



Hvordan kan sykepleiere bidra til å sikre at tidlig tegn på sepsis blir identifisert hos eldre sykehjemsbeboere?

Kandidatnummer: 128

VID vitenskapelige høyskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2017

Antall ord: 9998

06.03.2020

«Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiere, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere; hvilke symptomer som tyder på bedring, og hvilke som tyder på det motsatte; hvilke som er nyttige, og hvilke som ikke er det (...)»

(Nightingale, 1997, s. 149)

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til å sikre at sepsis blir tidlig identifisert hos eldre sykehjemsbeboere?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke og belyse hvordan sykepleier, gjennom å ta i bruk alle sine ansvar- og funksjonsområder, kan bidra til å sikre at tidlig tegn på sepsis blir identifisert hos beboere på sykehjem.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor det er utført systematisk gjennomgang og innsamling av eksisterende fag-, forskning- og pensumlitteratur.

Resultat: Eldre mennesker bærer risikofaktor for å få sepsis, og er særlig utsatt for å bli rammet av tilstanden grunnet deres komorbide problemstillinger og fysiologiske aldersforandringer. Kunnskap om dette, samt sepsis, beboerens habituelle funksjoner, observasjon og kartleggingsverktøy vil være avgjørende i arbeidet med å oppdage sepsis hos eldre på sykehjem.

Drøfting: Med utgangspunkt på de mest fremtredende funnene i de inkluderte forskningsartiklene drøftes det, i sammenheng med Nightingales sykepleieteori, teoretisk rammeverk, samt egne erfaringer, for å forsøke å finne svar på oppgavens problemstilling.

Konklusjon: Det er flere faktorer som påvirker sykepleierens evne til å tidlig identifisere sepsis hos beboere på sykehjem. Sykepleierne må ha den nødvendige kunnskap og bidra til økt kunnskap og kompetanse blant kollegiet ved å utnytte deres veiledende og undervisende funksjon. Slik kan det bidra til et økt kompetansenivå hos de ansatte på avdelingen, som er nødvendig i oppdagelsen av tilstanden, samt i kvaliteten på omsorg. Ved å foreta observasjoner, bruk av kartleggingsverktøy, samt optimal ledelse og samarbeid i kollegiet kan de bidra til tidlig identifisering av sepsis hos denne pasientgruppen.

Abstract

Thesis Question: How can nurses contribute to ensure that sepsis is early identified in elderly nursing home residents?

Background: The purpose of this assignment is to investigate and elucidate how nurses, by utilizing all their responsibilities and functions, can help to ensure that early signs of sepsis are identified in nursing home residents.

Method: This thesis is a literature study, where systematic review and collection of existing academic-, research- and curriculum literature has been carried out.

Results: Elderly people carry a risk factor for sepsis and are particularly prone to being affected by the condition due to their comorbid issues and age-related physiological changes. Knowledge of this, as well as sepsis in general, the resident's habitual functions, observation and scoring tools will be crucial in the work of detecting sepsis in the elderly in nursing homes.

Discussion: Based on the most prominent findings in the included research articles, it is discussed, in conjunction with Nightingale's nursing theory, theoretical framework, and own experiences, to attempt to find an answer to the thesis question.

Conclusion: There are several factors that affect the nurse's ability to identify sepsis early in nursing home residents. It is essential that the nurses have the necessary knowledge and contribute to increased competence among the workplace by utilizing their guiding and teaching function. This can contribute to an increased level of expertise within the staff, which is necessary in the recognition of sepsis, as well as in the quality of care. By making observations, using screening tools, as well as optimal management and teamwork in the college, they can contribute to the early identification of sepsis in the elderly.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.4	Oppgavens avgrensninger	3
1.5	Begrepsavklaringer	3
2	Metode	5
2.1	Litteraturstudie	5
2.2	Litteratursøk	6
2.3	Utvalget	8
2.4	Kildekritikk	9
3	Resultat	11
3.1	Florence Nightingale	11
3.2	Sepsis	11
3.3	Akutt sykdom hos eldre på sykehjem	12
3.3.1	Fysiologiske aldersforandringer og atypiske, diffuse og uspesifikke symptomer	13
3.4	Kartleggingsverktøy	14
3.4.1	NEWS	14
3.4.2	Quick-SOFA	15
3.5	Den eldre sykehjemsbeboeren	16
3.5.1	Sykepleier på sykehjem	16
3.5.2	Den ufaglærte arbeidsgruppen	17
3.5.3	Eldrebølgen	17
3.6	Pasientsikkerhetsprogrammet, "I trygge hender 24-7"	18
3.7	Sykepleierens funksjonsområder	18
3.7.1	Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon	19
3.7.2	Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon	19
3.7.3	Sykepleierens administrative funksjon	19
3.7.4	Sykepleierens fagutviklende funksjon	20
3.7.5	Faglig miljø og fagutvikling på sykehjem	20
3.8	Presentasjon av forskningsartikler	21

3.9	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	23
4	 Drøfting.....	24
4.1	Kunsten til å observere	24
4.2	Kartleggingsverktøyets relevans for identifiseringen av sepsis	25
4.3	Betydningen av veiledning og undervisning	28
4.4	Ledelse og samarbeid blant personalet	30
5	 Konklusjon	32
6	 Litteraturliste	33

1 Innledning

Sepsis er et økende folkehelseproblem på verdensbasis (Rygh, Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2016, s. 94). Hele 30 millioner blir syke med sepsis hvert år, av disse dør 6-10 millioner som følge av tilstanden (Geminisenter for sepsisforskning, u.å.). Bare i Norge er det dokumentert ca. 7000 sepsistilfeller årlig, og tilstanden regnes som en av de vanligste dødsårsakene på norske sykehus (Rygh et al., 2016, s. 94). Til tross for dette, viser det seg at bevisstheten om sepsis er lav blant populasjonen (Lat, Mashlan, Heffey & Jones, 2018). For hver time behandlingen forsinkes, vil sjansen for at en sepsisdiagnose resulterer i mortalitet øke (Geminisenter for sepsisforskning, u.å.). Det vil derfor være essensielt å oppdage sepsis i et tidlig stadium for å kunne øke overlevelsessjansen hos pasientene med diagnosen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Risikoen for å dø av alvorlig sepsis er signifikant hos eldre mennesker. Forekomsten av tilstanden øker betydeligere med forhøyede alder, og infeksjon regnes som hovedårsaken til dødsfall hos en tredjedel av mennesker over 65 år (Flaatten, 2004). Denne pasientgruppen representeres i stor grad på sykehjem. Norges befolkning blir stadig eldre og eldre, og allerede i de neste ti årene vil den såkalte «eldrebølgen» inntreffe (Ertzeid, Balci & Nøra, 2018). Parallelt med denne økningen av den eldre populasjonen vil også forekomsten av sepsis antageligvis også øke (Knoop, Skrede, Langeland & Flaatten, 2017). Høy alder opptrer som en risikofaktor for mortalitet, og sammenlignet med yngre sepsispasienter dør de eldre pasientene mye tidligere under behandling. Denne pasientgruppen har dermed et økt behov for dyktig og effektiv sykepleie, tidlig observasjon og behandling. Derfor er det nødvendig med tidlig utredning ved oppdagelsen av sepsissymptomer for å kunne minske sjansen for et negativt pasientutfall (Nasa, Juneja, Sing, Dang & Arora, 2012).

Samtidig kan tidlig identifisering og anerkjenning, hos denne pasientgruppen, være vanskelig grunnet diffuse og atypiske symptomer, samt fysiologiske aldersforandringer. Det vil med dette være nødvendig at sykepleiere innehar den aktuelle kunnskapen om

aldringsprosessen og dets påvirkning på symptomer ved sykdom og infeksjon for å kunne øke sjansen for tidlig oppdagelse og iverksettelse av tiltak og behandling (Holloway, 1986).

I er slikt yrke må man holde seg faglig oppdatert, og være bevisst på ny kunnskap og forskning for å kunne yte optimal kvalitetsikret pleie. I en situasjon jeg erfarte i praksis, hvor en sykehjemsbeboer presenterte symptomer og tegn til sepsis, manglet sykepleieren nødvendig kunnskap og kompetanse til å handle. Det ble utført feilprioritering av oppgaver og tiltak, som resulterte til en forverring i beboerens tilstand. Her ville det ha vært aktuelt at andre medarbeidere tok i bruk den undervisende funksjonen for å informere og veilede personen på grunnlag og med fokus på pasientsikkerhet, kvalitetssikring og fagutvikling.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å sikre at tidlig tegn på sepsis blir identifisert hos eldre sykehjemsbeboere?»

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilken rolle sykepleiere har for tidlig identifisering av sepsis hos sykehjemsbeboere, og dermed øke kunnskap blant helsepersonell om hvilke faktorer som kan påvirke en slik prosess. En viktig klinisk sykepleieoppgave er å ha kunnskapen til å kunne gjenkjenne tegn til infeksjon, ved å observere og deretter iverksette de rette tiltakene ved mistanke om infeksjon. De har også en behandlende funksjon, som står sentralt i utøvelsen av pleie. Denne innebærer utførelsen av sykepleieprosessen, som omhandler evnen til å kunne observere, kartlegge, vurdere, handle og evaluere i enhver situasjon.

Det vil også være essensielt at man som sykepleier innehar den nødvendige kunnskapen for å kunne identifisere sepsis tidlig, noe som vektlegges for å bidra til å unngå negative pasientutfall som denne tilstanden kan medføre. Å være bevisst på sepsis er nødvendig, dette inkluderer å gjenkjenne risikofaktorer, kliniske tegn og symptomer, samt ha kunnskap om hvilke observasjoner, intervensjoner og tiltak som må implementeres for å øke overlevelsessjansen hos pasienten (Englert & Ross, 2015). Dette styrkes i

pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24-7, som arbeider for å forbedre rutinene for tidlig identifisering og behandling av sepsis (Helsedirektoratet, 2018).

1.4 Oppgavens avgrensninger

Sepsis er et interessant, men også et omfattende tema. Det finnes mange relevante fag- og forskningsartikler omhandlende dette. For å kunne spesifisere og begrense dette temaet til noe som både er nødvendig og spennende, ønsker jeg å fokusere på sepsis hos eldre sykehjemsbeboere og hvordan sykepleiere, ved bruk av de ulike funksjoner vedkommende har, kan bidra til å identifisere tilstanden tidlig hos denne pasientgruppen. Jeg vil derfor ikke drøfte hvordan sepsisbehandling og videre oppfølgingen foregår. Det finnes flere verktøy man kan bruke for å identifisere og kartlegge forekomsten av sepsis, av disse vil jeg fokusere på National Early Warning Score og Quick-SOFA som kartleggingsverktøy, i og med at det er begrenset med ressurser på sykehjem som kan gjøre det krevende å anvende verktøy som krever blodprøvesvar, slik som SOFA.

Oppgaven avgrenses til å omhandle og fokusere på hvilken rolle sykepleiere har i å bidra til og sikre at tidlige symptomer og tegn til sepsis blir identifisert hos den eldre sykehjemsbeboeren og hvilke faktorer som påvirker dette. Imidlertid velger jeg ikke å ekskludere fag- og forskningslitteratur som omhandler sepsis generelt, uavhengig av aldersgruppe. Jeg vil ikke vektlegge kjønnsforskjeller, og heller ikke fokusere på pårørendes innvirkning i situasjonen.

1.5 Begrepsavklaringer

Sepsis: også omtalt som blodforgiftning, er en alvorlig infeksjon som gjør pasienter svært syke. Tilstanden oppstår når bakterier kommer over i blodbanen og kroppens immunforsvar overreagerer (Geminisenter for sepsisforskning, u.å.)

Eldre: i denne oppgaven mener jeg personer som er 67 år og over, jeg vil også inkludere de eldste eldre altså personer over 80 år grunnet en høy prosentandel som bor på sykehjem tilhører denne aldersgruppen.

Sykehjem: Sykehjem er en del av kommunehelsetjenesten, og er en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgns opphold, hvor de kan motta helsehjelp. De mottar behandling og pleie som ikke behøver å foregå i spesialisthelsetjenesten, men som krever mer helsefaglig oppfølging og behandling enn det som er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i pasientens eget hjem (Braut, 2018).

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en systematisk måte å innhente data og kunnskap på fra skriftlige kilder. Den skal vurdere den forskningen som allerede eksisterer på området. En kvalitetsvurdering og analyse av resultatene i studiene skal dokumenteres, hvor artiklenes resultater sammenlignes og sammenfattes. En tydelig problemstilling skal presenteres, og man skal beskrive hvilke søkestrategier som har blitt benyttet for å finne primærstudiene. Utvalgsmetoden skal være definert, og det skal beskrives på hvilket grunnlag studiene inkluderes eller ekskluderes i egen studie. Oppdagelsene som gjøres i sammenfatningen skal presenteres på en konkret og forståelig måte (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 105).

Metode kan deles opp i to kategorier, altså den kvantitativ og den kvalitative metoden. Førstnevnte har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter, mens sistnevnte har som mål å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge formene bidrar på hver sin måte for å fremme en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, samt hvordan enkeltpersoner, grupper og institusjoner handler og samhandler. Differansen mellom disse metodene er i hovedsak måten en samler inn data på (Dalland, 2012, s. 112-113).

IMRaD kan fremstilles som et kvalitetsstempel på at en artikkel er en forskningsartikkel. Det er en måte å strukturere en oppgave på, og illustreres som en hovedstruktur i en akademisk oppgave. En oppgave som følger IMRaD-oppbygningen, inneholder et oppsett med et introduksjon-, metode-, resultat- og drøftingskapittel. I disse kapitlene skal skribenten presentere hovedhensikten med oppgaven, metoden vedkommende har anvendt, hovedresultatene av fag- og forskningsartiklene som er brukt, samt en evaluering og drøfting av funnene i resultatkapittelet (Thidemann, 2017, s.31).

2.2 Litteratursøk

Jeg har gjennomført et systematisk litteratursøk i aktuelle databaser innenfor helseforskning for å finne artikler som omhandler min problemstilling. For å finne fram til relevante søkeord, gjennomgikk jeg pensumlitteratur og deres litteraturlister. Dette resulterte til at jeg fant fram til aktuelle artikler, både innen fag og forskning, som videre hjalp meg til å oppdage hjelpsomme nøkkelord. Disse ordene ble dermed utgangspunktet til søkeprosessen min.

Jeg utførte søk i databasene CINAHL og PubMed og kom tilslutt fram til 5 artikler som jeg synes er relevante for min problemstilling. Søk ble også gjennomført på Google Scholar, men grunnet dets store omfang opplevde jeg det som vanskelig å spesifisere søket og spisse dette. Ved forsøk på å spisse søkene, ga resultatet fremdeles tusenvis av treff som videre gjorde det tidskrevende og vanskelig for meg å gjennomgå og plukke ut aktuelle artikler. Jeg utførte også søk på SveMed+, men her fikk jeg ingen relevante treff på søk slik som «sepsis på sykehjem» og «sepsis AND elderly».

Under søkeprosessen valgte jeg å sammensette relevante søkeord, ved bruk av kombinasjonsord imellom. Kombinasjonsordene, også kalt boolske operatører, «AND» og «OR» ble benyttet. Ved å bruke «AND» vil det bidra til å begrense søket, siden resultatet vil inkludere de søkeordene brukt imellom. Ved bruk av ordet «OR» vil det bidra til å utvide søket og resultatet. Jeg benyttet også trunkeringer for å sikre at forskjellige varianter av søkeordet var inkludert i resultatet. Ved å bruke trunkering med ordet «nurs*», fikk jeg treff som også inkluderer ordene «nursing», «nurses» og «nurse». Dette bidro til en mindre tidskrevende søkeprosess.

Artikkel nr.	Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikkelfunn	Metode	År
#1	CINAHL	Sepsis care AND Nurs* (Nursing, nurses, nurse)	Publisert etter 2015 Fagfelleurdert	42 treff	«Early, Nurse-Directed Sepsis Care»	Retrospektiv, tidsbegrenset kohortstudie	2019
#2	PubMed	Suspected Sepsis AND NEWS AND qSOFA	Publisert etter 2015 Fagfelleurdert	14 treff	«Predicting mortality in patients with suspected sepsis at the Emergency Department; A retrospective cohort study comparing qSOFA, SIRS and National Early Warning Score»	Retrospektiv kohortstudie	2019
#3	CINAHL	The effect of age AND sepsis AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric	Fagfelleurdert	8 treff	«The effect of age on the development and outcome of adult sepsis»	Longitudinal observasjonsstudie	2006
#4	CINAHL	Delegating tasks to employees AND Nurs* (Nursing, nurses, nurse)	Fagfelleurdert	4 treff	«Registered nurse leadership style and confidence in delegation»	Tverrsnitt design, kvantitativ studie	2011
#5	CINAHL	Quality of Care AND Patient Care AND Patient safety AND leadership AND management AND Nursing home AND Long-term Care Facility	Fagfelleurdert	64 treff	«The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study»	Litteraturstudie	2013

2.3 Utvalget

Litteratursøket resulterte til oppdagelsen av 5 relevante artikler og studier, som på hver sin måte vil bidra til å hjelpe meg med å besvare problemstillingen min.

«*Early, Nurse-Directed Sepsis Care*» (Ferguson, Coates, Osborn, Blackmore & Williams, 2019) er en retrospektiv, tidsbegrenset kohortstudie som evaluerer og undersøker sepsis relaterte dødsfall hos pasienter innlagt på et sykehus. Denne artikkelen tar for seg og undersøker et kvalitetsforbedringsinitiativ, designet for å fremme tidlig annerkjennelse og behandling av sepsis. Undersøkelsen spenner seg over flere år, hvor de evaluerer effekten av initiativet på sepsisrelaterte dødelighetsrater, og behovet for hurtig respons gruppeanrop. Målet med dette kvalitetsforbedringsinitiativet var å fremme tidlig identifisering av sepsis gjennom å etablere et tverrfaglig, ledende sepsisveiledende team som kan ta i bruk sykepleierens ferdigheter og kompetanse. For å måle effekten av initiativet deres, gjennomførte de en evaluering delt i periodene: preintervensjon, intervensjon og postintervensjon. Alt i alt varte studien fra januar 2010 til desember 2016.

«*Predicting mortality in patients with suspected sepsis at Emergency Department; A retrospective cohort study comparing qSOFA, SIRS and National Early Warning Score*» (Brink, Alsma, Verdonschot, Rood, Zietse, Lingsma & Schuit, 2019) er en retrospektiv kohortstudie gjennomført ved Erasmus University Medical Center i Nederland. Gjennom tilgang på en anonym database ved dette sykehuset, fikk de blant annet en oversikt over pasienter som hadde besøkt deres akuttmottak med mistanke om sepsis mellom juni 2012 og mai 2016. Det er dermed disse pasientene som ble inkludert i deres studie. Mistanken om sepsis ble definert som enten iverksettelse av ikke-profylaktisk intravenøs antibiotika behandling eller innsamling av en form for kultur, som for eksempel blodkultur, i løpet av deres besøk ved akuttmottaket. Målet med denne studien var å undersøke om den prognostiske verdien av verktøyet qSOFA sammenlignet med NEWS og SIRS, var effektiv i forutsetningen av dødsfall hos disse pasientene.

«*The effect of age on the development and outcome of adult sepsis*» (Martin, Mannino & Moss, 2006) er en longitudinal observasjonsstudie som tok i bruk nasjonale utskrivningsdata ved et sykehus i USA. Gjennom denne studien ville de undersøke og fokusere på hvordan

alder fungerer som en risikofaktor for utviklingen av sepsis og utfallet av tilstanden, samt utfallet og alvorlighetsgraden av det. Studien ble gjennomført på omtrent 500 geografisk atskilte sykehus i USA, og spant seg på 24 år (1979 til 2002).

“Registered nurse leadership style and confidence in delegation” (Saccomano & Pinto-Zipp, 2011) er en kvantitativ studie, som gjennom en tverrsnittsundersøkelse i form av to spørreskjemaer ville undersøke sykepleieren lederstil og tillit til å delegere pasientomsorgsoppgaver. Ledelse og tillit i delegering står sentralt i utøvelsen av sykepleie. For å lykkes i rollene deres som «ledere», uansett erfaring, trenger sykepleiere å forstå hvordan oppgaver best kan delegeres. Studien fant sted på The Community Medical Center i New Jersey i USA. Det var tilsammen 158 sykepleiere som deltok i undersøkelsen, hvor 14 var menn og de resterende 144 var kvinner.

“The impact of work culture on quality of care in nursing homes – a review study” (André, Sjøvold, Rannestad & Ringdal, 2013) er en litteraturstudie. De utførte et systematisk søk for å identifisere artikler som beskriver forholdet mellom arbeidskultur og kvalitet på omsorgen i sykehjem. Datasøket deres ga i utgangspunktet 14510 treff, hvor de til slutt fant frem 10 aktuelle artikler som er relevante for deres studie. De baserte utvelgelsen på deres inklusjons- og eksklusjonskriterier. De 10 artiklene var utgitt mellom 2003 og 2010, og hadde opphav fra USA og Canada. En kvalitativ metode ble brukt for å forklare og diskutere fenomener med arbeidskultur og dets påvirkning på kvalitetsnivået på omsorgen gitt på sykehjem. Hovedmålet med denne litteraturstudien var å identifisere hvilke faktorer som kjennetegner forholdet mellom arbeidskultur og omsorgskvalitet i sykehjem.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å evaluere, analysere og fremheve den litteraturen man har funnet. Man må kunne gjøre rede for hvilke kriterier man har benyttet under utvelgelsen av de diverse artiklene. Hensikten med kildekritikk er å gjøre det mulig for leseren å forstå hvilke refleksjoner skribenten har gjort angående relevans og gyldighet av litteraturen man har valgt for å kunne belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158-159).

Valg av artikler ble vurdert opp mot mine inklusjon- og eksklusjonskriterier. Artikkelen skal være skrevet med IMRaD-struktur, samt være fagfellevurdert. Jeg startet med å lese artikkelenes overskrifter og deretter deres sammendrag, for å kunne få et innblikk i innholdet, slik klarte jeg å inkludere de jeg tenke var relevante, og ekskludere de andre. Optimalt ønsket jeg å fokusere på artikler skrevet innen de siste fem årene, men der dette ikke ga relevante treff, valgte jeg å utvide søket til de siste 10 årene. En av artiklene valgt er skrevet i 2006, men grunnet dets relevans, gyldighet og holdbarhet velger jeg å inkludere den.

Jeg valgte å ekskludere artikler som omhandler pårørende, helsepersonell eller pasienters opplevelse av sepsis, da dette ikke er relevant for min problemstilling. Artikler som fokuserer på identifisering av sepsis hos eldre, og hvordan symptomer kan variere hos denne pasientgruppen ble inkludert, selv om de ikke fant sted på sykehjem. Det var ønskelig at artiklene fant sted på en slik institusjon, men grunnet et begrenset funn på dette, valgte jeg å anvende problemstillinger som også foregikk på spesialisthelsetjenesten. Dette førte til at fire av fem artikler jeg har inkludert, finner sted på sykehus og ikke sykehjem. Jeg har allikevel valgt å inkludere disse siden identifisering av sepsis og bruk av kartleggingsverktøy på sykehus har en overføringsverdi til sykehjem. Artikler som omhandler sykepleierens funksjonsområder, slik som veiledning og undervisning, samt ledelse av andre medansatte er relevant i besvarelsen av min problemstilling, og er dermed inkludert.

Forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er skrevet på engelsk, som kan påvirke hvordan artiklene er tolkes og oppfattet. En svakhet med dette kan være at deler av innholdet misforstås. Når det gjelder faglitteratur, har valgt å inkludere en bok skrevet i 1997. Denne boka er en primærkilde, skrevet av teoretikeren Florence Nightingale og bærer derfor både gyldighet og holdbarhet.

3 Resultat

3.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale (1997) understreker betydningen av å kunne observere pasientens kliniske tilstand og hevder at det er den viktigste praktiske kunnskapen enhver sykepleier kan gis.

Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiere, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere; hvilke symptomer som tyder på bedring, og hvilke som tyder på det motsatte; hvilke som er nyttige, og hvilke som ikke er det (...). (Nightingale, 1997, s. 149)

Evnen og kunsten til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring, og øves opp gjennom direkte møte med pasienter. Observasjonene som foretas tolkes som utgangspunktet for videre vurderinger, beslutninger og handlingene som sykepleieren utfører i pleie, omsorg, behandling, lindring, forebygging, rehabilitering, habilitering og avslutningsvis hjelp til en verdig død (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). For å kunne utøve optimal pleie til pasienter, må sykepleieren ha sansene åpne for alle forandringer som kan forekomme i pasientens kliniske tilstand, ved å observere symptomer og tegn for å følge med på hvordan sykdomsforløpet utvikler deg. Utgangspunktet for observasjonskompetansen bygger på kunnskaper om kroppens normale anatomi og fysiologi, og om patofysiologiske prosesser og sykdom. Det vil være nødvendig at sykepleierens retter sin fulle oppmerksomhet til pasienten ved møte, slik at vedkommendes subjektive opplevelser av sykdomstilstanden samt deres objektive tegn til forandring blir observert (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24).

Når en observerer pasientens tilstand, må en aldri glemme hva som er formålet med handlingen. Nightingale (1997, s. 167) betegner at formålet med observasjonen ikke er å samle opp haugevis av variert informasjon eller underlige fakta, men heller å kunne bidra til å medvirke i å redde liv og styrke helse og komfort.

3.2 Sepsis

Sepsis defineres som «forråtnelse» og blir ofte oversatt til «blodforgiftning» av helsepersonell når det forklares til pasienter og deres pårørende (Rygh et al., 2016, s. 94). Forekomsten av sepsis skyldes en infeksjon eller bakteriemi som har utløst en livstruende og ukontrollerbar svikt i vitale organfunksjoner. Bakteriemi oppstår når bakterier befinner seg og/eller produseres i blodbanen. Ved sepsis produseres og frigjøres det et flertall av biologiske substanser som vil bidra til å skape en forstyrrelse i normalfunksjonen til livsviktige organer og biologiske systemer i kroppen, der respirasjons- og sirkulasjonssvikt er de vanligste dysfunksjonene (Rygh et al., 2016, s. 94). Tilstanden forårsaker en drastisk aktivering i kroppens infeksjonsforsvar, samt dets kaskade-, koagulasjon- og inflammatoriske system. Slik utvikles det en alvorlig systematisk inflammasjon i kroppen som resulterer til organsvikt, grunnet sviktende reguleringsmekanismer.

Det finnes ulike alvorlighetsgrader av tilstanden, inndelt i sepsis, alvorlig sepsis og septisk sjokk. Pasientens alder og helsetilstand, etiologi og utførte behandlingstiltak er blant de faktorene som er bestemmende for hastigheten tilstanden utvikler seg mellom de forskjellige alvorlighetsgradene. Det regnes med at omtrent hver fjerde pasient med sepsis, vil utvikle alvorlig sepsis (Dellinger mfl. 2013, Neviere 2014, 2016; Rygh et al., 2016, s. 94).

3.3 Akutt sykdom hos eldre på sykehjem

Den vanligste årsaken til akutte sykdomsepisoder på sykehjem er infeksjoner (Ranhoff, 2016, s. 228). Eldre mennesker, spesielt de som i utgangspunktet er skrøpelige og har kroniske lidelser og nedsatt funksjonsevne, har høy risiko for å utvikle akutt sykdom. Fysiologiske aldersforandringer, funksjonssvikt og komorbiditet har ved akutte sykdomsepisoder stor betydning for diagnostikk, forløp og prognose. Når vi tilbyr helsehjelp til akutt syke eldre pasienter, er det flere ledd som må foregå parallelt, blant disse er diagnostikk, medisinsk behandling, forebygging av komplikasjoner og rehabilitering. For å sikre en fin flyt mellom de forskjellige leddene, er tverrfaglig samarbeid og sykepleierens funksjoner helt sentrale (Ranhoff, 2016, s. 226).

Skrøpelige eldre mennesker er sårbare og må behandles med den største varsomhet, samt den beste kompetanse. Akutt sykdom hos denne pasientgruppen medbringer spesielle

utfordringer for helsepersonell, siden de har spesielle behov og karakteristika som skiller dem fra yngre mennesker som også er akutt syke (Ranhoff, 2016, s. 226).

Det som skiller den akutt syke eldre pasienten fra andre pasientgrupper, er at de har diffuse symptomer, tegn og indikasjoner på sykdom grunnet aldersforandringer, samt komorbiditet og polyfarmasi. De vil dermed ha større risiko for å få komplikasjoner, økt funksjonssvikt og i verste fall død.

Når pasienter på sykehjem rammes av akutt og alvorlig sykdom, vil det ofte være naturlig å avstå fra omfattende diagnostikk og intervensjoner, og heller fokusere på å lindre smerter, plager og yte god omsorg og pleie. En slik beslutning må alltid være basert på en grundig vurdering, der korrekt diagnostikk, samt en oversikt over pasientens totale helse- og funksjonsmessige status, står sentralt. Pasientens antatte ønsker eller konkrete uttalte meninger må også vektlegges under en slik vurdering (Ranhoff & Linnsund 2005, Helsedirektoratet 2013; Ranhoff, 2016, s. 235).

Når akutte sykdommer opptrer på sykehjem, er det ofte slik at legen sjeldent er tilgjengelig eller tilstede umiddelbart. Som oftest blir det derfor sykepleieren som må håndtere den første fasen når noe akutt inntreffer. Denne fasen omhandler å få tilstrekkelig oversikt og informasjon ovenfor situasjonen, iverksette nødvendige tiltak for å minske forverring, begrense skadeomfang og lindre symptomer. Videre må sykepleieren vurdere om lege skal tilkalles, og om det er behov for å tilkalle ambulanse umiddelbart. Når en slik hektisk situasjon forekommer, behøver sykepleieren å delegere oppgaver og få bistand av andre medarbeidere. Personalet vil kunne arbeide mer effektivt og kjenne økt trygghet dersom prosedyrer og arbeidsfordeling ved slike medisinske nødsituasjoner regelmessig blir gjennomgått (Ranhoff mfl. 2007, Ranhoff 2014; Ranhoff, 2016, s. 235).

3.3.1 Fysiologiske aldersforandringer og atypiske, diffuse og uspesifikke symptomer

Forandringer relatert til alder og vekst er komplekse og individuelle, og kan være kontrollert av både miljømessige og genetiske faktorer (Mensen, 2016, s. 57). Organsystemene i kroppen eldes til ulik tid hos et hvert individ. Under aldringsprosessen vil også immunresponsen forandres, ved at organismens evne til å forsvare seg mot

mikroorganismer reduseres. Dette medfører til at kroppens forsvarsevne hos den eldre pasientgruppen svekkes (Mensen, 2016, s. 53,56). Det kan tolkes at kroppens immunsystem hos denne pasientgruppen, vender seg mot seg selv, som bidrar til at en lavgradig inflammasjon oppstår. Kroppen vil dermed mobilisere immunforsvaret mot egne organer og ha en dempet forsvarsevne mot ytre påkjenninger, som for eksempel infeksjoner (Pizza, Agresta, D'Acunto, Festa & Capasso, 2011; Mensen, 2016, s. 56).

Når eldre pasienter får en akutt sykdom vil allmennsymptomer ofte være mer dominerende, mens karakteristiske organsymptomer vil være kamuflert eller dempet. Ofte vil en forverring i pasientens habituelle situasjon være forsterket, gjennom økt funksjonssvikt, delirium eller økt falltendens. Allmennsymptomene kan også ofte gi utslag i akutt funksjonssvikt, grunnet at aldersforandringer har en innflytelse på symptomene som oppstår. Allmenntilstanden har lettere for å bli påvirket hos eldre mennesker enn yngre, siden de i utgangspunktet er mer sårbare og svakere (Ranhoff, 2016, s. 226).

3.4 Kartleggingsverktøy

For å kunne identifisere pasienter som står i fare for å utvikle et alvorlig sykdomsforløp eller forverring, er det blitt produsert ulike kartleggingsverktøy. Ved mistanke om sepsis, finnes det flere verktøy man kan anvende for å kartlegge tilstanden og symptomer den kan medbringe. Kartleggingsverktøy bygger på fysiologiske målinger av pasientens vitale tegn og vurdering av bevissthet. Resultatet av målingene gir et viktig grunnlag for vurderingen av pasientens tilstand. Slik kan man også vurdere om tilstanden har endret seg over tid, for å kunne identifisere om pasienten er i risiko for sykdomsutvikling, forverring og/eller død, samt om tilstanden krever tilsyn av en lege. Det finnes flere verktøy der diverse målinger av vitalia tildeles en skår, blant disse er NEWS (Alam et al., 2014, 2015, Gardner-Thorpe et al., 2006, Goldhill et al., 2005, Royal College of Physicians 2012; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32).

3.4.1 NEWS

Royal College of Physicians utga i 2012 et vurderingsskjema med navn «National Early Warning Score», også kjent som NEWS. Dette kartleggingsverktøyet bidrar til å gi en

systematisk oversikt av svikt i pasientens vitale funksjoner og organer, som viser seg å være enkel å anvende som et utgangspunkt ved mistanke om endringer i pasientens tilstand.

Grunnlaget for å utvikle et nytt skjema var behovet for et standardisert skjema som er sammenlignbart i forskjellige situasjoner og som alle kan benytte og bli godt kjent med. For å utføre en slik kartlegging, måles pasientens respirasjons- og pulsfrekvens, bevissthetsnivå, oksygenmetning, systolisk blodtrykk og kjernetemperatur (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32).

Ved bruk av NEWS gis det en skår fra 0 poeng og oppover, hvor skåren bestemmer utførelsen av fastsatte tiltak og intervensjoner. Ved lav skår, sammenlagt 1-4, skal pasienten ha tilsyn av en sykepleier som videre skal vurdere behovet for høyere overvåking og/eller om det er nødvendig å iverksette andre tiltak. Ved middels og høy skår, sammenlagt 5-6 og høyere, krever pasienten øyeblikkelig tilsyn av spesialist/lege for å bedømme akutt sykdom og vurdere overflytting til en avdeling med høyere overvåkningsnivå, samt om det må iverksettes andre tiltak enn det som allerede er utført (Royal College of Physicians, 2012; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32-33). Poengskåren kan i tillegg benyttes til å vurdere hvor ofte pasienten trenger tilsyn. Ved NEWS skår på 0, anbefales det å utføre en ny måling av vitale parameter etter 12 timer. Hos pasienter med middels skår, trenger pasienten tilsyn, samt ny måling hver 4-6. time. Ved høy skår, behøver pasienten kontinuerlig overvåking av vitale tegn (Royal College of Physicians, 2012, Alam, mfl. 2015; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33).

Gamle mennesker har mindre fysiologisk reservekapasitet enn yngre. Dermed kan avvik fra det normale innenfor hver enkelt registrering hos eldre, være alvorlig nok til å kreve hurtig legetilsyn. For eksempel kan hurtig og anstrengt respirasjon eller et moderat blodtrykksfall være alvorligere hos gamle enn hos friske voksne, mens feber som symptom på infeksjon kan mangle (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33-34).

3.4.2 Quick-SOFA

Quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment Score (qSOFA) er et kartleggingsverktøy som kan benyttes hos pasienter ved mistanke om sepsis, og for å identifisere utviklingen av et alvorlig infeksjonsforløp. Dette verktøyet kan anvendes i situasjoner hvor det er krevende å

utføre en full SOFA-skår. SOFA-skår graderer organsvikt, og evaluerer respirasjon, sirkulasjon, koagulasjon, leverfunksjon, nyrefunksjon og sentralt nervesystem (Rygh et al., 2016, s. 94). For å kunne utføre en slik kartlegging behøves det blodprøvesvar, noe som ikke er enkelt tilgjengelig på en institusjon som sykehjem. Det er begrenset med ressurser og verktøy, noe som gjør det enklere å heller utføre en qSOFA-skår. qSOFA består av følgende kriterier: Respirasjon > 22 per minutt, systolisk blodtrykk < 100 mmHg og endret bevissthetsnivå. Ved mistanke om infeksjon, samt utslag på to eller flere av disse kriteriene vil det insinuere at pasienten kan ha organsvikt (Rygh et al., 2016, s. 94).

3.5 Den eldre sykehjemsbeboeren

I 2017 var det om lag 42 000 personer registrert som beboer på sykehjem (pensjonistforbundet, u.å.). Et høyt antall av beboerne har passert alderen 67, og hele 77 % er over 80 år. De har sterkt redusert funksjonsevne, og de fleste har også en komorbid problemstilling (Gabrielsen, 2013, Mørk et al., 2013; Hauge, 2016, s. 267). Beboerne har dermed et stort behov for bistand og assistanse i de dagligdagse gjøremålene, samt til å ivareta sine grunnleggende behov. De som bor på sykehjemmet tilbringer hele døgnet der, de sover, spiser, og har sin fritid på samme sted (Garsjø, 2008; Hauge, 2016, s. 265). Det har derfor stor betydning at sykehjemmet betraktes som et godt sted å bo (Helse- og sosialdepartementet, 2013; Hauge, 2016, s. 265).

3.5.1 Sykepleier på sykehjem

De ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester har som ansvar for å forvalte helsehjelp til eldre mennesker med redusert fysisk og/eller psykisk funksjonsevne og kompliserte medisinske tilstander. Dette krever høy sykepleiefaglig kunnskap og kompetanse. Det stilles derfor store krav til å drive fagutvikling og organisert sykepleie slik at beboerne mottar nødvendige og optimale tjenester innenfor helse og omsorg (Hauge, 2016, s. 265).

Beboernes nedsatte helsetilstand, og det at behandling og omsorg ytes i en institusjonell sammenheng, gjør sykehjem til en spennende og faglig utfordrende arbeidsplass der det helhetlige sykepleiefaglige kompetansen blir utfordret. På en slik institusjon skal det gis aktiv medisinsk behandling til pasienter med kompliserte sykehistorier med sammensatte

sykdomstilstander og et fullkomment og helsefremmende pleie- og omsorgstilbud til eldre med redusert evne til å ivareta sine behov (Hauge, 2016, s. 269).

Når det gjelder kvalitetssikring på en slik institusjon, har sykepleieren en nøkkelrolle i å bevare kvalitet på tjenestetilbudene. Sykepleieren bidrar til å sette standard for kvalitet- og fagutøvelse på både individnivå gjennom direkte møte med den enkelte beboer, og på avdelingsnivå i form av faglig ledelse og samhandling med andre profesjonsgrupper (Hauge, 2016, s. 269).

3.5.2 Den ufaglærte arbeidsgruppen

I dagens kommunale helse- og omsorgstjenester, finnes det en omfattende andel ufaglærte ansatte. Tall fra 2014, viser at det var omtrent 25 % av personalet i slike omsorgstjenester som ikke hadde relevant fagutdanning, samtidig økte også behovet for mengden omsorg beboerne behøvde. Mangelen på sykepleiere i kommunale helse- og omsorgstjenester er økende, dermed er det essensielt å etablere og opprettholde et godt faglig og praktisk miljø med muligheter for utvikling, undervisning og grundig opplæring. (Flodgren, Bidone & Berg, 2017, s. 14).

På sykehjem samarbeider og samhandler sykepleiere tett med den ufaglærte gruppen, som ansettes fordi det har vist seg vanskelig å rekruttere tilstrekkelig sykepleiere og helsefagarbeidere i en slik institusjon. Sammenlignet med den ufaglærte arbeidsgruppen, er det sykepleieren som innebefatter høyest faglig kompetanse. De har derfor det overordnede ansvaret for utvikling og opprettholdelsen av et aktivt fagmiljø. Denne arbeidsgruppen har behov for grundig opplæring for å utøve og funksjonere optimalt i arbeidet (Hauge, 2016, s. 279).

3.5.3 Eldrebølgen

I Norge startet tallet på eldre å øke allerede omtrent 1950. Med «eldre», menes det personer over 67 år. Norge var blant de første landene i verden som fikk det som ofte omtales som en «eldrebølge», som innebærer en økning i antall eldre personer. Den første eldrebølgen varte fra 1950 til 1990, der antall personer over 67 år økte fra ca. 250 000 til ca.

600 000 (Statistisk sentralbyrå, 1994; Romøren, 2016, s. 29). Det antydes av befolkningsforskere, at en slik stor bølge har ankommet og vil kontinuerlig øke mellom år 2010 til omtrent 2050, hvor antallet av eldre mennesker i Norge vil bli om lag én million. Trolig vil ca. 25 % av befolkningen bestå av en eldre befolkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; Romøren, 2016, s. 29-30).

3.6 Pasientsikkerhetsprogrammet, “I trygge hender 24-7”

Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (World Health Organization [WHO], 2017).

Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* skal bidra til å redusere pasientskader i Norge, gjennom målrettede tiltak på utvalgte områder i hele helsetjenesten. Formålet med tiltakene for tidlig identifisering og behandling av sepsis er å redusere dødelighet som følge av tilstanden (Helsedirektoratet, 2018). Siden programmet ble iverksatt i 2016 har fokuset vært på spesialisthelsetjenesten. Nå retter de blikket mot kommunale helse- og omsorgstjenester, gjennom samarbeid med utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, som er en nasjonal satsing som skal bidra til gode helse- og omsorgstjenester i kommunen (Helsedirektoratet, u.å).

3.7 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleieren har fagspesifikke funksjoner og ansvar som affiserer måten vedkommende tilnærmer seg og ivaretar pasienter på. De beskrives i form av den handlings- og beredskapskompetansen sykepleierstudenten skal tilegne seg gjennom studieforløpet, og i lover og yrkesetiske retningslinjer som regulerer utøvelsen av sykepleie. Evnen til å ivareta og utføre dette faglige ansvaret kan påvirke kvaliteten på sykepleien som gis. Utøvelsen av sykepleie innebærer direkte pasientrettede oppgaver, og omfatter de forebyggende, helsefremmende, behandlende og rehabiliterende funksjoner. I tillegg omfatter sykepleien også indirekte pasientrettede oppgaver som undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21-22).

3.7.1 Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon

Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjoner kan inndeles i tre kategorier, og rettes mot mennesker som er friske, samt de som er utsatt for helsesvikt og mot de som allerede er syke. Primærforebyggende tiltak innebærer å fremme helse, ved å styrke pasientens ressurser. Sekundærforebyggende tiltak omhandler tidlig identifisering av tegn og symptomer ved sykdom, samt å iverksette tiltak for å forebygge potensiell helsesvikt. Dette kan innebære å observere og vurdere symptomer og tegn til forverring i pasientens tilstand, og videreformidle dette til legen slik at riktig behandlingstiltak kan settes i gang. Tertiærforebyggende tiltak innebærer å forhindre sjansen for utviklingen av komplikasjoner ved sykdom, undersøkelser og behandling, og å forebygge at det oppstår nye helserelaterte problemer hos pasienter med kronisk sykdom eller helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

3.7.2 Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon innebærer å informere og veilede både pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Disse funksjonene omhandler å bidra til læring, utvikling og mestring og er nedfelt i helselovgivningen. Ved foreta disse funksjonene hos medarbeidere og studenter vil det medvirke til å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet til pasienter ved at kunnskapsnivået øker. Utøvelsen av ferdigheter vil også forbedres, samt at de kritiske refleksjonene over ens egen utøvelse av pleie fremmes (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 19).

3.7.3 Sykepleierens administrative funksjon

Sykepleierens administrative funksjon handler om å både delegere arbeidsoppgaver i samsvar med medarbeiderens kompetanse og å yte sykepleie i konkrete pasientsituasjoner. Sykepleieren har i tillegg en selvstendig oppgave i å koordinere behandlings- og rehabiliteringsfunksjoner i samarbeid med andre aktuelle profesjons- og behandlingsgrupper. Som sykepleier har du også ansvar i å assistere, koordinere, observere og dokumentere resultatene av den medisinske behandlingen pasienten har mottatt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

3.7.4 Sykepleierens fagutviklende funksjon

Sykepleierens fagutviklende funksjon innebærer å holde seg faglig oppdatert samt å bidra til regelmessig kvalitetsforbedring i praksis ved å blant annet lese fag- og forskningslitteratur, og å anvende, innarbeide og bidra til utvikling av ny kunnskap. For å kunne oppnå dette, kreves det at sykepleieren har interesse for å videreutvikle egen kompetanse og har en positiv holdning til utvikling og forandringer. Optimal og fullkomment klinisk utøvelse av pleie karakteriseres ved at sykepleieren bevisst vurderer om det behøves å igangsette sykepleiehandlinger, innenfor alle delfunksjonene innunder pasientomsorgen. Dette vil bidra til å kvalitets sikre ytelsen av pleie (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

Denne funksjonen omhandler også systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling og utviklingsarbeid i samsvar med endringer og behov i samfunnet. Det kreves at sykepleiere kan anvende relevant resultater av forskning, dokumenterer, kvalitetssikrer og evaluerer sin egen utøvelse av sykepleie, samt at vedkommende er bevisst på og kjenner grenser for egen kunnskap, kompetanse og ferdigheter. Det forventes også at sykepleieren etterspør og deltar i lærings situasjoner på arbeidsplassen for å kunne utøve faglig forsvarlig pleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

3.7.5 Faglig miljø og fagutvikling på sykehjem

På sykehjemmet har sykepleieren et overordnet ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet. Slik får sykepleieren ansvar på flere nivåer, slik som å lede pleieteamet, bidra til fagutvikling og kvalitetsarbeid (Hauge, 2016, s. 277).

Sykepleieren har selv det overordnede ansvaret for organisering av eget arbeid, og innbefatter en sentral rolle i å lede pleieteamet bygd opp av forskjellige yrkesgrupper og ufaglærte på en slik måte at kvaliteten på tjenestetilbudet blir fullkommet. Den sykepleieren som innehar lederrollen skal kunne sette faglig standard for den behandlingen, pleien og omsorgen som utøves, ved å blant annet fordele og delegere arbeidsoppgaver slik at medarbeidernes kunnskap, kompetanse og ferdigheter utnyttes for beboernes beste. Som leder av pleieteamet må sykepleieren arbeide for å inkludere alle medarbeiderne i en

arbeidsform som stimulerer og resulterer til å gi beboerne et godt faglig tjenestetilbud i tråd med lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer (Hauge, 2016, s. 277-280).

Ansatte i helse- og omsorgssektoren jobber ofte i team. Beboerne har behov for tjenester, der arbeidsoppgavene ikke seg løse av enkeltpersoner. Særdeles krever komplekse og sammensatte utfordringer at man arbeider samlet (Ingstad, 2019, s. 39-40). For at et team skal fungere, er det fire funksjoner som står sentralt: kontroll, omsorg, opposisjon og lojalitet (Sjøvold, 2014; Ingstad, 2019, s. 40). Teamarbeidet krever teamledelse. Sentralt i dette, står det å etablere gode team, som innebærer at man bygger konstruktive relasjoner. Her er tillitt og motivasjon vitale faktorer. Teamtillitt innebærer at ansatte opplever en høy relasjonell trygghet, mens motivasjon omhandler å stimulere dem til å stå på (Busch, 2012; Ingstad, 2019, s. 40).

3.8 Presentasjon av forskningsartikler

I løpet av Ferguson et al. (2019) sin syvårige intervensjon reduserte antall sepsisrelaterte dødsfall fra 12,5% til 8,4%. Dette var resultatet etter innføring av sykepleierrettet pleie, som bidro til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak hos pasienter som ankom deres akuttmottak med mistanke om sepsis. De konkluderer med at introduksjonen av sykepleierrettet omsorg var en kritisk del av deres suksess, gjennom å utnytte deres kompetanse og ekspertise til å fjerne barrierer som forhindret effektiv kommunikasjon blant aktuelle yrkesutøvere i pleieteamet. Resultatene deres fremhever betydningen av sykepleierens rolle i å identifisere sepsis, og mener dermed at yrkesgruppen bør inkluderes i sepsisrettet tiltak og behandling både i direkte kontakt med pasienten, samt i det tverrfaglige samarbeidet.

I studien til Brink et al (2019) var det totalt 8204 pasienter som ble inkludert. 286 døde i løpet av 10 dager og 490 innen 30 dager etter presentasjon av symptomer og tegn til sepsis. Det ble konkludert med at NEWS var det verktøyet som var mest nøyaktig i identifisering av tilstanden og i å forutsi mortalitet, etterfulgt av qSOFA og SIRS. Deres funn antyder at implementeringen og bruk av NEWS vil bidra til å potensielt hjelpe den til å tidlig oppdage alle pasienter som er utsatt for sykdomsforverring, samt sepsisrelaterte dødsfall (Brink et al., 2019).

Hovedfunnene til Martin et al. (2006) omhandler at eldre pasienter, altså de over 65 år, utgjorde 64,9% av alle sepsistilfellene som ble presentert under studiets prevalens. Pasienter som tilhører denne aldergruppen hadde større risiko for å dø, som følge av tilstanden. Tilfeller av dødsfall økte også lineært med økt alder, dermed regnes alder som en uavhengig risikofaktor for mortalitet. Eldre pasienter med sepsis dør tidligere under sykehusinnleggelsen, sammenlignet med en yngre pasientgruppe. I tillegg hadde de eldre som bekjempet tilstanden, en større sannsynlighet for å bli utskrevet til andre institusjoner, som sykehjem eller andre typer helsetjenester. Konklusjonsvis viser det seg at forekomsten av sepsis økes uforholdsmessig hos eldre mennesker. De eldre overlevende trenger oftere dyktige og god sykepleie og rehabilitering i etterkant av sykehusoppholdet. Disse funnene har implikasjoner for pasientbehandlingen og ressursprioritering og gir innsikt for utvidede undersøkelser og potensielle intervensjoner.

Funnene til Saccomano & Pinto-Zipp (2011) innebærer at ferdigheter til å delegere oppgaver påvirkes av den tillitten nyutdannede sykepleiere har til egen kunnskap. Nyutdannede sykepleiere var mindre sikre på egen måte å delegere oppgaver på, enn de med mer erfaring. Sykepleiere med minst 5 års klinisk erfaring opplevde det å delegere oppgaver til andre faggrupper, som ufaglærte, som mindre krevende. Det betydelige toveis samspillet mellom pedagogisk kunnskap og klinisk erfaring, påvirket sykepleierens selvtillit til å delegere pasientrettede oppgaver til de ufaglærte medarbeiderne. Det vil også være viktig at sykepleieren delegerer oppgaver som samsvarer med den ufaglærtes kompetanse og ferdigheter, slik at pasientsikkerheten og kvaliteten på pleien bevares.

Ni av de ti artiklene André et al. (2013) inkluderte i deres litteraturstudie understreker viktigheten av lederstil, samt den rollen en støttende ledelse har for økningen av kvaliteten på omsorg i sykehjem. Økt deltakelse og innflytelse blant de ansatte var viktige faktorer som bidro til å forbedre omsorgskvaliteten. Assosiasjonen mellom et godt arbeidsmiljø, arbeidskultur og pleiekvaliteten ble også fremhevet. Det vil være nødvendig å foreta endringer for å øke helsepersonellens trivsel på arbeidsplassen, samt den innflytelsen de har på sykehjem. Ved å bli inkludert i beslutninger og kunne ha mulighet til innvirkning, kan det resultere til at de ansatte føler seg involvert og mer engasjert, slik kan målet om å oppnå best mulig pleie, omsorg og sikkerhet til beboerne nås mer effektivt.

3.9 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Sykehjemmet er styrt av lovverk, som fremstiller ansvarsfordelingen, tjenestene som ytes, samt plikter og rettigheter helsepersonell og pasienter inneholder. Helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven er de tre lovene som står sentralt. Førstnevnte har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i tjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). §4 omhandler forsvarlighet, og understreker at arbeidet som utføres skal samsvare med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som det forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter, samt situasjon for øvrig. §5 uttrykker at helsepersonell har mulighet til å overlate oppgaver til annet helsepersonell dersom det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølgingen som gis.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten og gir dem rett til tilgang på nødvendig helsehjelp i, samt medvirkning og rett til å klage på vedtak og utførelsen av tjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) presenterer hvilke tjenester og oppgaver kommunen skal sørge for. §4-1 omhandler forsvarlighet, og befester at tjenestene som tilbys eller ytes skal være forsvarlig, samt at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og verdig tilbud, samt at helsepersonellet som utfører tjenestene er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. §4-2 omhandler sistnevnte og plikter at de som yter helsetjeneste sørger for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Norsk sykepleierforbund ønsker blant annet å sikre etisk sykepleiefaglig standard. På vegne av dette har forbundet utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de pliktene som er fundamentale for å bevare optimal utførelse av sykepleiepraksis. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019).

4 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg basert på de mest fremtredende funnene i de inkluderte forskningsartiklene drøfte, i sammenheng med Nightingales sykepleieteori, det teoretiske rammeverket, samt egne erfaringer, for å forsøke å finne svar på oppgavens problemstilling: «Hvordan kan sykepleiere bidra til å sikre at tidlig tegn på sepsis blir identifisert hos eldre sykehjemsbeboere?»

4.1 Kunsten til å observere

Man kan spekulere over hvordan Nightingales sykepleieteori har forblitt relevant til den dag i dag, men ingen undrer over faktumet at kunsten til å observere fremdeles er en av de viktigste kompetansene sykepleieren har. Observasjon danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningene, og handlingene som sykepleieren utfører i sitt arbeid i møte med enhver pasient (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Å kunne observere tegn til endring, forverring eller bedring i pasientens kliniske tilstand er en essensiell ferdighet sykepleieren har, spesielt ved sepsis. Det vil være nødvendig at sykepleieren vet hva hun/han skal observere, ved møte med pasienten (Nightingale, 1997, s. 151).

I de yrkesetiske retningslinjer nevnes det at sykepleieren har ansvar for en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Når en skal utøve sykepleie til sepsispasienter, er den sekundærforebyggende funksjonen som vektlegges. Sykepleieren må ha kompetansen til å observere og identifisere tidlig tegn til infeksjon og utvikling av organsvikt, som er vesentlig for å kunne starte å iverksette de nødvendige tiltakene så tidlig som mulig. Målet med pleien som ytes er at tilstanden ikke utvikler seg til alvorlig sepsis og septisk sjokk (Rygh et al., 2016, s. 96). Vi vet at forekomsten og risikoen for å få, samt å dø av sepsis øker synkront med alderen, noe som understøttes i studien til Martin et al. (2006). Resultatet fra denne studien, kan overføres til norske forhold, da det har blitt påvist at antall eldre i den norske befolkningen har økt signifikant med tiden og vil fortsette å øke med tiden fremover (Ertzeid, mfl., 2018). Under punkt 3.5.3, forklares dette med navn «eldrebølgen». Simultant med den eldrebølgen som inntreffer, vil også forekomsten av sepsis antageligvis også øke (Knoop et al., 2017). Erfaringer jeg har hatt i praksis påpeker dette, da flertallet av pasientene som fikk

eller ble innlagt med mistanke om sepsis, tilhørte den eldre befolkningen. Imidlertid kan det være krevende å identifisere tidlig tegn hos de eldre pasientene grunnet atypiske og diffuse symptomer og fysiologiske aldersforandringer, som beskrives i punkt 3.3.1. Grunnet dette kan symptomutvikling hos de eldre oversees ved mangel på den aktuelle kunnskapen om aldringsprosessen og innvirkningen den har på symptomer ved sykdom og infeksjon. Beboere på sykehjem tilhører denne aldersgruppen, dermed må de ansatte være bevisst på symptomene som kan forekomme ved akutt sykdom.

Mange av de som bor på sykehjemmet, har bodd der over en viss tidsperiode. Under denne perioden har sykepleieren og medansatte ideelt innhentet tilstrekkelig kjennskap til beboerens normalfunksjon, og har lettere for å observere endring i deres tilstand. Dette er mest i tråd med mine erfaringer fra praksis, hvor det ble observert at en tidligere oppegående beboer brått fikk økt falltendens og senere mistet nærmere all funksjon. Imidlertid, skjønte ikke sykepleieren hva slike symptomer kunne indikere, og begrunnet heller funksjonstapet med lite søvn. Dette kan tyde på mangel på kunnskap omhandlende sykdomsprosessen hos den eldre individ.

Som det blir nevnt i punkt 3.3.1, samt i artikkelen til Martin et al. (2006) kan de eldre, grunnet komorbiditet og aldringsprosessen, få atypiske og diffuse symptomer ved akutt sykdom og sepsis. I pensum står det at beboerens allmentilstand forverres og karakteristiske organsymptomer kan være dempet eller helt utelukket, ved akutt sykdom. Beboerens habituelle funksjon vil også svekkes, i form av økt funksjonssvikt, økt delirium og/eller økt falltendens (Ranhoff, 2016, s. 226). Ved oppdagelse av dette, må sykepleieren være bevisst på at det kan indikere tegn på noe akutt, selv om de typiske organsymptomene ikke er tilstede. Sykepleieren må ha kunnskapen til å gjenkjenne slike symptomer, og vite hva det kan være en indikasjon på, og hvilke intervensjoner som må gjennomføres for å kunne kartlegge hva som skylder disse symptomene, med fokus på vitale tegn og bruk av kartleggingsverktøy som NEWS og qSOFA.

4.2 Kartleggingsverktøyets relevans for identifiseringen av sepsis

For å kunne oppdage sepsis på et tidlig stadium må en alltid være bevisst på at tilstanden kan forekomme hos ethvert individ til enhver tid. Man bør besitte den nødvendige

kunnskapen for å gjenkjenne risikofaktorer, tegn og symptomer, samt betenke hvilke tiltak som må implementeres for å øke overlevelsessjansen. Dette styrkes i pasientsikkerhetsprogrammet, I trygge hender 24-7, der bruk av kartleggingsverktøy er et av tiltakene for tidlig identifisering av sepsis (Helsedirektoratet, 2018).

De finnes ulike kartleggingsverktøy som kan anvendes ved mistanke om sepsis. Verktøyene skal bidra til å identifisere tilstanden på et tidlig stadium, da dette er kritisk for videre behandling og utfall. For hver time behandlingen av tilstanden forsinkes, vil sjansen for mortalitet øke (Geminisenter for sepsisforskning, u.å.). Slik det er beskrevet i punkt 3.4 bygger kartleggingsverktøyene på fysiologiske målinger av pasientens vitale tegn, samt bevissthetsnivå (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32). For å kunne oppdage endring eller forverring i pasienters tilstand kreves det at sykepleieren har kunnskaper og kompetanse til å tolke, samt vurdere pasientens symptomer og fysiologiske vitale målinger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33). Ved bruk av slike verktøy i møte med den eldre beboeren, kan resultere i derimot gi feil inntrykk, grunnet deres mindre fysiologiske reservekapasitet slik beskrevet i punkt 3.4.1. Tilstrekkelig kunnskap og kompetanse angående dette er noe som bygges opp og forsterkes gjennom klinisk erfaring, samt teoretisk kunnskap.

På et sykehjem er det begrenset med ressurser, som kan gjøre det vanskelig å utføre ulike kartlegginger. Ved mistanke om sepsis, kan en benytte verktøy som NEWS og qSOFA for å vurdere tilstanden til beboerne på sykehjemmet. En full SOFA-skår derimot, kan være krevende å gjennomføre når man befinner seg i en akutt situasjon på en slik institusjon. For å kunne utføre en slik kartlegging, behøves det ulike blodprøvesvar som på et sykehjem ikke er lett fremkommelig (Rygh, et al., 2016, s. 94). En konsekvens av dette kan det være mangel på tilstrekkelig og detaljert informasjon angående pasientens organfunksjon, som i utgangspunktet ville bidra til å gi sykepleieren, samt legen en sterk indikator på alvorligheten av situasjonen. På vegne av dette, kan man heller bruke qSOFA som bare består av tre kriterier, og er dermed lett anvendbar i en akutt situasjon. I punkt 3.4.1 beskrives NEWS som et standardisert kartleggingsskjema, som skal bidra til å identifisere endringer i pasienters tilstand. For å utføre en slik kartlegging, kreves det ulike fysiologiske målinger som resultativt vil gi en indikasjon på pasientens organfunksjon. Dette definerer et utgangspunkt i videre kartlegging av endringer i vedkommendes tilstand (Rygh, et al., 2016, s. 94). Forskning viser

at NEWS er det verktøyet som er mest nøyaktig i identifiseringen av sepsis og i å forutsi mortalitet, etterfulgt av qSOFA (Brink et al., 2019). Dette er mest i tråd med mine erfaringer fra tidligere praksis på sykehus, der bruk av NEWS bidro til å opplyse helsepersonellet om beboerens sykdomsforverring, samt til å implementere hurtigere overvåkning av pasientens vitale parametre. Jeg erfarte også at qSOFA ble anvendt ved mistanke om sepsis i tillegg til NEWS, som opplyste på flere tilfeller en indikasjon på at organsvikt var påbegynnende.

Kunnskapen om de ulike kartleggingsverktøyene viser seg å være lav blant sykepleiere, spesielt hos de som er ansatt på sykehjem. Hendelsen med beboeren på sykehjem, som presenterte symptomer i form av nedsatt funksjonsnivå, fremhevet dette. En slik brå endring i beboerens habituelle funksjon, vekket en mistanke om at noe akutt var oppstått. Likevel ble iverksettingen av diverse tiltak nedprioritert da beboeren manglet tydelige fysiologiske tegn til infeksjon. Etter videre forverring i beboerens bevegelsesapparat, samt presentasjon av frostrier i et senere stadiet, ble det foreslått å ta en måling av vedkommendes vitale tegn for å kunne gjennomføre en kartlegging ved bruk av NEWS og qSOFA. Sykepleieren jeg spurte i praksis mente dette ikke var nødvendig, og hevdet at frostriene var grunnet en påbegynnende Parkinsons sykdom, noe som ikke var aktuelt hos denne beboeren. Det ble likevel foretatt målinger som viste at beboeren hadde 8 i NEWS, samt 3/3 qSOFA, som hentydet til at beboeren hadde sepsis. Når denne informasjonen ble videreformidlet til sykepleieren, skjønnte ikke vedkommende betydningen av dette, og dermed heller ikke alvorligheten i situasjonen. Dette har fått meg til å undre over om kompetansenivået hos de ansatte på en slik institusjon, er tilstrekkelig og forsvarlig nok til å yte god og omsorgsfull pleie i tråd med lover og yrkesetiske retningslinjer, som blant annet understreker at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, §1, 1999). Sykepleie skal også bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og det er essensielt at sykepleiere holder seg oppdatert om forskning og bidrar til ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019), som ikke var tilfredsstillende under denne situasjonen.

Ferguson et al (2019) konkluderer i deres studie at introduksjonen av sykepleierrettet omsorg var en vital del av deres suksess i identifiseringen av sepsis, gjennom å utnytte sykepleierens

kompetanse og fagkunnskap og sikter til at yrkesgruppen bør inkluderes i sepsisrettet tiltak og behandling, men hvordan kan dette oppnås hvis sykepleieren mangler den tilstrekkelige kunnskapen, slik opplevd i praksis?

4.3 Betydningen av veiledning og undervisning

I oppgavens punkt 3.7.2, ble sykepleierens undervisende og veiledende funksjoner klargjort. Disse funksjonene innebærer å informere og veilede både pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). I dette underkapittelet vil jeg forsøke å belyse betydningen av veiledning og undervisning av medarbeidere, slik at situasjonen som er nevnt i forrige avsnitt kan unngås i senere tid. Sykepleieren manglet kunnskap om de ulike kartleggingsverktøyene, samt diffuse og atypiske symptomer som forekommer hos eldre mennesker som rammes av akutt sykdom. Dette peker i retning mot mangel på forsvarlig pleie, hvor det ville vært essensielt for andre medansatte å foreta disse funksjonene for å medvirke til forbedring i kvaliteten og sikkerheten på tjenestetilbudet, slik at kunnskapsnivået øker. De yrkesetiske retningslinjene (2019) utdyper dette, ved å nevne at sykepleieren skal ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet. Det er dermed sykepleieren som er pliktig til å opprettholde en etisk og faglig forvarlighet i pleien som ytes, men hvordan kan dette oppnås når sykepleieren selv mangler kunnskap slik nevnt i forrige kapittel.

Som sykepleier har man ansvar for egen utøvelse av pleie. Om kunnskapen og kompetansen ikke er tilstrekkelig nok kan man ved bruk av den fagutviklende funksjonen holde seg faglig oppdatert, og bidra til regelmessig forbedring av kvaliteten på omsorgen som ytes. Dette oppnås ved å lese fag- og forskningslitteratur, som man videre kan anvende og innarbeide i praksis for å bidra til utvikling av ny kunnskap hos en selv og andre medarbeidere (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Hvis man er nyansatt, kan man også søke veiledning fra andre medansatte. Dette styrkes i de yrkesetiske retningslinjer (2019) som blant annet sier at sykepleieren anerkjenner grensene for egen kompetanse og søker veiledning i krevende situasjoner. Dermed kan det bidra til at oppdagelsen av endring eller forverring blir tidlig identifisert hos beboerne på sykehjemmet.

Med utgangspunkt i problemstillingen om hvordan sykepleiere kan bidra til å sikre at tidlig tegn til sepsis blir identifisert hos den eldre sykehjemsbeboeren, kan det tenkes at målbevisst bruk av den undervisende og veiledende funksjonen kan være betydningsfull. Uten kunnskap om hvilke observasjoner som må foretas, samt om den gamles habituelle funksjoner og reaksjoner på sepsis vil oppdagelsen av endringer i beboerens tilstand være nærmest umulig å foreta slik som jeg opplevde i praksis. Nightingale (1997) påpeker dette, slik nevnt i punkt 3.1, hvor det argumenteres at den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiere, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de skal observere, samt å gjenkjenne de symptomer som tyder på bedring, og de som tyder på det motsatte. Alt i alt kan dette indikere at en form for undervisningsopplegg må implementeres på sykehjemmet, for å belyse viktigheten av tilstrekkelig kunnskap for å forsikre forbedring av kvalitet, samt styrkning i pasientsikkerhet. Under sykehuspraksis erfarte jeg slike undervisninger, som ble holdt hver måned. Det ble utpekt et antall ansatte som var ansvarlig for å holde undervisning for de andre medarbeiderne. Temaet for undervisningen baserer seg på problemstillinger avdelingen behøver forsterket kompetanse på. Det kan tenkes at et slikt opplegg bærer en overføringsverdi til sykehjem, og bør dermed iverksettes på en slik institusjon. Ved å holde undervisning og gi opplæring i utøvelsen av ulike ferdigheter, kan det bidra til at ens egen utøvelse av ferdighetene også forbedres, samt vil at de kritiske refleksjonene over ens egen utøvelse av pleie fremmes (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Personalet vil også kunne jobbe mer effektivt, samt oppleve økt trygghet dersom prosedyrer regelmessig blir gjennomgått.

Det finnes også mange ufaglærte blant de ansatte på sykehjemmet, det refereres til punkt 3.5.2, der det påvises at 25 % av de ansatte her tilhører denne arbeidsgruppen (Flodgren et al., 2017). Til tross for den store økningen av ufaglærte ansatte i helsetjenesten, er det på en side vanskelig å vite hvordan dette har påvirket tjenestekvaliteten og pasientsikkerheten, men man kan gruble på at det kan ha en innvirkning på kvaliteten av pleien og omsorgen som blir utøvd i sykehjem (Flodgren et al., 2017). På den andre siden behøver de fremdeles grundig opplæring, undervisning og veiledning omhandlende den pasientgruppen de arbeider med, deres funksjoner samt deres sammensatte problemstillinger og behov, grunnet mangel på relevant fagutdanning.

4.4 Ledelse og samarbeid blant personalet

«Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-2).

Alle sykepleiere med offentlig autorisasjon skal ivareta en lederfunksjon i sitt daglig arbeid, sier Kristoffersen (2012, s. 283). Dette innebærer å kunne delegere oppgaver og samarbeide med sine medarbeidere for å sikre optimal kvaliteten på omsorg, samtidig som pasientsikkerheten bevares. Alle ansatte i helse- og omsorgssektoren jobber ofte i team, slik beskrevet i punkt 3.7.5. Teamarbeid er nærmest uunngåelig på sykehjem, da mesteparten av arbeidet som utføres her ikke lar seg løse av enkeltpersoner. Beboerne, samt arbeidsoppgavene på en slik institusjon krever at man arbeider sammen i team, grunnet deres komplekse og sammensatte utfordringer. Etter erfaring i praksis, merket jeg at sykepleieren på sykehjemmet hadde mange oppgaver å gjennomføre i løpet av en vakt, som gjorde det nærmest umulig for dem å fullføre alle oppgavene uten assistanse. Teamarbeid er dermed essensielt for å kunne nå alle mål som blir satt, men for at teamarbeidet skal fungere optimalt er det fire funksjoner som står sentralt, som belyses i punkt 3.7.5. Kontroll, og lojalitet vektlegges her.

Kontroll i denne forbindelsen, innebærer evnen til å mobilisere ressurser til effektiv oppgaveløsning (Ingstad, 2019, s. 40). Helsepersonellet i sin helhet, innehar forskjellige ressurser og kompetanser som kan bidra til å sikre denne funksjonen. Det vil dermed være essensielt for sykepleieren å delegere oppgaver, slik at alle i kollegiale får medvirke til at ulike mål nås, samt at alle oppgaver som må utføres blir gjort. På en side vil være viktig at delegasjonen av oppgavene samsvarer med den ufaglærtes kompetanse og ferdigheter, slik at pasientsikkerheten og kvaliteten på pleien bevares, som fremheves i Saccomano & Pinto-Zipp (2011) sin studie. Dette styrkes også i Helsepersonelloven (1999, §5), som sier at helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art og personellens kvalifikasjoner. På en annen side, vil det være viktig å først forsikre seg at personellet man delegerer oppgavene til innehar den relevante kunnskapen til å utføre de oppdragene vedkommende overtar. Gjennom tilstrekkelig og grundig veiledning og undervisning, kan dette forsvares. Slik kan sykepleieren

bidra til at å utforme og gjennomføre faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis opprettholdes (NSF, 2019). Forskning (Saccomano & Pinto-Zipp, 2011) viser derimot at det å delegere oppgaver ikke alltid er like enkelt. Det vises at tillitten sykepleiere har til egen kunnskap kan påvirke evnen til å overlevere oppgaver til andre medarbeidere. Saccomano & Pinto-Zipp (2011) konkluderte sin studie med at nyutdannede sykepleiere var mindre sikre på å delegere oppgaver, sammenlignet med de som hadde minst 5 års erfaring, noe som samsvarer med det jeg har opplevd i løpet av de ulike praksisperiodene.

Når det gjelder akutte situasjoner, slik som episoden opplevd praksis, kan sykepleieren delegere små oppgaver, med stor betydning. Ved å for eksempel be den ufaglærte samt andre ansatte foreta en observasjon av beboerens tilstand samtidig som de utfører andre oppgaver der direkte kontakt med beboeren finner sted, vil det bidra til at sykepleieren får den nødvendige informasjonen, samt et innblikk vedkommende trenger for å vurdere alvorligheten i situasjonen. Funn fra studien til Andre et al. (2013) er mest i tråd med mine erfaringer, og da denne studien i tillegg støttes av Ingstad (2019, s. 40), velger jeg å anta det at lojalitet spiller en betydelig rolle i samarbeidet. For å oppnå lojalitet kreves det tillitt og motivasjon, slik nevnt i punkt 3.7.5.

Under akutte situasjoner på sykehjemmet er det som oftest sykepleieren som må håndtere den første fasen, i påvente av legen. Denne fasen innebærer å få tilstrekkelig oversikt ovenfor situasjonen, som kan innhentes ved å få bistand og informasjon fra andre ansatte angående deres opplevelse og observasjon av beboerens tilstand. Sykepleieren må kunne stole på sine medarbeidere. Om en ufaglært skulle gjenkjenne symptomer og rapportere om forverring i beboerens habituelle tilstand, må sykepleieren kunne stole fullt og helt på det som rapporteres. Slik kan sykepleieren overta videre oppfølging og iverksette nødvendige tiltak. Andre et al. (2013) nevner også at økt deltakelse og innflytelse blant de ansatte var viktige faktorer som bidro til å forbedre omsorgskvaliteten. Ved å bli inkludert og ha mulighet til å innvirke i beslutninger, kan det føre til at alle i kollegiet føler seg involvert og mer begeistret for å yte best mulig pleie, omsorg og sikkerhet til beboerne. For at samarbeidet i gruppen skal fungere optimalt, må funksjonene nevnt balanseres opp mot ulike krav gruppen stilles ovenfor. Dette har stor betydning for at effektiviteten i kollegiet, samt i omsorg og kvalitetsforbedring (Ingstad, 2019, s. 40).

5 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke og belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å sikre at tidlig identifisering av sepsis hos sykehjemsbeboere. Mine endelige funn i denne litteraturstudien, i lys av problemstillingen, viser at det er flere faktorer påvirker sykepleierens evne til å identifisere tilstanden.

Sykepleierne må ha den nødvendige kunnskap og kompetanse før å kunne identifisere sepsis hos eldre sykehjemsbeboere. Symptomer og tegn på sepsis hos eldre er ofte diffuse, atypiske og uspesifikke, grunnet deres aldersfysiologiske forandringer og komorbide sykdomsbilder som kan gjøre det krevende for sykepleieren å identifisere tilstanden. Men med tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og klinisk erfaring kan sykepleieren øke sjansen for å oppdage, og dermed utføre den nødvendige observasjonen for å implementere videre tiltak for å muliggjøre identifikasjon av sepsis.

Kartleggingsverktøy er essensielt å anvende ved mistanke om sepsis, ifølge forskning er NEWS mer effektivt i å identifisere endringer i pasientens helsetilstand enn qSOFA. Men likevel kan disse brukes for å vurdere Man må være bevisst og på vakt etter forverring i beboernes helsetilstand, siden de allerede bærer risikofaktorer for dette. Alder og komorbiditet er alvorlige risikofaktorer som enhver bør kjenne til. Ved mangel på kunnskap og kompetanse, kan forløpet i beboernes tilstand kjapt endre seg for det verre, slik som jeg observerte i praksis. Ved å utnytte sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, kan det bidra til et økt kompetansenivå hos de ansatte på avdelingen som er nødvendig i oppdagelsen av sepsis, samt i kvaliteten på omsorg. Ledelse og teamarbeid står også sentralt for effektiv utførelse av helsehjelp på sykehjemmet. Helsepersonellens mange kunnskaper og deres ferdigheter må brukes til det beste for våre eldre, slik optimal og tilfredsstillende helsehjelp kan ytes.

6 Litteraturliste

- Alam, N., Hobbelink, E. L., van Tienhoven, A. J., van de Ven, P. M., Jansma, E. P., & Nanayakkara, P. W. (2014). The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: a systematic review. *Resuscitation*, 85(5), 587-594.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.01.013>
- Alam, N., Vegting, I. L., Houben, E., van Berkel, B., Vaughan, L., Kramer, M. H., & Nanayakkara, P. W. (2015). Exploring the performance of the National Early Warning Score (NEWS) in a European emergency department. *Resuscitation*, 90, 111-115.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.02.011>
- André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., & Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes—a review study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(3), 449-457. <https://doi.org/10.1111/scs.12086>
- Braut, G. S. (2018). Sykehjem. Store Medisinske Leksikon: Store Norske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Brink, A., Alsmå, J., Verdonschot, R. J. C. G., Rood, P. P. M., Zietse, R., Lingsma, H. F., & Schuit, S. C. E. (2019). Predicting mortality in patients with suspected sepsis at the Emergency Department; A retrospective cohort study comparing qSOFA, SIRS and National Early Warning Score. *PloS one*, 14(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211133>.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dellinger, R. P., Campaigne, S. S., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., ... & Jaeschke, R. (2013). International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med*, 41(2), 580-637.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31827e83af>

- Englert, N. C., & Ross, C. (2015). The older adult experiencing sepsis. *Critical care nursing quarterly*, 38(2), 175-181. <https://doi.org/10.1097/CNQ.000000000000059>
- Ertzeid, H., Balci, S. og Nøra, S. (2018). Slik bør vi møte eldrebølgen. *Forskning.no* Hentet fra: <https://forskning.no/partner-sykepleie-oslomet/slik-bor-vi-mote-eldrebolgen/1200896>
- Ferguson, A., Coates, D. E., Osborn, S., Blackmore, C. C., & Williams, B. (2019). Early, Nurse-Directed Sepsis Care. *AJN The American Journal of Nursing*, 119(1), 52-58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000552614.89028.d6>.
- Flodgren, G., Meneses, J. & Berg, R. C. (2017). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt. Oslo: Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet.
- Flaatten, H. (2004). Epidemiology of sepsis in Norway in 1999. *Critical care*, 8(4), R180. <https://doi.org/10.1186/cc2867>
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor i sykehjem. I J. Ramm (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo og Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Gardner-Thorpe, J., Love, N., Wrightson, J., Walsh, S., & Keeling, N. (2006). The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88(6), 571-575. <https://doi.org/10.1308/003588406X130615>
- Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Geminisenter for sepsisforskning (u.å.). Hva er sepsis. Hentet fra: <https://www.sepsis.no>
- Goldhill, D. R., McNarry, A. F., Mandersloot, G., & McGinley, A. (2005). A physiologically-based early warning score for ward patients: the association between score and outcome. *Anaesthesia*, 60(6), 547-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04186.x>

- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). Mestring, muligheter og mening. (St. Meld. Nr. 25 (2005-2006)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Morgendagens omsorg. (St. Meld. Nr. 25 (2012-2013)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2013). Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling. Veileder IS-2091. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2018). Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av sepsis på sengepost (Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, I trygge hender 24-7) «IS-nummer kommer». Hentet fra: https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-og-behandling-av-sepsis/_attachment/inline/5a3d3871-1a67-45a2-83a3-377754e254d6:4faebf4fb728b7c0e7e4605a73d1605108403c13/sengeposttidlig-oppdagelse-og-behandling-av-sepsis-sengepost-revidert-2019.pdf
- Helsedirektoratet (u.å). Pasientsikkerhet i kommunale helse- og omsorgstjeneste. Om i trygge hender 24-7. Hentet fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/programmet-i-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Holloway, W. J. (1986). Management of sepsis in the elderly. *The American journal of medicine*, 80(6), 143-148. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(86\)90492-4](https://doi.org/10.1016/0002-9343(86)90492-4)
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannesen, A. Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt
- Knoop, S. T., Skrede, S., Langeland, N., & Flaatten, H. K. (2017). Epidemiology and impact on all-cause mortality of sepsis in Norwegian hospitals: A national retrospective study. *PLoS One*, 12(11). Hentet fra: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0187990>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016) Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie* (3.utg., Bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lat, S., Mashlan, W., Heffey, S., & Jones, B. (2018). Recognition and clinical management of sepsis in frail older people. *Nursing older people*, 30(2). <https://doi.org/10.7748/nop.2018.e975>
- Martin, G. S., Mannino, D. M., & Moss, M. (2006). The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. *Critical care medicine*, 34(1), 15-21. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000194535.82812.ba>
- Mensen, L. (2016). Biologisk aldring. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 52-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., Wahlgren, M. & Gabrielsen, B. (2013). Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Nasa, P., Juneja, D., & Singh, O. (2012). Severe sepsis and septic shock in the elderly: an overview. *World journal of critical care medicine*, 1(1), 23.
<https://doi.org/10.5492/wjccm.v1.i1.23>
- Neviere, R. (2014). Pathophysiology of sepsis. *UpToDate*, juni. www.uptodate.com
- Neviere, R. (2016). Sepsis and systematic inflammatory responsesyndrome: definition, epidemiology, and prognosis. *UpToDate*, april. www.uptodate.com
- Nightingale, F. (1997). *Notater i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5.utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pensjonistforbundet (u.å). Fakta om eldre. Hentet fra:
<https://www.pensjonistforbundet.no/side/64-fakta-om-eldre-i-norge#>
- Pizza, V., Agresta, A., W D'Acunto, C., Festa, M., & Capasso, A. (2011). Neuroinflammation and ageing: current theories and an overview of the data. *Reviews on recent clinical trials*, 6(3), 189-203. <https://doi.org/10.2174/157488711796575577>
- Ranhoff, A. H. (2014). Akuttmedisinske tilstander hos eldre og kroniske syke. I J.E. Haugen (red.), *Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus*. (3.utg., s. 257-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2016). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 225-237). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Ranhoff, A. H. & Linnsund, J. M. (2005). Når skal sykehjemspasienter innlegges på sykehus? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125: 1844-1847
- Ranhoff, A. H., Schmidt, G. & Aanstad, U. (2007). Sykehjemsmedisin. *Håndbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Romøren, T. I. (2016). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Royal College of Physicians (2012). National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. *Report of a working party*. London: RCP
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I L. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I D-G. Stubberud., R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 69-113). Oslo: Gyldendal akademisk
- Sacomano, S. J., & Pinto-Zipp, G. (2011). Registered nurse leadership style and confidence in delegation. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 522-533.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01189.x>
- Sjøvold, E. (2014). *Resultater gjennom team*. Oslo: Universitetsforlaget
- Statistisk sentralbyrå (1994). Historisk statistikk. *Norges offisielle statistikk C188*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: universitetsforlaget.
- World Health Organization (2017) *Health topics: Patient Safety*. Genova: World Health Organisation. Hentet fra: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/

