshemmede (TT-ordningen) Status 2006[http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group22/Notat\\_1003\\_2006.pdf](http://www.hibo.no/neted/upload/attachment/site/group22/Notat_1003_2006.pdf).
266. Sorbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Garms-Homolova V, Jensdottir AB, Bernabei R. Urinary incontinence and use of pads--clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. Scand J Caring Sci. 2009 Mar;23(1):33-44.
267. Sosial- og helsedepartementet. Mangfold og likeverd regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge elektronisk ressurs. [Oslo]: Sosial- og helsedepartementet; 1999.
268. Sosial- og helsedepartementet. Mangfold og likeverd regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge elektronisk ressurs. [Oslo]: Sosial- og helsedepartementet; 1999.
269. SSB. Levekårsundersøkelsen 2002. Helse, omsorg og sosial kontakt. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2002.
270. SSB. Dødsfall, etter dødssted: Tabell: 03297. 2007.
271. SSB. Andel som har brukt ulike typer helsetjenester blant personer med nedsatt funksjonsevne. 2007.
272. SSB. Stadig kortere liggetid på sykehus. 2009.
273. SSB. Kvinner i flertall innenfor helse- og sosialfag. Helse- og sosialpersonell, 4. kvartal 2008. .2009 .
274. Standard. Standard for palliasjon. Oslo: Norsk forening for palliativ medisin, Den norske lægeforening, 2004.
275. Stmeld. nr. 25 (2005-2006) - regjeringen.no Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. In: omsorgsdepartementet Oslo; 2006.
276. Stmeld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo; 2009.
277. Stprp. nr. 1 (1998-99) om statsbudsjettet medregnet folketrygden 1999. Sak i samme innstilling: Tillegg nr. 13 (1998-99) In: Stortinget, editor. Oslo; 1999.

278. Stprp. Omsorgsplan 2015. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) Programkategori 10.60.
279. Strand GV, Wolden H, Rykkje L, Gjellestad A, Stenerud G. Munnstell når livet er på hell. Tidsskr Nor Lægeforen. 2005 Jun 2;125(11):1494-6.
280. Strandquist M. Kompetanse i hjemmetjenesten kvalitet og forutsigbarhet for pasienten elektronisk ressurs. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold; 2007.
281. Stroble CE, K. Norsk revidert mini mental status evaluering (MMSE-NR). 2008.
282. Suominen-Taipale AL, Martelin T, Koskinen S, Holmen J, Johnsen R. Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. BMC Health Serv Res. 2006;6:110.
283. Svalund J. Velferdsstatens siste hull? 2005.  
<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200503/01/index.html>.
284. Sveen U. Activities and well-being after stroke. [Oslo]: Department of Geriatric Medicine and Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ullevaal University Hospital Unipub; 2004.
285. Sørbye L, Finne-Soveri H, Schroll M, Jónnson P, Topinkova EL, Ljunggren G, Bernabei R. Unintended weight loss in the elderly living at home: the Aged in HOme Care Project (AdHOC). Journal of Nutrition, Health and Ageing 2008;12(1):10-6.
286. Sørbye L, Steindal S. Omsorg for døende og deres pårørende - hva har endret seg i løpet av en 30 års periode? Omsorg - Nordisk tidsskrift i Palliativ medisin. 2009;des.(4).
287. Sørbye LW. Hjemmetjenester til eldre i Bærum og Ullern - sammenlignende data fra AdHOC studiet. . Oslo: Diakonhjemmet University College; 2003.
288. Sørbye LW. Frail homebound elderly: basic nursing challenges of home care. A comparative study across 11 sites in Europe [A comparative cross-national study]. Tromsø: Tromsø; 2009.
289. Sørbye LW, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Topinkova E, Bernabei R. Indwelling catheter use in home care: elderly, aged 65+, in 11 different countries in Europe. Age Ageing. 2005 Jul;34(4):377-81.
290. Sørbye LW, Schroll M, Finne-Soveri H, Jonnson PV, Ljunggren G, Topinkova E, Bernabei R. Home care needs of extremely obese elderly European women. Menopause Int. 2007 Jun;13(2):84-7.
291. Teigen IM, Rendum KL, Slordal L, Spigset O. Feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen. 2009 Jun 25;129(13):1337-41.
292. Thomassen L, Waje-Andreassen U, Naess H, Aarseth J, Russell D. Combined carotid and transcranial ultrasound findings compared with clinical classification and stroke severity in acute ischemic stroke. Cerebrovasc Dis. 2006;21(1-2):86-90.
293. Thomassen R, Aase K, Høyland S. En gjennomgang av legemiddelfeil: type, årsaksanalyse, og tiltak. Stavanger: Universitetet i Stavanger 2007:11.
294. Thommessen B. Cerebral Stroke in the Elderly - Patient Outcome and Caregiver Burden. Oslo: University of Oslo; 2002.
295. Thoresen K. Aging when you don't know your age. Oslo: Paper presentert på Nordic Network on Disability Research (NNDR)-konferansen NNDR 8th Research Conference i Oslo, 14.-16. april; 2005.

296. Thygesen E, Lindstrom TC, Saevareid HI, Engedal K. The Subjective Health Complaints Inventory: A useful instrument to identify various aspects of health and coping in older people? *Scand J Public Health*. 2009 Aug 7.
297. Thygesen E, Saevareid HI, Lindstrom TC, Engedal K. Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. *Aging Ment Health*. 2009 May;13(3):319-27.
298. Thygesen ES, Hans Inge; Lindstrom, Torill Christine; Nygaard, Harald A; Engedal, Knut. Predicting needs for nursing home admission - does sense of coherence delay nursing home admission in care dependent older people? A longitudinal study *International Journal of Older People Nursing*. 2009;4(March):12-21(10).
299. Thygesen H. Technology and good dementia care a study of technology and ethics in everyday care practice. [Oslo]: Centre for Technology, Innovation and Culture Unipub; 2009.
300. Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol*. 2006 Jun;13(6):581-98.
301. Trygstad SH, IM. Nye samarbeidsordninger etter sykehusreformen -Evaluerings av samarbeidsordningen mellom ledere og tillitsvalgte på regionalt nivå i Helse Øst RHF. Oslo: Fafo-rapport 453; 2004.
302. Tunold OM, T; Wigenstad, S-O; Angell, E. TT-transport for bevegelseshemmede. 2009 Date: Available okt. 09 from:
303. Tveiten A, Mygland A, Ljostad U, Thomassen L. Intravenous thrombolysis for ischaemic stroke: short delays and high community-based treatment rates after organisational changes in a previously inexperienced centre. *Emerg Med J*. 2009 May;26(5):324-6.
304. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007 Jan 4;127(1):34-7.
305. Ulstein I. Dementia in the family. [Oslo]: Faculty of Medicine Unipub; 2007.
306. Ulstein I, Bruun Wyller T, Engedal K. The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Jan;22(1):61-7.
307. Ulstein I, Wyller TB, Engedal K. High score on the Relative Stress Scale, a marker of possible psychiatric disorder in family carers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Mar;22(3):195-202.
308. Ulstein I, Wyller TB, Engedal K. Correlates of intrusion and avoidance as stress response symptoms in family carers of patients suffering from dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Oct;23(10):1051-7.
309. Ulstein ID, Sandvik L, Wyller TB, Engedal K. A one-year randomized controlled psychosocial intervention study among family carers of dementia patients--effects on patients and carers. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2007;24(6):469-75.
310. Underland V. Ergoterapi kan gjøre slagrammede mer selvhjulpne Kunnskapssenteret; 2006.
311. Urisn D. Bestiller-utførerorganisering og brukermedvirkning - En evalueringsstudie av Bodø kommunes organisering av kommunale hjemmetjenester. Bergen: University in Bergen. Det psykologiske fakultet/ det samfunnsmedisinske fakultet, Institutt for utdanning og helse. Faculty of Psychology; Master-thesis 2005

312. Vabo M. Organisering for velferd - Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid [Universitetet i Oslo; Dr. philos]: NOVA; 2007.
313. Vabo M. Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *J Health Organ Manag.* 2009;23(3):346-58.
314. Vabo T. Bestiller-utfører modell et virkemiddel for å løse problemer eller et symbol på framskritt, fornyelse og rasjonalitet : en case-studie om innføringen av og erfaringene med bestiller-utførermodellen innen helse og omsorg i Sarpsborg kommune. Fredrikstad: Sarpsborg kommune; 2005.
315. van Riemsdijk M. Rekruttering av polske sykepleiere til Norge. Oslo; 2006:27.
316. Vangen S, Jenum AK, Graff-Iversen S, Idland G. Trengs det et kjønnsperspektiv på eldres helse? *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2009 Mar 12;129(6):538-9.
317. Veenstra M. Helse, helseatferd og livsløp elektronisk ressurs. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst; 2009:3.
318. Vik K. Older adults' participation in occupation in the context of home based rehabilitation». Stockholm: Karolinska Institutet; 2008.
319. Vik K, Lilja M, Nygard L. The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scand J Occup Ther.* 2007 Jun;14(2):86-95.
320. Vik K, Nygard L, Lilja M. Encountering staff in the home: three older adults' experience during six months of home-based rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2009;31(8):619-29.
321. Vik K, Nygård L, Lilja M. Perceived environmental influence on participation among older adults after home-based rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2007;25(4):1-20
322. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol.* 2007 Feb;63(2):187-95.
323. Viktil KK, Blix HS, Reikvam A, Moger TA, Hjemaas BJ, Walseth EK, Vraalsen TF, Pretsch P, Jorgensen F. Comparison of drug-related problems in different patient groups. *Ann Pharmacother.* 2004 Jun;38(6):942-8.
324. Waaler HM. Pleiebehov blant mottakere av kommunale omsorgstjenester. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2005 Apr 21;125(8):1012-4.
325. Øksengård AR. The elderly with suspected dementia an evaluation of diagnostic assessment tools in a clinical setting. [Oslo]: Department of Geriatric Medicine, Ullevaal University Hospital Unipub; 2004.
326. Ådnanes M, Bjørngaard JH. Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. Trondheim: SINTEF Helse; 2006
327. Aakvik A, Holmas TH. Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates. *J Health Econ.* 2006 Nov;25(6):1139-53.
328. Årseth HP. Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen kvalitet, kompetanse og kapasitet elektronisk ressurs. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. p. 210 s.
329. Aase K, Hoyland S, Olsen E, Wiig S, Nilsen ST. Patient safety challenges in a case study hospital--of relevance for transfusion processes? *Transfus Apher Sci.* 2008 Oct;39(2):167-72.

330. Åsgaard LM, TM; Grov, EK. Familiebasert omsorg på godt og vondt – menn og kvinners beskrivelser av pleie og omsorgssituasjon overfor hjemmeboende personer med demens. Sykepleien Forskning. 2007(2):186 – 92.
331. Åsgaard LM, B; Grov, EK Pårørendes omsorgssituasjon overfor hjemmeboende personer med demens. En sammenliknende studie av ektefeller og andre pårørende, kvinner og menn, og eldre/ynge pleie- og omsorgsgivere i en middelsstor norsk kommune samt evaluering av måleinstrumentet Caregiver Reaction Assessment Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2008;10(2):15-28.

## Vedlegg: Søkerhistorikk

Kunnskapsoversikten bygger på eksisterende norske rapporter av nyere dato med korrekte henvisninger. For å innhente et bredt "materiale" har vi gjort et systematisk litteratursøk. Litteratur publisert med norske data for de siste fem år i ulike databaser.

- Medisinske og helsefaglige publikasjoner over mastergradsnivå.
- Alle doktorgradsavhandlinger som berører aktuelle tema
- Forskningsrapporter fra ulike utdannings-, kompetansesentra og Helseforetak
- Offentlige dokument (NoU, St.meld. Ot. Prop., Nasjonale retningslinjer og anbefalinger (der det er aktuelt)
- Publikasjoner fra bruker- og pårørendeorganisasjoner

Funnene har vært avgjørende hvordan oppsummeringen skal kategoriseres

Vi har konsentrert søk i databaser til nøkkelordene helse- og sosiale tjenester til eldre. Vi har valgt å inkludere databasene: *Medline Ovit*, *Nursing Ovit*, *AgeLine*, *CINAHL*, *EMBASE*, *SveMed+*, *SosINDEX*.

Nøkkelord har vært health service, social service, aged or 80+, Norway. Det er gjort separate søk på alle helseforetak og universitet og forskningsinstitutt, samt offentlige publikasjoner. Søk i aktuelle databaser vises i vedlegg, søkerhistorikk på enkelt institusjoner blir ikke gjengitt, men det legges ved en oversikt over aktuelle rapporter. Offentlige publikasjoner blir bare synliggjort på referanselista.

Vi har lagt vekt på å samle doktorgrader innen eldreomsorg. Ved hjelp av oversikt fra geriatrisk forening samt publikasjonsoversikter til universitet og høyskoler og kontakt med nøkkelpersoner, håper vi å ha en tilnærmet fullstendig oversikt. Vi er klar over at det kan være relevante doktorgrader i ikke helsefaglige miljøer som vi ikke har klart å oppspore. Doktorgrader: Vi hadde har en oversikt over 49 totalt, av disse ble 32 inkludert i kunnskapsoversikten, i tillegg kom artikler som var en del av avhandlingen, til sammen 61 publikasjoner.

Rapporter: Vi har registrert 82 rapporter fra ulike forsknings- og kunnskapsmiljø, av disse er 38 referert til i Kunnskapsoversikten. Vi søkte på hjemmesider til aktuelle forsknings, utrednings- og kunnskapssenter. Publikasjoner fra offentlige forvaltningsorgan er inkludert der det er faglig relevant. Vi gjorde en gjennomgang av titlene på publikasjoner utgitt fra 2004-2009, leste så igjennom aktuelle sammendrag og på elektroniske dokument, gjennomgått med aktuelle søkerord ut fra innhold i tittel og sammendrag. En oversikt over utvalgte titler fra de største miljøene ble sendt på e-mail til aktuelle kontaktpersoner for å sjekke ut om vårt utvalg var relevant.

Søkerstrategi: basisord: "health services", "social services", Norway, aged

Her vises antall treff. Vi har ikke her synliggjort overlappinger<sup>12</sup>

| Baser                       | Treff | Aktuelle |
|-----------------------------|-------|----------|
| Ovid Medline health service | 70    | 48       |
| Ovid Medline social service | 10    | 3        |
| Ovid Nursing                | 7     | 4        |
| Ovid EMBASE*                | 243   | 43       |
| Ageline                     | 16    | 6        |
| CINAHL£                     | 56    | 8        |
| SveMed (health services)    | 115   | 33       |
| SveMed (social services)    | 4     | 1        |
| SocialIndex¥                | 12    | 1        |

£ søkerord: health service', aged, Norway.ab.

\*her var 65+ den høyeste aldersinndelingen, mange artikler uaktuelle

¥ søkerord: social service', aged, Norway.ab.

<sup>12</sup> Detaljert søkerhistorikk vises for OvidMedline health and social service, Ovidnursing and Ovid Embase

Søk: Ovid Medline health service

| #  | Søk                             | Resultater |
|----|---------------------------------|------------|
| 10 | limit 9 to yr="2004 - Current"  | 70         |
| 9  | 8 and 4                         | 271        |
| 8  | 6 or 7 or 5                     | 126592     |
| 7  | norway.in.                      | 42050      |
| 6  | norway.ab.                      | 12706      |
| 5  | norway.cp.                      | 80341      |
| 4  | 1 or 3                          | 19218      |
| 3  | limit 2 to "aged (80 and over)" | 9193       |
| 2  | health service*.mp.             | 265012     |
| 1  | Health Services for the Aged/   | 12677      |

Søk: Ovid Medline social service

| #  | Søk                             | Resultater |
|----|---------------------------------|------------|
| 15 | limit 9 to yr="2004 - Current"  | 10         |
| 14 | 13 and 9                        | 41         |
| 13 | or/10-12                        | 127166     |
| 12 | norway.ab.                      | 12822      |
| 11 | norway.in.                      | 42401      |
| 10 | norway.cp.                      | 80544      |
| 9  | 4 eller 8                       | 4264       |
| 8  | 3 and 7                         | 4264       |
| 7  | 5 eller 6                       | 3290027    |
| 6  | elderly.mp.                     | 132318     |
| 5  | aged.mp.                        | 3276097    |
| 4  | limit 3 to "aged (80 and over)" | 700        |
| 3  | 1 eller 2                       | 16773      |
| 2  | social service*.mp.             | 5159       |
| 1  | exp Social Work                 | 13179      |



Søk: Ovid Nursing

| ≠  | Søk                             | Resultater |
|----|---------------------------------|------------|
| 10 | limit 9 to yr="2004 - Current"  | 7          |
| 9  | 8 and 4                         | 15         |
| 8  | 5 eller 6 eller 7               | 1609       |
| 7  | norway.in.                      | 1406       |
| 6  | norway.ab.                      | 286        |
| 5  | norway.cp.                      | 126        |
| 4  | 1 eller 3                       | 3303       |
| 3  | limit 2 to "aged (80 and over)" | 1410       |
| 2  | health service*.mp.             | 38472      |
| 1  | Health Services for the Aged/   | 2244       |

Søk: Ovid EMBASE

| ≠  | Søk                             | Resultater |
|----|---------------------------------|------------|
| 10 | limit 9 to yr="2004 - Current"  | 243        |
| 9  | 8 an 4                          | 464        |
| 8  | 6 or 7 or 5                     | 12299      |
| 7  | norway.ab.                      | 10287      |
| 6  | norway.in.                      | 68983      |
| 5  | norway.cp.                      | 57407      |
| 4  | 1 or 3                          | 28821      |
| 3  | limit 2 to "aged (80 and over)" | 10991      |
| 2  | health service*.mp.             | 123231     |
| 1  | Health Services for the Aged/   | 18719      |

Diakonhjemmet Høgskole har på oppdrag fra Helsetilsynet sammenfattet nyere norsk forskning angående skrøpelig eldre sin situasjon relatert til helse- og sosialtjenester. I 2008 utgjorde aldersgruppen 80 år+ 4,5% av befolkningen, men de sto for 16,4% av sykehusdøgnene.

Eldre personer med langtkommet aldersforandring, flere sykdommer, fysisk og/eller mental funksjonsvikt, bør ved akutt sykdom bli innlagt i sykehusavdelinger med tverrfaglig spesialkompetanse i geriatri. Dokumentasjon av behov for tjenester og rapporter om behandling er ofte mangelfulle både i spesialist- og kommunehelse samt sosialtjenesten.

Individuell plan blir ofte ikke laget for eldre. Vi har dokumentert ulike utfordringer relatert til gamle som er akutt kritisk syke, er døende, pasienter med hoftebrudd eller hjerneslag som er i rehabiliteringsfasen, har demens lidelse, diabetes, har psykiatriske lidelser som angst, depresjon.

Det er lite dokumentasjon på tjenestetilbud til eldre med rusproblemer eller psykiske problemer, utover andel som bruker psykofarmaka. Eldre av utenlandsk opprinnelse med behov for helsetjenester antas å stige, og vil skape behov for nytenkning.

Forskning viser store geografiske forskjeller både i forhold til kvalitet og omfang.

Likeverdige tilbud som er en grunnleggende verdi for norsk helsepolitikk, burde ha gode muligheter for å videreutvikles.

ISBN: 978-82-8048-081-1



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2200 studenter og 160 ansatte, fordelt på studiestedene Oslo og Rogaland.

Diakonhjemmet Høgskole skal utruste til tjeneste i samfunn og kirke, nasjonalt og internasjonalt gjennom utdanning og forskning. Høgskolens faglige fokus er diakoni, helse- og sosialfag.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Denne rapportserien skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen bidra til at FoU-resultater blir omsatt i praksis.