

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Sykehjemsansatte kartlegger pasientenes syn og hørsel med varierende praksis

Ansatte ved sykehjem får ulik opplæring i å vurdere syn og hørsel hos eldre. Det gir store forskjeller i hvordan sansetap blir oppdaget og håndtert.

[Hjørdis Kristine Engen](#)

Fagutviklingssykepleier

Oppdal helsesenter, Oppdal kommune

[Gro Gade Haanes](#)

Førstemanuensis og ph.d.

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

[Syn](#)

[Hørsel](#)

[Sykehjem](#)

[Kartlegging](#)

[IPLOS](#)

Sykepleien 2025;113(102018):e-102018

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.102018](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.102018)

Hovedbudskap

Kartlegging av syn og hørsel gjennom IPLOS er viktig for å sikre god omsorg på sykehjem. Vår undersøkelse viser likevel at praksisen ofte er tilfeldig og mangler systematikk. For å sikre at eldre med sansetap får riktige tiltak, trengs det blant annet bedre og mer ensartet opplæring av ansatte.

Siden 2007 har IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) vært et viktig verktøy for å kartlegge funksjonsnivået hos personer som får helse- og omsorgstjenester i Norge (1). Likevel har kartlegging av syn og hørsel hos sykehjemspasienter fått lite oppmerksomhet, selv om det er viktig for god eldreomsorg (2).

Erfaringer fra flere sykehjem i Trøndelag viser at denne kartleggingen ofte er mangelfull.

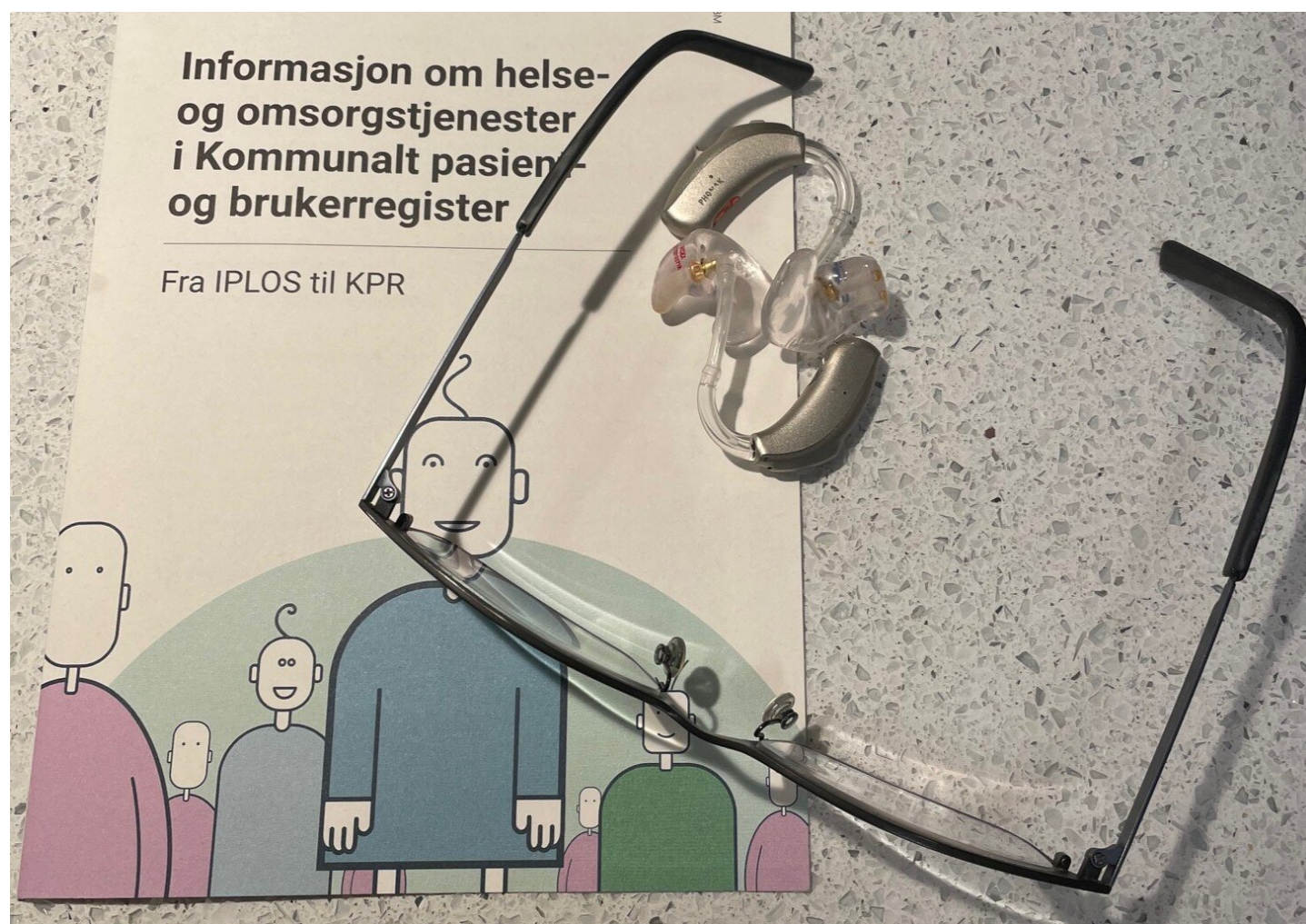
IPLOS-registeret er et lovpålagt verktøy som skal bidra til bedre kvalitet i helsetjenestene gjennom systematisk kartlegging av funksjonsnivå, blant annet syn og hørsel. Ved å bruke IPLOS kan helsepersonell tidlig oppdage og dokumentere behov for tiltak, noe som gir bedre tilpassede tjenester og høyere livskvalitet for pasientene (3).

IPLOS bidrar til kvalitetsforbedring

I 2017 ble IPLOS-dataene en del av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Selv om verktøyet da fikk nytt navn, brukes fortsatt betegnelsen IPLOS i pasientjournalssystemene Cosdoc og Helseplattformen. Dataene fra IPLOS rapporteres årlig til KPR.

IPLOS-registeret ble etablert med mål om å forbedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene ved å gi detaljert informasjon som kan brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, statistikk og tjenesteutøvelse – til beste for både individ og samfunn (3).

Selv om teknologiske og medisinske fremskritt har redusert antall tilfeller av blindhet, står vi fortsatt overfor store utfordringer med synshemming i en aldrende befolkning (4). Hørselstap rammer én av fire personer, og av disse er 62,1 prosent over 50 år (5). Når kognitiv svikt kombineres med både syns- og hørselstap, øker risikoen for dødelighet (6).



VIKTIGE HJELPEMIDLER: Små hjelpemidler som briller og høreapparat kan bety mye for livskvaliteten. Brosjyren fra Helsedirektoratet minner om behovet for systematisk registrering og oppfølging av syn og hørsel i eldreomsorgen. *Foto: Hjørdis Kristine Engen*

Studien vurderte IPLOS-kartlegging på sykehjem

Kvalitetsreformen Leve hele livet fremhever behovet for bedre håndtering av sansetap hos eldre og understreker betydningen av tidlig diagnose og behandling for å øke livskvaliteten (2, 7, 8). Aldersrelaterte sansetap påvirker ikke bare kommunikasjonsevnen, men kan også føre til fall og andre alvorlige konsekvenser (9, 10).

Norsk lovverk, som pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven, pålegger kommunene å sørge for at helsetjenestene holder høy kvalitet som er tilgjengelige for alle (11, 12).

«Aldersrelaterte sansetap påvirker ikke bare kommunikasjonsevnen, men kan også føre til fall og andre alvorlige konsekvenser.»

Samhandlingsreformen fra 2008 la vekt på behovet for forebygging og pålitelige data for å kunne prioritere og evaluere helsetjenester på systemnivå (13). Dette gjør presis IPLOS-kartlegging enda viktigere for å kunne tilby skreddersydde helsetjenester.

Som sykepleier på sykehjem i over 20 år og masterstudent i geriatrisk helsearbeid undersøkte jeg i masteroppgaven min om IPLOS-kartlegging av syn og hørsel hos sykehjemspasienter blir gjennomført slik lovverket krever. Hensikten med studien var å belyse hvilken opplæring ansatte får i IPLOS-kartlegging, hvor systematisk kartleggingen utføres, og om det iverksettes tiltak når pasienter får lav IPLOS-skår.

Analysen baserer seg på kvantitative data

I masteroppgaven ble det brukt en kvantitativ metode, der data ble samlet inn gjennom et digitalt spørreskjema sendt til 314 ansatte ved 43 sykehjem i Trøndelag. Totalt svarte 81 ansatte fra 32 sykehjem.

Dataene ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk og binær logistisk regresjon i analyseprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (14) for å undersøke sammenhenger mellom opplæring, systematikk og tiltak.

I den binære logistiske regresjonsanalysen var den uavhengige variabelen hvor systematisk opplæringen ble gjennomført: ved ansettelse, årlig, ved behov, annet eller ikke systematisk. Den avhengige variabelen var type opplæring: Helsedirektoratets veileder eller filmer, Kompetansebroens e-læringskurs, internkurs, annet eller ingen opplæring.

Studien fulgte gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern. Søknaden ble sendt til SIKT og godkjent 22. februar 2023, med referansenummer 774354. Deltakerne fikk informasjon om studien og kunne trekke seg når som helst. All informasjon ble lagret på Universitetet i Sørøst-Norges (USN) sikre forskningsserver, OneDrive, og deltakernes identitet ble anonymisert.

Studien avdekket store variasjoner

Undersøkelsen vår viste store variasjoner i hvordan syn og hørsel blir kartlagt. Bare 65 prosent av de ansatte oppga at slik kartlegging ble gjennomført ved innkomst, mens 10 prosent svarte at de ikke utførte kartlegging i det hele tatt.

I vår studie svarte 64 prosent (n = 47) at de hadde fått opplæring gjennom internkurs, mens 37 prosent (n = 27) brukte Helsedirektoratets veiledere eller filmer.

Tabell 1. Type opplæring som gis ansatte som utfører IPLOS (n = 73)

Type opplæring	n (antall) 73 (100 prosent)
Helsedirektoratets veileder/filmer	27 (37)
Kompetansebroens e-læringskurs	13 (19,2)
Internkurs	47 (64,4)
Annet	21 (28,8)
Ingen opplæring	7 (9,6)

Videre oppga 32 prosent (n = 26) at opplæringen ikke gjennomføres systematisk – verken ved ansettelse, årlig, ved behov eller på annen måte.

Tabell 2. Systematikk i opplæringen

System i opplæring	Sykepleier n (%)	Spesial- sykepleier n (%)	Verne- pleier n (%)	Fag- arbeider n (%)	Fagarbeider m/vid.utd n (%)	Leder n (%)	Assistent n (%)	Total n (%)
Ingen 1	14 (17,3)	3 (3,7)	0 (0)	3 (3,7)	1 (1,2)	4 (4,9)	1 (1,2)	26 (32)
Minst 1	26 (32,1)	11 (13,6)	4 (5)	7 (8,7)	2 (2,5)	5 (6,1)	0 (0)	55 (68)
Total	40 (49,4)	14 (17,3)	4 (5)	10 (12,4)	3 (3,7)	9 (11)	1 (1,2)	81 (100)

Resultatene fra den binære logistiske regresjonen viser at sannsynligheten for at IPLOS-kartlegging av syn og hørsel blir systematisk, øker når flere opplæringsmetoder tas i bruk.

Tabell 3. Faktorer som påvirker systematikk i opplæringen av IPLOS-kartlegging

Uavhengige variabler	Odds ratio	95 % C.I. for EXP(B)		Sig.
		Lower	Upper	
Kjønn	3,238	0,212	49,407	0,398
En eller flere opplæringsmetoder	109,181	7,660	1556,200	<0,001
Fagutvikling ja/nei	1,513	0,327	7,000	0,596

Forklaringer:
Odds ratio (OR) er et statistisk mål som angir forhold mellom to odds
95 % C.I. for EXP(B) = konfidensintervall
Sig. = signifikansnivå (ved p-verdi mindre enn 0,05 er forskjellen i konfidensintervallet statistisk signifikant)

Hele 75 prosent av de ansatte svarte at de sjelden eller aldri iverksetter tiltak basert på høye IPLOS-skår.

Tabell 4. Hyppighet av rapportering av tiltak ved høye IPLOS-skår blant sykehjemsansatte

Tiltak ved IPLOS-skår	Sykepleier n (%)	Spesialsykepleier n (%)	Vernepleier n (%)	Fagarbeider n (%)	Fagarbeider med videreutdanning n (%)	Leder n (%)	Assistent n (%)	Totalt n (%)
Sjelden/aldri	28 (38,4)	10 (13,7)	4 (5,5)	5 (6,8)	2 (2,7)	5 (6,8)	1 (1,4)	55 (75,3)
Ofte/alltid	8 (11)	4 (5,5)	0 (0)	4 (4,1)	0 (0)	3 (4,1)	0 (0)	18 (24,7)
Totalt	36 (49,4)	14 (19,2)	4 (5,4)	8 (10,9)	2 (2,7)	8 (10,9)	1 (1,4)	73 (100)

Kartleggingen varierer mellom institusjoner og regioner

Undersøkelsen viste variasjon i når IPLOS-kartlegging av syn og hørsel utføres på sykehjemspasienter i Trøndelag. Ved innkomst ble kartleggingen gjennomført av 65 prosent av de ansatte, mens 10 prosent oppga at de ikke gjennomførte den (se tabell 1).

Tall fra Helsedirektoratet viser at den lovpålagte IPLOS-oppfølgingen av risiko for underernæring for beboere på institusjon i 2024 bare ble gjennomført ved 58,6 prosent av institusjonene nasjonalt og 49,8 prosent i Trøndelag (15). Slike variasjoner kan skyldes ulik prioritering av oppgaver og manglende ressurser.

IPLOS har som mål å kople individbaserte behov med nasjonal statistikk for å utvikle kommunale helse- og omsorgstjenester (3). Dette kan imidlertid skape utfordringer med å balansere presisjon og lokal tilpasning.

Uklare opplæringsmetoder gir ulik praksis

Selv om IPLOS-opplæring er tilgjengelig via Helsedirektoratets veiledere og e-læringskurs, er kartleggingen fortsatt mangelfull i mange kommuner. Det rapporteres at IPLOS-data er lite kjent, lite tilgjengelig og sjelden brukt (16, 17). Dette kan skyldes flere forhold, som ressurskrevende prosesser og varierende opplæringsmetoder mellom sykehjem.

Undersøkelsen vår viser at de fleste ansatte får opplæring gjennom internkurs, mens færre bruker Helsedirektoratets veiledere eller filmer (se tabell 2). Deltakerne kunne velge flere svaralternativer. Undersøkelsen viser at det er et ønske om intern opplæring, noe som kan påvirke hvor ensartet og god IPLOS-kartleggingen blir.

«Det rapporteres at IPLOS-data er lite kjent, lite tilgjengelig og sjelden brukt.»

Intern opplæring kan være bedre tilpasset den enkelte institusjonens behov og gjøre det lettere for ansatte å knytte læringen til egen praksis. Samtidig viser tidligere forskning at manglende systematikk i IPLOS-kartlegging ofte henger sammen med varierende og uklare opplæringsmetoder (16, 17).

For å oppnå en mer ensartet og standardisert praksis nasjonalt trengs det strukturerte opplæringsprogrammer og tettere oppfølging på nasjonalt nivå (8, 17, 18).

Utvalget begrenser studiens generaliserbarhet

At 32 prosent oppga at opplæringen ikke gjennomføres systematisk ved ansettelse, årlig, ved behov eller på annen måte, er bekymringsfullt med tanke på hvor viktig IPLOS-kartleggingen er (se tabell 3).

Resultatene fra den binære logistiske regresjonen (se tabell 4) viser at ansatte som får systematisk opplæring, har betydelig høyere sannsynlighet for å følge standardiserte kartleggingsprosedyrer. Med andre ord; ansatte med opplæring gjennomfører IPLOS-kartlegging langt mer systematisk enn de uten opplæring.

Konfidensintervallet viser imidlertid et bredt spenn, og odds ratio indikerer lav presisjon. Dette kan skyldes stor variasjon i svarene eller et lite utvalg. En høy odds ratio kombinert med et bredt konfidensintervall kan også forklares med få positive svar (1 = ja, systematikk i den avhengige variabelen) (14).

Selv om alle sykehjem i Trøndelag ble invitert til å delta i undersøkelsen, svarte bare 81 ansatte fra 32 sykehjem. Som sykepleier og masterstudent med erfaring fra sykehjem opplever jeg at mange ansatte har begrenset tid til å delta i spørreundersøkelser.

Utvalget i studien var derfor ikke tilfeldig, men selvselektert. Dette kan gi utvalgsskjevhet, og den lave svarprosenten øker usikkerheten i resultatene. Resultatene kan dermed ikke generaliseres til hele populasjonen (19), men undersøkelsen peker tydelig på behovet for videre forskning på området.

Manglende oppfølging svekker IPLOS-formålet

Som Mydland påpekte etter innføringen av IPLOS i 2006, kan manglende systematikk i opplæringen bidra til usystematisk bruk av IPLOS-kartlegging (20). Et sentralt funn i undersøkelsen er at 75 prosent av de ansatte sjelden eller aldri setter i gang tiltak basert på høye IPLOS-skår.

«Et sentralt funn i undersøkelsen er at 75 prosent av de ansatte sjelden eller aldri setter i gang tiltak basert på høye IPLOS-skår.»

Dette gapet mellom kartlegging og handling gjør at IPLOS i mindre grad oppfyller sitt formål om å bidra til bedre tjenester for pasientene, selv om registeret fortsatt har stor verdi som kilde til statistikk og kvalitetsutvikling på systemnivå.

For å tette dette gapet trengs en helhetlig strategi med tydelige rutiner for oppfølging av kartleggingsresultater. I tillegg må ledelsen sørge for rammebetingelser som gjør det mulig for ansatte å sette i gang nødvendige tiltak (18, 20).

Styrket opplæring forbedrer kvaliteten

Undersøkelsen viser en klar sammenheng mellom systematisk opplæring og gjennomføring av den lovpålagte IPLOS-kartleggingen av syn og hørsel.

Manglende systematikk i opplæringen og begrenset oppfølging av funn peker på behovet for nasjonale, standardiserte opplæringsprogrammer – både når det gjelder innhold og hyppighet. Løsningen kan være obligatorisk årlig e-læring kombinert med intern refleksjon.

For at IPLOS-data skal få praktisk verdi, bør funksjonsvariablene for syn og hørsel analyseres enkeltvis, slik som ernæringsstatus. En mulig tilnærming er å kartlegge pasientenes syn og hørsel, iverksette tiltak og evaluere effekten etter én måned. Et annet alternativ kan være å etablere ambulerende team som undersøker syn og hørsel på sykehjem i større geografiske områder.

Ved å styrke opplæringen og redusere barrierene for implementering kan kvaliteten på helsetjenestene for eldre forbedres betydelig – særlig når det gjelder oppfølging av syn og hørsel i sykehjem.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



TRYGG STØTTE: Eldre med nedsatt syn eller hørsel kan bli oversett når kartleggingen varierer. God oppfølging er viktig for livskvaliteten. Her hjelper fagutviklingssykepleier Hjørdis Kristine Engen pasient Inger Marie Nyvold med å sette på plass høreapparatet. *Foto: Trine-Lise Berg Nordmo*

1. Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk [internett]. FOR-2006-02-17-204 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204>
2. Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018 [hentet 25. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
3. Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). FOR-2017-08-25-1292 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292>
4. Bourne R, Flaxman S, Taylor HR, Casson RJ, Abdoli A, Abu-Gharbieh E. et al. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e130–43. DOI: [10.1016/S2214-109X\(20\)30425-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30425-3)
5. Haile LM, Abdoli A, Abdollahi M, Akalu Y, Alanezi FM, Alanzi TM, et al. Hearing loss prevalence and years lived with disability, 1990–2019: findings from the Global Burden of

Disease Study 2019. Lancet. 2021;397(10278):996–1009. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)00516-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00516-X)

6. Mitoku K, Masaki N, Ogata Y, Okamoto K. Vision and hearing impairments, cognitive impairment and mortality among long-term care recipients: a population-based cohort study. BMC Geriatr. 2016;27:16:112. DOI: [10.1186/s12877-016-0286-2](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0286-2)
7. Andrusjak W, Barbosa A, Mountain G. Identifying and managing hearing and vision loss in older people in care homes: a scoping review of the evidence. Gerontologist. 2020;60(3):e155–68. DOI: [10.1093/geront/gnz087](https://doi.org/10.1093/geront/gnz087)
8. Haanes GG, Hall EOC, Eilertsen G. Acceptance and adjustment: a qualitative study of experiences of hearing and vision impairments and daily life among oldest old recipients of home care. Int J Older People Nurs. 2019;14(3):e12236. DOI: [10.1111/opn.12236](https://doi.org/10.1111/opn.12236)
9. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
10. Svingen EM, Lie J. Aldersrelaterte syns- og hørselsvansker – en utfordring i eldreomsorgen. Sykepleien. 2009;20:39–42. DOI: [10.4220/sykepleiens.2003.0062](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0062)
11. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 23.oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
12. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [hentet 23. oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorg>
13. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 9. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/str>
14. Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS. 7. utg. New York: Open University Press; 2020.
15. Helsedirektoratet. Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [oppdatert 19. juni 2025; hentet 18. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
16. Helsedirektoratet. Bruk og nytte av data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 27. august 2019 [hentet 25.oktober 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr/registrere-omsorgsdata>

17. Eldal NCS, Holth H. IPLOS et nyttig kommunalt styringsverktøy? Mellom statlige intensjoner og lokal praksis [masteroppgave]. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2012.
18. Bjerkan J, Hallem UL, Brataas HV. Hvordan forstås og praktiseres IPLOS-kartlegging? – En kvalitativ studie i helse- og omsorgstjenesten i én kommune. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(3):222–31. DOI: [10.18261/issn.2387-5984-2016-03-08](https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-08)
19. Foldnes N, Grønneberg S, Hermansen GH. Statistikk og dataanalyse: en moderne innføring. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018.
20. Mydland I. IPLOS-registrering mellom statlige styringsidealer og lokale realiteter, hvordan varierer praksis i kartlegging av omsorgsbehov? Kvalitativ intervjuundersøkelse med IPLOS-kontakter i ni kommuner i Vest-Agder [masteroppgave]. Bergen: Universitet i Bergen; 2011.