



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD440-BOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSD440 1 BOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	435
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7985
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	29
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Tidlig identifisering av sepsis på sykehjem.

Early identification of sepsis in nursing home

Kandidatnummer 435

GRSD17

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse og omsorgsvitenskap /Desentralisert sykepleie

Veileder: Hilde Hoddevik

Innleveringsdato: 12.05.21

Antall ord: 7985

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

SAMMENDRAG

Tittel: Tidlig identifisering av sepsis på sykehjem

Bakgrunn: Forekomsten av sepsis øker med alderen, og infeksjon er hovedårsaken til mortalitet hos en tredjedel av personer over 65 år. Aldersforandringer og komorbiditet gir ofte diffuse og atypiske symptomer, som kan vanskeliggjøre diagnostikken.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av sepsis hos eldre pasienter på sykehjem?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke og rette fokus mot sykepleierens nøkkelrolle tidlig identifisering av sepsis hos pasienter på sykehjem.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor eksisterende litteratur og forskning brukes for å svare på oppgavens problemstilling.

Funn: Sykepleierens kunnskap om sepsis, sykdomsforløp hos eldre og kartleggingsverktøy anses å være avgjørende for å identifisere sepsis hos eldre på et tidlig tidspunkt. I tillegg er det nødvendig at sykepleieren har observasjonskompetanse. Undervisning om sepsis og kartleggingsverktøy synes å være faktorer som fremmer tidlig oppdagelse av sepsis og reduserer mortalitet. Bruk av kartleggingsverktøy kan være en støtte til sykepleierens kliniske blikk.

Konklusjon: Det er flere faktorer som fremmer og hemmer oppdagelsen av sepsis på sykehjem. Sykepleieren må benytte alle sine ansvars- og funksjonsområder i identifiseringen av sepsis. Nightingales teori om viktigheten av observasjoner er fortsatt aktuell, da observasjonskompetanse vises å være en elementær faktor.

Nøkkelord: Sepsis, Tidlig identifisering, Eldre, Sykehjem, Sykepleier, Aldersforandringer, Kartleggingsverktøy, Observasjon, Kunnskap

ABSTRACT:

Title: Early identification of sepsis in nursing homes

Background: The incidence of sepsis increases with age, and infection is the main cause of mortality in one-third of people over 65 years. Physical age-related changes and comorbidity often produce diffuse and atypical symptoms, which can complicate diagnosis.

Thesis Question: How can nurses contribute to early detection of sepsis in elderly patients in nursing homes?

Purpose: The purpose of this thesis is to examine and focus on nurse's key role in early identification of sepsis in patients in nursing homes.

Method: This thesis is a literature study, where existing literature and research are used to answer the thesis 'problem.

Results: The nurse's knowledge of sepsis, the clinical presentation of disease in the elderly and assessment tools is considered to be essential to identify sepsis at an early stage. In addition, it is necessary for the nurse to have observation skills. Teaching about sepsis and assessment tools seem to be factors that promote early detection of sepsis and reduce mortality. The use of screening tool can be a support for the nurse's clinical view.

Conclusion: There are several factors that promote and inhibit the detection of sepsis in nursing homes. Nurses must use all of their responsibilities and features in the identification of sepsis. Nightingale's theory of the importance of observations is still relevant, as observational competence is shown to be an elementary factor.

Keywords: sepsis, early identification, elderly, nursing homes, nurse, age-related changes, assessment tool, observation, knowledge

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMSTILLING	5
1.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN.....	6
1.4 OPPGAVENS AVGRENSNING OG PRESISERING	6
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	6
2 TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1 ELDRE PÅ SYKEHJEM	6
2.1.1 <i>Samhandlingsreformen</i>	7
2.1.2 <i>Sykdom hos eldre</i>	7
2.2 SEPSIS.....	8
2.2.1 <i>Sepsis hos eldre</i>	9
2.3 SYKEPLEIEFAGLIG FORANKRING	9
2.3.1 <i>Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde</i>	9
2.3.2 <i>Florence Nightingales sykepleieteori</i>	10
2.4 OBSERVASJONER – DET KLINISKE BLIKK.....	11
2.4.1 <i>Kartleggingsverktøy</i>	12
2.5 PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET – TRYGG 24/7	13
3 METODE	14
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	15
3.2 LITTERATURSØK.....	15
3.2.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	15
3.3 KILDEKRITIKK	16
4 RESULTAT	17
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	17
4.1.1 <i>«Emergency nurses` knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study»:</i>	17

4.1.2	«Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival»:	18
4.1.3	«Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: Evaluation of a system-wide quality improvement project»:	18
4.1.4	«Quick sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic inflammatory response Syndrom, And Early Warning score for detecting clinical deterioration in infected patients outside the intensive care unit».	19
4.1.5	«Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis og bacteremia».	20
4.1.6	«Tidlig oppdagelse av forverret tilstand.»	21
4.1.7	«Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review»	22
5	DRØFTING	23
5.1	SYKEPLEIERENS OBSERVASJONSKOMPETANSE	24
5.2	SYKEPLEIERENS KUNNSKAPSGRUNNLAG	26
5.3	KARTLEGGINGSVERKTØY.....	27
6	AVSLUTNING	30
7	LITTERATURLISTE.....	30
	VEDLEGG 1: KARTLEGGINGSVERKTØY	35
	VEDLEGG 2: PICO- SKJEMA FOR LITTERATUR SØK.....	36
	VEDLEGG 3: SØKEHISTORIKK.....	37
	VEDLEGG 4: LITTERATURMATRISE.....	40

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sepsis er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt. Det skyldes blant annet en stigende andel eldre i befolkningen, økt mikrobiell resistens og en mer intensiv og aggressiv behandling av forskjellige sykdommer (Rygh et al, 2016, s. 94). I Norge står diagnosene sepsis og septisk sjokk for én prosent av alle sykehusinnleggelse. Det tilsvarer omtrent 13500 pasienter hvert år. Sepsis kan relateres til hele 12,9% av antall dødsfall på norske sykehus (Knoop, Skrede, Langeland & Flaatten, 2017).

Forekomsten av sepsis øker med alderen, og infeksjon er hovedårsaken til mortalitet hos en tredjedel av personer over 65 år (Flaatten, 2004). Dette gjør sepsis til et aktuelt tema på sykehjem, ettersom pasientgruppen representerer en høy alder. Temaet har en sykepleiefaglig relevans fordi sykepleiere har en sentral rolle i å oppdage sepsis. Sykepleiers evne til observasjon og kunnskap kan være avgjørende for at tilstanden blir oppdaget i tide. For å stoppe sepsisutviklingen og hindre svikt i vitale organer er det viktig at man så tidlig som mulig starter adekvate behandlingstiltak. Det er nødvendig at man som sykepleier har kompetanse til å observere og identifisere tidlige tegn på infeksjon og utvikling av organsvikt (Rygh et al, 2016, s. 95-96).

Gjennom praksisstudier og yrkeserfaring fra sykehjem har jeg sett hvor komplekst sykdomsforløpet til akutt syke eldre kan være. Sykdom presenteres ofte med atypiske symptomer og man skal ta hensyn til komorbiditeter, samt skille ny oppståtte symptomer fra kjente sykdommer. Det må vurderes om pasientens medikamenter kan påvirke sykdomsforløpet ved for eksempel å undertrykke symptomer. Jeg har valgt sepsis hos eldre som tema for min bacheloroppgave. Begrunnelsen er at jeg finner geriatri og sykepleierrollen på sykehjem interessant, deriblant sykepleierens nøkkelrolle i tidlig identifisering av sepsis.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av sepsis hos eldre pasienter på sykehjem?»

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleierens nøkkelrolle i tidlig identifisering av sepsis hos pasienter på sykehjem. Jeg ønsker å undersøke hvilke faktorer som fremmer og hemmer sykepleieren i oppdagelsen av sepsis på et tidlig tidspunkt.

1.4 Oppgavens avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til å omhandle sepsis hos eldre på langtidsavdeling på sykehjem. Hovedfokuset vil være sykepleiers rolle i tidlig oppdagelse av sepsis. Oppgaven tar ikke for seg behandling av sepsis. Det er store forskjeller i biologisk og kronologisk alder på et sykehjem, jeg har bevisst valgt å omtale pasientene på et generelt grunnlag.

1.5 Oppgavens oppbygning

Etter introduksjonskapittelet følger et teorikapittel. Her vil jeg presentere relevant teori for problemstillingen og Florence Nightingale sin sykepleieteori. I metodekapittelet redegjør jeg for valg av metode, søkehistorikk og kritisk vurdering av anvendt litteratur. Funn av forskningsartikler blir presentert i resultatkapittelet. De vil så bli drøftet opp mot teori og sykepleiefunksjonen i drøftingskapittelet. Avslutningsvis kommer en sammenfatning av sentrale funn som svarer på oppgavens problemstilling.

2 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Eldre på sykehjem

Det er en nasjonal målsetning at flest mulig skal få anledning til å bo hjemme, lengst mulig (Gabrielsen i Ramm, 2013, s. 93). Når hjelpebehovet derimot er så stort at det ikke lenger kan dekkes i eget hjem får den eldre tilbud om sykehjemsplass (Brodtkorv & Ranhoff, 2015, s. 199). Konsekvensen av dette er at sykehjemspasienter ofte har et omfattende pleiebehov når de kommer på sykehjem. Høy alder og multimorbiditet krever ofte legemiddelbehandling, og 57% av legemiddelbrukere over 65 år brukte mer enn fem legemidler i løpet av 2011 (Ranhoff & Enogh, 2015, s. 184). I utgangen av 2011 var gjennomsnittsalderen for langtidsopphold på institusjon 81 år for menn og 84 år for kvinner,

80% av pasientene hadde omfattende hjelpebehov. Et viktig element i beskrivelsen av pasienter på sykehjem er at ca. 75% har en demenssykdom eller kognitiv svikt (Gabrielsen i Ramm, 2013, s. 94-99).

2.1.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i verk 1. januar 2012, med hensikt å sikre en bærekraftig helsetjeneste for fremtiden. Dersom kommunen oppgraderte tilbud av helsetjenester «før, i stedet for og etter sykehusopphold», ville de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de kostbare spesialisthelsetjenestene. Tilbudet vil sikre en bærekraftig samfunnsutvikling, samt være bedre for pasientene (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 27). Med utgangspunkt i samhandlingsreformen blir pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, samtidig som terskelen for innleggelse er hevet. I mange tilfeller blir det et mål å gi pasienten et fullverdig tilbud i kommunen. Som følge av reformen vil mer tekniskavansert behandling gjennomføres på sykehjem i dag. Dette stiller økt krav til sykepleierens kompetanse (Kristoffersen, 2016, s. 212). Sykepleieren har et spesielt ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet på sykehjemmet, og har ansvar for å lede pleieteamet, bidra til fagutvikling og kvalitetsarbeid (Hauge, 2016, s. 78).

2.1.2 Sykdom hos eldre

Aldersforandringer, funksjonssvikt og multimorbiditet har innvirkning på sykdomsforløpet ved akutt sykdom hos eldre. Symptomene er ofte diffuse og uspesifikke, hvor allmennsymptomene er mest fremtredende, mens organrettede symptomene ofte uteblir (Ranhoff, 2015, s. 226). Alvorlige infeksjoner opptrer ofte uten feber og urinveisinfeksjon uten smertefull vannlating. Dette ses hyppigere jo eldre pasienten er og jo flere kroniske sykdommer som forekommer. Det må tas høyde for at symptomer kan være forårsaket av kroniske sykdommer og av aldersforandringer, dette vanskeliggjør diagnostikken (Wyller, 2018, s. 49).

Aldring og skrøpeligheit kjennetegnes generelt av svekket evne til å opprettholde fysiologisk homeostase og svekket fysiologisk reservekapasitet. Akutt sykdom vil føre til økt belastning på kroppens homeostatiske mekanismer, og der reservekapasiteten er mest svekket vil det også lettes overskride. Dette skjer uavhengig av hvor sykdommen befinner seg, og kan føre

til symptomtrykk fra andre deler av kroppen enn hvor sykdomsprosessen finner sted. Eksempelvis vil akutt sykdom kunne vises som forvirring eller delirium hos en person med demens. Det første tegnet på akutt sykdom vises ofte som akutt funksjonssvikt – en svikt i dagliglivets funksjoner og evne til egenomsorg. Det kan dreie seg om basale funksjoner som å spise eller å gå. I det kliniske bilde er delirium, falltendens, urinlekkasje og dehydrering ofte elementer ved akutt funksjonssvikt (Wyller, 2018, s.50-51).

2.2 Sepsis

Sepsis defineres som en livstruende organsvikt forårsaket av en dysregulert vertsrespons på en infeksjon. Uten tidlig behandling kan det utvikles septisk sjokk, som har en dødelighet på 40% (Singer et al, 2016). Infeksjonen fører til produksjon og frigjøring av flere biologiske substanser, som forstyrrer normale funksjoner i livsviktige organer. Det skjer en kraftig aktivering av kroppens infeksjonsforsvar, kaskadesystem, koagulasjonssystem og inflammatoriske system som fører til alvorlig systemisk inflammasjon i kroppen. Sviktende reguleringsmekanismer kan gi en ukontrollerbar organsvikt, prognose avgjøres av graden av organsvikt (Rygh et al, 2016, s.94).

Den kraftige vertsresponsen fører til en rekke endringer i kroppen. Kardilatasjon og økt karpermeabilitet er tidlige endringer ved sepsis, som fører til hypovolemi. Kroppen kompenserer for det reduserte blodvolumet ved å øke hjertefrekvensen. Etter hvert vil imidlertid blodvolumet bli så lavt at blodtrykket likevel vil falle. Vevene får da tilført for lite oksygen, og det utvikles en global iskemi. Dette medfører at cellenes metabolisme foregår uten oksygen, og det blir en opphoping av laktat i kroppen. Pasienten får en metabolsk acidose. Kroppen forsøker å skille ut syren gjennom lungene ved å øke respirasjonsfrekvensen. Redusert blodtilførsel til nyrene fører til nedsatt urinproduksjon, mens redusert blodtilførsel til hjernen kan gjøre pasienten sløv, urolig og gi redusert bevissthet. Det oppstår septisk sjokk og multiorgansvikt dersom væskebehandling og andre terapeutiske tiltak ikke har effekt. Symptomer og funn knyttet til sepsis er frostrier, feber, pulsøkning, blodtrykksfall og økt respirasjonsfrekvens. Hudens utseende vil gradvis påvirkes av sirkulasjonssvikten, og vil gå fra varm og svett, til kald, klam og blek (Kvale & Brubakk, 2017, s. 80-81).

2.2.1 Sepsis hos eldre

Eldre er spesielt utsatt for å få sepsis (Helse Norge, 13 september 2018). Infeksjon i urinveier og luftveier er de vanligste utgangspunktene. Sepsis har en alvorlig prognose, og dødeligheten er høyere hos eldre enn hos yngre. Det skyldes svekket organreserver og et mindre tydelig symptom-bilde, som vanskeliggjør diagnostikken og forsinker igangsettelse av behandling. Hos eldre med sepsis ses ofte hypotermi og takypné. Takykardi er vanlig ved infeksjoner, også før utvikling av sepsis. Man må imidlertid være oppmerksom på om symptom-bilde påvirkes av komorbiditeter eller legemidler, for eksempel betablokkere (Wyller, 2018, s.349).

2.3 Sykepleiefaglig forankring

2.3.1 Sykepleierens ansvar- og funksjonsområde

Sykepleier har fagspesifikke ansvar- og funksjonsområder som påvirker hvordan man tilnærmer seg og ivaretar pasienter. Evnen til å ivareta det faglige ansvaret påvirker kvaliteten på sykepleien (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21-22). Gjeldende lovverk, regler og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer gir føringer for sykepleien som utøves, og legger grunnlaget for dens kvalitet. I henhold til helsepersonelloven (1999, §4) stilles det krav om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer har man som sykepleier ansvar for at egen praksis er juridisk, faglig og etisk forsvarlig. Sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning innenfor eget fagfelt og jobbe kunnskapsbasert. Videre skal man erkjenne grensene for egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF, 2019).

Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder omfatter direkte pasientrettede oppgaver som forebyggende, helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende sykepleie. Videre er undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling og forskning funksjons- og ansvarsområder (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21-22). Med bakgrunn i problemstillingens relevans vil jeg rette fokus mot sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, sykepleierens undervisende funksjon og den fagutviklende funksjonen.

2.3.1.1 Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon

I sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon skiller vi mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebygging handler om å fremme pasientens helse ved å styrke pasientens egne ressurser, mens sekundærforebygging dreier seg om tidlig identifisering, og iverksetting av tiltak for å forebygge reell eller potensiell helsesvikt. Dette innebærer å observere og vurdere symptomer og tegn til forverring i pasientens tilstand, og videreformidle dette til legen slik at riktig behandlingstiltak kan startes. Tertiærforebyggende tiltak skal forhindre at komplikasjoner ved sykdom, undersøkelser og behandling oppstår, samt forebygge nye helseproblemer hos pasienter med kronisk sykdom eller helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

2.3.1.2 Sykepleierens undervisende funksjon

Sykepleieren har en undervisende funksjon som innebærer at man har ansvar for undervisning og veiledning til pasienter, pårørende, studenter og kollegaer (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Undervisningen skal bidra til læring, utvikling og mestring. Undervisning og veiledning rettet mot kollegaer sikrer mot å heve kvaliteten på tjenestetilbudet ved at kunnskapsnivået heves, utøvelsen av ferdigheter forbedres, og ved å fremme kritisk refleksjon over egen utøvelse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.19).

2.3.1.3 Sykepleierens fagutviklende funksjon

I sykepleierens fagutviklende funksjon foreligger et ansvar om å holde seg faglig oppdatert, samt bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring, blant annet gjennom å finne og anvende relevant forskning. Bevisste vurderinger om behov for å iverksette intervensjoner eller tiltak i pasientomsorgen vil også bidra til å kvalitetssikre sykepleien (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

2.3.2 Florence Nightingales sykepleieteori

Sykepleieteorier gir oversikt over og perspektiver på fagområdet og identifiserer og beskriver sentrale sykepleiefenomener (Kristoffersen, 2016, s.21). Florence Nightingale (1820-1910)

regnes som en pioner innenfor sykepleiefaget, og hun bidro sterkt til utviklingen av moderne sykepleie (Mathisen, 2012, s.89). Sykepleieteorien hennes er fortsatt aktuell for sykepleiefaget og er relevant for besvarelsen av oppgavens problemstilling, til tross for at teorien er skrevet for over 100 år siden. Nightingales syn på sykepleie bygger på en filosofisk forståelse av sykdom og helse. Hva som var de optimale forhold for at naturen skulle helbrede den syke, måtte man lære gjennom observasjon (Mathisen, 2012, s.94).

Nightingale mente at sykepleierens systematiske observasjon av pasientens tilstand var svært viktig. Hun mente at sykepleieren var til liten nytte uten evnen til å gjøre nøyaktige observasjoner, og videre å fortolke dem. Observasjon av pasientens kliniske tilstand er den viktigste kunnskapen enhver sykepleier kan gi.

*«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)*

Hensikten med observasjoner er ikke å innhente meningsløs informasjon, men å redde liv, og å styrke og opprettholde pasientens helse og velvære (Nightingale, 1997, s.167).

2.4 Observasjoner – Det kliniske blikk

Å observere betyr å iakttå, legge merke til, granske og undersøke (Skaug, 2016, s. 350). I observasjon benyttes sansene syn, hørsel, lukt og berøring til å innhente informasjon om pasientens tilstand. Videre må man fortolke observasjonen for å forstå sammenhengen, dette kalles å ha et klinisk blikk.

Observasjon er en sentral del av sykepleiefunksjonen og bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Observasjonsevnen øves opp i møte med pasienter, og danner grunnlag for vurderinger, beslutninger og handlinger i ulike situasjoner. Til tross for den medisinteknologiske utviklingen, er sykepleierens sanser fremdeles betydningsfull. Den grunnleggende observasjonskompetansen ligger fortsatt i varhet og oppmerksomhet for

pasientens situasjon og for eventuelle forandringer i tilstanden. Kunnskap om kroppens normale anatomi, fysiologi, og om patofysiologiske prosesser og sykdom danner grunnlaget for observasjonskompetansen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24).

Når man skal observere og vurdere pasienten kan det være hensiktsmessig å utføre en systematisk observasjon av pasientens vitale tegn for å unngå at man overser detaljer. ABCDE-prinsippene er en systematisk observasjonsmetodikk. Først sjekkes og sikres frie luftveier (**A**irways), så vurderes pasientens respirasjon (**B**reathing). Observasjonen tar sikte på å innhente informasjon om pasientens respirasjonensfrekvens, regelmessighet og anstrengthet. I vurderingen av sirkulasjon (**C**irculation) undersøker man pulsens kvalitet, observerer huden (farge, temperatur, klam/svett) og perifer sirkulasjon (kapillær fyllingstid). Videre vurderes bevissthetsnivå og nevrologisk status (**D**isability). Avslutningsvis inspiserer man pasientens kropp og nære omgivelser (**E**xposure/environment) (Kirkevold, 2015, s. 133-134).

2.4.1 Kartleggingsverktøy

Standardiserte og validerte vurderingsskjemaer kan være nyttig å bruke ved kartlegging av akutt syke pasienter. Ved akutt sykdom er det vanlig å kartlegge pasienten ved å observere og måle de vitale parameterne puls, respirasjonsfrekvens, blodtrykk, kjernetemperatur, oksygenmetning og bevissthetsnivå (Nortvedt og Grønseth, 2016, s.29). Videre vil det presenteres tre verktøy som er relevant for kartlegging av sepsis. SIRS og qSOFA er scoringsverktøy spesifikt rettet mot identifisering av sepsis, mens NEWS er et generelt kartleggingsverktøy for å oppdage klinisk forverring.

2.4.1.1 National Early Warning Score – NEWS

NEWS ble utgitt av Royale College of Physicans i 2012, og er et validert kartleggingsverktøy med hensikt å fange opp tidlige endringer i pasientens tilstand. Pasienten gis poengscore ut fra en systematisk vurdering av respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, temperatur, systolisk blodtrykk, puls og bevissthet (vedlegg 1, figur 1). Poengscoren utløser faste tiltak/intervensjoner. Ved sammenlagt skår på 1-4 skal en kompetent sykepleier vurdere hvorvidt det er behov for en mer omstendelig overvåking, eller iverksetting av andre tiltak.

Sammenlagt skår 5-6 eller høyeste skår (3) på én parameter krever legetilsyn for å vurdere akutt sykdom. Ved skår over 7 skal pasienten ha øyeblikkelig tilsyn av spesialist på akuttmedisin/intensivmedisin for vurdering om overflyttelse til en overvåkingsavdeling. Poengskåren kan også gi indikasjoner på hvor ofte pasienter bør vurderes (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 32-32). I 2017 kom en oppdatert versjon av NEWS, som benevnes NEWS2. Denne inneholder en ny skala for bruk hos pasienter med anbefalt oksygensaturasjon mellom 88-92% (eksempelvis KOLS). Nyoppstått forvirring (C) er et nytt vurderingsgrunnlag i vurderingen av bevissthet. I tillegg blir skår >5 definert som en trigger for sepsispasienter og andre typer forverring som krever hurtig respons (Pasientsikkerhetsprogrammet, u.å). I oppgaven vil dette kartleggingsverktøyet omtales NEWS, uavhengig om det er versjon en eller to.

2.4.1.2 Quick Sepsis-related Organ Failure Assessment – Q-SOFA

Q-SOFA er et sepsisspesifikt skåringsverktøy som benyttes for å vurdere om pasienten har utviklet sepsis. Ved q-SOFA-skår skal pasienten oppfylle 2 eller 3 av kriteriene. Kriteriene som vurderes er respirasjonsfrekvens > 22/min, systolisk blodtrykk <100 mm Hg eller endret mentalstatus. Glasgow coma scale brukes for å vurdere mentalstatus (vedlegg 1, figur 2) (Rygh et al, 2016, s. 94).

2.4.1.3 Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS

SIRS er kroppens naturlige reaksjon på en generell betennelsestilstand, men benyttes også som indikasjon i identifiseringen av sepsis. Tilstanden SIRS defineres når pasienten har minst to av fire oppfylte kriterier. Temperatur over 38 °C eller under 36 °C, puls over 90 per minutt, respirasjonsfrekvens over 20 per minutt eller pCO₂ under 4,3 kPa og leukocyt-tall over 12 x10⁹/L eller under 4x10⁹/L er kriteriene. SIRS kriterier i tillegg til en mistenkt eller påvist infeksjon indikerer sepsis (Kvale & Brubakk, 2017, s. 80).

2.5 Pasientsikkerhetsprogrammet – Trygg 24/7

Manglende eller for sen oppdagelse av forverret tilstand, mangelfull observasjon av pasienten, svikt og/eller misforståelser i kommunikasjonen mellom helsepersonell er årsaken til en tredjedel av unødvendige dødsfall i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2020). /

trygge hender 24-7 var et nasjonalt pasientsikkerhetsprogram med hensikt å redusere antall pasientskader, skape strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helseforetak. Programmet pågikk fra 2014-2018 og var en videreføring av pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013). Gjennom målrettede tiltak på utvalgte områder i helsetjenesten, var målet å redusere pasientskader. Flere av innsatsområdene var relevante for pasientsikkerheten i kommunene, deriblant «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (TOFT)» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Tiltakspakken er nå videreført som nasjonale faglige råd fra helsedirektoratet. Det innebærer at kunnskapsgrunnet er oppdatert og man kan få praktisk informasjon om hvordan rådene kan følges. Formålet med rådene er å bidra til tidlig gjenkjennelse av forverret somatisk tilstand og iverksette adekvate tiltak som sikrer en god og forsvarlig pasientbehandling. De faglige rådene bygger på Rapid Response System, hvor de viktigste momentene er rett kompetanse hos helsepersonell, monitorering av pasientens vitalia, identifisere og handle på forverret tilstand, og rutiner som sikrer tydelig kommunikasjon mellom helsepersonell (Helsedirektoratet, 2020).

3 METODE

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Problemstillingen avgjør hvilken metode som er mest hensiktsmessig å bruke. Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. I kvantitativ metoden er datainnhenting faktabasert, altså målbare enheter, tall og objektive data. Metoden er hensiktsmessig når man vil besvare hvor mye, hvor ofte eller hvis man ønsker objektive data for å få representative oversikter, fordelinger og årsak-virknings-forhold. Den kan også benyttes om man vil teste ut hypoteser eller teorier. Standardiserte spørreskjemaer med faste svaralternativer eller systematisk og strukturert observasjon brukes ofte ved datainnsamlingen. Kvalitativ metode brukes for å få frem meninger, opplevelser, erfaringer, motiver og holdninger. Metoden er hensiktsmessig om man søker svar på spørsmål på hva noe betyr, hvordan noe foregår eller hvordan noe oppleves. Datasamlingen foregår ved bruk av intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2019, s.74-77).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder ved å hente inn, kritisk vurdere og til slutt sammenfatte funnene i en tekst (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som fremkommer omkring problemstillingen, samt forklare hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s.78).

3.2 Litteratursøk

For å komme frem til relevante søkeord benyttet jeg et PICO-skjema (Vedlegg 2). Bokstavene i PICO betegner bestemte elementer som skal hjelpe å presisere problemstillingen, og identifisere søkeord som kan være nyttige i litteratursøket. Population/patient/problem (P) forteller om hvilken pasientgruppe det handler om, og hva som er problemet. Intervention (I) forteller om hvilke intervensjoner eller tiltak som skal vurderes. Comparison brukes dersom man skal sammenligne to tiltak, mens outcome (O) sier noe om hvilke utfall man er interessert i, eller hva man ønsker å oppnå (Thidemann, 2019, s. 83). Jeg valgte å utelate feltet «comparison» i PICO skjemaet da jeg ikke skulle sammenligne tiltak, og det dermed ikke var relevant for søket.

Etter å ha funnet relevante søkeord, gjennomførte jeg et systematisk litteratursøk i aktuelle databaser innenfor helseforskning, deriblant Pubmed, Cinahl, og høyskolens database ORIA (For søkehistorikk, se vedlegg 3). Utvalget av forskningsartikler ble gjort ved å lese overskrifter og sammendrag på studier som framstod som relevant for besvarelsen av problemstillingen, og bestod til slutt av syv aktuelle forskningsartikler.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vitenskapelige artikler og akademiske tekster er ofte godt organisert og har en tydelig struktur. Jeg har valgt IMRaD-struktur som et inklusjonskriterie i søket etter forskningsartikler, ettersom dette en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler. IMRaD strukturen beskriver hovedhensikten med studien innledningsvis (I), før metoden (M) presenteres. Videre finner man resultatene (R) av studien, etterfulgt av en diskusjon (D) av funnene. Til slutt legges det frem en konklusjon (Thidemann, 2019, s. 30). Det var også et

inklusionskriteriene at forskningsartiklene skulle være fagfellevurdert. Jeg ekskluderte forskning som ikke er overførbart til norske forhold, samt publikasjoner som var eldre enn 10 år.

3.3 Kildekritikk

Med kildekritikk menes å vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet, samt å redegjøre for hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen. Hensikten er å meddele refleksjoner om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har vedrørende problemstillingen (Dalland, 2020, s. 152).

Alle de inkluderte forskningsartiklene er fagfellevurdert, og seks av syv studier er primærkilder. Dette mener jeg er en styrke da det gir artiklene en validitet, samt at de ikke har blitt fortolket av andre. I tillegg har de blitt kritisk vurdert i henhold til helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative studier, vurdering av kohortstudier og vurdering av oversiktsartikler (Helsebiblioteket 2016). Jeg mener det er en styrke at både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert, da det gir oppgaven en dybde og en bredde. En svakhet kan være at forskningsartiklene er skrevet på engelsk, som kan resultere i at deler av innholdet kan misforstås i oversettelsen.

Sepsis er et fagfelt som har hatt stort fokus de senere år. Det er en styrke at de utvalgte forskningsartiklene er av nyere dato, og at forskningen er oppdatert.

I litteratursøket var det vanskelig å finne litteratur som omhandlet sepsis på sykehjem. Kun to av de inkluderte forskningsartiklene handler spesifikt om sykehjem. De resterende forskningsartiklene omhandler sepsis hos eldre på sykehus, sykepleierrollen, sykdom hos eldre og kartleggingsverktøy. Jeg mener likevel at funnene i de valgte publikasjonene i stor grad er overførbare til sykehjem, og har på bakgrunn av det inkludert dem i oppgaven. I det teoretiske rammeverket er det anvendt faglitteratur som kilde. Faglitteratur er sekundærkilder og har blitt fortolket av forfatterne, som kan være en svakhet.

4 RESULTAT

I det følgende kapittel vil hovedfunn fra de inkluderte forskningsartiklene bli presentert. Funnene blir videre drøftet i drøftingskapittelet. En fullstendig presentasjon av artiklene finnes i vedlegg 4.

4.1 Presentasjon av Forskningsartikler

4.1.1 «Emergency nurses` knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study»:

(A. Harley, A.N.B Johnston, K.J Denny, G. Keijzers, J. Crilly & D. Massey)

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske sykepleierens erfaringer og evne til å oppdage sepsis, samt deres bevissthet rundt screeningverktøy som hjelpemiddel i identifiseringen. Kunnskapen fra studien kan benyttes til å forbedre kvalitet i nasjonale- og internasjonale retningslinjer, og sykepleieutdanningen.

Metode: Studien har benyttet et kvalitativt design, hvor 14 sykepleiere på akuttmottaket ble intervjuet, én-til-én. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Utvalget bestod av nyutdannede sykepleiere og sykepleiere med opp til 25 års erfaring, både kvinner og menn. Et inklusjonskriterium var at utvalget nylig hadde hatt ansvar for en pasient med sepsis.

Funn: Det ble identifisert seks sentrale faktorer som påvirket sykepleiernes evne til å oppdage sepsis; organisatoriske faktorer, anerkjennelse av viktigheten med kunnskap, anerkjennelse av handlekraft, kollegial støtte, personalets erfaring og bevissthet om behovet for å søke råd.

Konklusjon: Sykepleiere i studien identifiserte en rekke faktorer som påvirket deres evne til å gjenkjenne og handle i situasjoner med sepsis. Forskning, utdanningsinstitusjoner og helseinstitusjoner må sørge for at sykepleieutdanninger og systemendringer utvikles for å fremme sykepleieres gjenkjennelse og videre respons på sepsis.

4.1.2 «Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival»:

(Torsvik, M., Gustad, L.T., Mehl, A., Bangstad, I.L., Vinje, L.J., Damås, J.K. & Solligård, E.)

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke om implementering av kartleggingsverktøy, varsling- og behandlingsflytskjema og undervisning av sykepleiere kunne forbedre kliniske observasjoner. Videre søkte de svar på om dette førte til færre tilfeller av alvorlige sykdomsforløp og dødsfall.

Metode: Studien var en intervensjonsstudie som benyttet kvantitativt forskningsdesign. Intervensjonen bestod av undervisning og implementering av kartleggingskjema og et varslings- og behandlingsflytskjema. Data fra pasienter med påvist bakteriemi mellom 2008-2010 og mellom 2011-2013 ble innhentet fra pasientjournaler. Alvorlighetsgrad av sepsis, observasjonsfrekvens av vitalia, liggetid på sykehus og dødelighet ble undersøkt, og funn fra pre-intervensjonsgruppen ble sammenlignet med funn fra post-intervensjonsgruppen.

Funn: Data fra 472 pasienter i pre-intervensjonsgruppen og fra 409 pasienter i post-intervensjonsgruppen ble gjennomgått. Sykepleierne i post-intervensjonsgruppen økte observasjonsfrekvensen og hadde grundigere observasjoner av vitalia. 30 dager etter påvist bakteriemi var dødeligheten 12,5% i pre-intervensjonsgruppen, mens den var 7,1% i post-intervensjonen.

Konklusjon: Økt kunnskap om sepsis blant sykepleiere på sykehus, samt implementering av kartleggingsverktøy kan føre til tidlig identifisering av sepsis, som gir økt sykehusoverlevelse. Forekomsten av alvorlige tilfeller kan reduseres, og antall liggedøgn på sykehus forkortes.

4.1.3 «Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: Evaluation of a system-wide quality improvement project»:

(Pullyblank, A., Tavaré, A., Little, H., Redfern, E., le Roux, H., Inada-Kim, M., Cheema, K. & Cook, A.)

Hensikt: Studiens hensikt var å evaluere om implementering av NEWS på tvers av helsevesenet påvirker utfallet og reduserer dødeligheten hos pasienter med mistanke om sepsis.

Metode: Studien var et kvalitetsforbedringsprosjekt gjennomført i Vest-England fra mars 2015 - mars 2019, med mål om å standardisere NEWS i sekundæromsorg og introdusere NEWS i primæromsorg. Data om pasienttilfeller med mistanke om sepsis i Vest-England ble hentet fra den nasjonale databasen, og sammenlignet med data fra resten av England. Kvalitetsforbedringsmetodikk og statistiske prosesskontrolldiagrammer ble brukt for å måle forbedring. Ulike team fra helsevesenet møttes regelmessig for å teste ideer, definere resultater, identifisere læring og utvikle pedagogisk materiale, samt dele suksess og barrierer ved implementeringen av NEWS.

Funn: Etter fire år med implementering av NEWS i primærhelsetjenesten og kommunal pleie i Vest-England har det vært en reduksjon i dødeligheten av pasienter med mistenkt sepsis, sammenlignet med resten av England. I mars 2019 hadde Vest-England den laveste dødeligheten av pasienter med mistanke om sepsis.

Konklusjon: Så vidt forskerne vet, er dette den første studien som viser at bruk av NEWS i pre-hospital behandling er assosiert med bedre utfall for pasienter med mistanke om sepsis. NEWS støtter det kliniske blikk og kan bidra til korrekt prioritering av helsetjenester. Til tross for at resultatene viser reduksjon av dødelighet etter implementering av NEWS må det tas hensyn til et generelt økt fokus på sepsis den siste tiden, som kan ha virket inn på resultatene.

4.1.4 «Quick sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic inflammatory response Syndrom, And Early Warning score for detecting clinical deterioration in infected patients outside the intensive care unit».

(Churpek, M.M., Snyder, A., Han, X., Sokol, S., Pettit, N., Howell, M.D. & Edelson, D.P.)

Hensikt: Hensikten med studien var å sammenligne nøyaktigheten til qSOFA opp mot kartleggingsverktøyene SIRS, MEWS og NEWS for å kunne oppdage klinisk forverring hos pasienter med mistanke om infeksjon.

Metode: Studien benytter en kvantitativ metode og er en retrospektiv observasjon studie. Vitalia, laboratoriesvar, ordinasjoner og demografisk data fra alle pasienter innlagt på sengepost, eller akuttmottak ved University of Chicago mellom november 2008 og januar 2016 med mistanke om infeksjon, ble inkludert i studien. Datasamlingen ble analysert og sett opp mot verktøyene. QSOFA, Systemic inflammatory syndrom (SIRS), Modified Early Warning Score (MEWS) og National Early Warning Score ble sammenlignet for å forutsi overføring til intensiv avdeling eller død.

Funn: Den endelige studiekohorten besto av 30 677 pasienter. Funn viser at qSOFA var mer nøyaktig enn SIRS til å forutse dødsfall og/eller overflytning til intensivavdeling hos pasienter med infeksjon. qSOFA har lav sensitivitet og oppdager derimot sepsis for sent. NEWS skåret best og var mest presist for å kunne forebygge uheldige utfall, til tross for at NEWS er et generelt kartleggingsverktøy med hensikt å fange opp en generell klinisk forverring av pasientene.

Konklusjon: NEWS og MEWS er mer nøyaktig til å forutsi død og overføring til intensivavdeling. Resultatene antyder at qSOFA poengsummen ikke skal erstatte de generelle kartleggingsverktøyene når det foreligger mistanke som infeksjon og/eller sepsis.

4.1.5 «Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis og bacteremia».

(Wester, A. L., Dunlop, O., Melby, K. K., Dahle, U. R., & Wyller, T. B.)

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke aldersrelaterte forskjeller i symptomer, diagnostikk og prognose hos eldre pasienter med sepsis. Forskerne undersøkte den kliniske presentasjonen av sepsis og alvorlighetsgraden sett opp mot alder, og studerte om dette var ytterligere risikofaktorer for organsvikt og død. De søkte svar på om det forelå aldersrelaterte forskjeller i den prognostiske følsomheten for CRP og SIRS kriterier med tanke på tidlig organsvikt

Metode: Studien var av kvantitativ metode. Retrospektivt ble pasientjournaler fra 680 sykehuspasienter mellom 1994 og 2004 på Akershus universitetssykehus analysert. Bakteriemi forårsaket av *Esherichia coli* eller *Streptococcus pneumonia* var et inklusjonskriterium for utvalget. Dette skulle bekreftes av blodkultur tatt ved innleggelse eller førstkommende døgn. Data om kormorbiditet, risikofaktor for infeksjon og diagnostisk data ble hentet fra pasientjournalene. Symptomene ble delt inn i typiske og atypiske symptomer. Det ble utført beskrivende analyser delt i tre aldersgrupper (<65 år, 65-84 år og >85 år) for å studere eventuelle forskjeller i klinisk presentasjon.

Funn: Funn viser at de to eldste aldersgruppene (65-84 år og >85 år) hadde flere komorbiditeter og ble oftere innlagt med ikke-spesifikke diagnoser. Disse gruppene hadde oftere atypiske symptomer som akutt funksjonssvikt fremfor de mer typiske symptomene på sepsis, og hadde en signifikant høyere forekomst av organsvikt og mortalitet. SIRS kriteriene var mindre sensitive for å oppdage sepsis og organsvikt hos pasienter over 65 år. Resultatet indikerer at alder påvirker den kliniske presentasjonen, diagnostiske markører og utfall av alvorlig infeksjon.

Konklusjon: Eldre pasienter med bakteriemi har oftere atypiske symptomer og funksjonssvikt. SIRS har dårligere følsomhet for å identifisere alvorlig infeksjon hos eldre og bør vektlegges mindre i risikovurderingen av sepsis i denne pasientgruppen. Høy alder og kormorbiditet er risikofaktorer for tidlig organsvikt og dødelighet på sykehus. Uavhengig av alder vil kliniske observasjoner og vurderinger om pasientens allmenntilstand, enkeltaspekter ved SIRS og indikatorer for organsvikt være avgjørende når man vurderer pasienter med mistenkt infeksjon/sepsis.

4.1.6 «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand.»

(Steinsheim, G. & Malmedal, W.)

Hensikt: Studiens hensikt var å beskrive sykehjemansattes erfaringer og opplevelser med tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (TOFT)», og implementeringen av den.

Metode: Studien er en kvalitativ studie som benytter fokusgruppeintervjuer. Studien fulgte samtlige ansatte på en sykehjemsavdeling i Norge, som piloterte TOFT fra oppstart og fram til et år etter prosjektslutt. Utvalget bestod av fire sykepleiere og to helsefagarbeidere. Et av tiltakene i TOFT er bruk av validerte verktøy for observasjon, skåring og respons. Verktøy som anbefales tatt i bruk er ABCDE, NEWS og ISBAR. Pilotprosjektet var rettet mot tiltak 2, 3 og 4 i TOFT som går ut på bruk av validerte verktøy, sikker kommunikasjon og tilkalling av kvalifisert hjelp, og studien omhandler kun disse. Fokusgruppeintervjuene fant sted ved oppstart av, rett etter og ett år etter avsluttet prosjektperiode.

Funn: Ved prosjektstart hadde de ansatte positive forventninger og bekymringer, og ytret et behov for økt kompetanse på akutt sykdom. De var spent på tidsbruken tiltakspakken ville medføre. I det andre intervjuet beskrev informantene at de hadde fått økt kunnskap om akutt sykdom underveis i prosjektet, deriblant sepsis, og at dette hadde blitt avdekket hos en pasient. Både underveis og etter pilotprosjektet hevdet utvalget at NEWS og ISBAR hadde blitt en del av hverdagen, tidsbruk ble ikke ansett som et problem. At fagleder var med i prosjektgruppen signaliserte at prosjektet var viktig for ledelsen. Systematisering, bevisstgjøring, faglig fokus og tryggere pasienter var utfallet av pilotstudien. Observasjoner og målinger var satt i et system, og de ansatte var i forkant og oppdaget endringer tidligere. NEWS ble en støtte i det kliniske blick og i samtale med legen.

Konklusjon: Utvalget hadde positive erfaringer med implementering av TOFT og beskriver prosjektet som vellykket, mye takket være lederforankring og en positiv innstilling til å delta. De har blitt flinkere og tryggere på diverse målinger, og blitt bedre til tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Dette er en liten studie med relativt kort oppfølgingstid. Det trengs mer forskning som evaluerer effekten av måleinstrumenter og skjema som NEWS og ISBAR i sykehjem, og som validerer slike verktøy for denne konteksten.

4.1.7 «Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review»

(Jun, J., Kovner, C.T. & Stimpfel, A.W.)

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke i hvilken grad sykepleiere anvendte faglige retningslinjer og kartleggingsverktøy i sin arbeidshverdag, samt å kartlegge hvilke faktorer som hemmet og fremmet bruken av disse ut ifra sykepleieres synspunkt.

Metode: Denne studien er en oversiktsstudie. Litteratursøk er gjennomført fra databasene PubMed, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, ProQuest, Medline og Embase. Søkene ble utført i mars-april 2014 og mellom desember 2015 - januar 2016. Inklusjonskriterier for utvalget av forskningsartiklene var at de var fagfellevurderte primærstudier, publisert i engelsk skrevne tidsskrift, og være publisert mellom 1995 og 2015. Studiene ble evaluert ved hjelp av *The critical Appraisal skills program*, et vurderingsverktøy for akademiske tekster.

Funn: 16 forskningsartikler fra syv forskjellige land ble inkludert i studien, hvor syv var kvantitative studier og ni var kvalitative studier. Faktorer som var fremmende eller hemmende for hvilken grad sykepleiere benyttet retningslinjer/kartleggingsverktøy ble kategorisert i interne og eksterne faktorer. De interne faktorene var sykepleierens holdninger, oppfatninger og kunnskap om retningslinjer. Retningslinjenes brukervennlighet, ressurser, ledelse og organisasjonskultur var de eksterne faktorene.

Konklusjon: I studien analyserte forskerne primære kvantitative og kvalitative studier for å identifisere interne og eksterne faktorer for sykepleierens bruk av kliniske verktøy. Gjennom studien fant man holdninger, oppfatninger og kunnskap som interne faktorer, mens kliniske retningslinjer, ressurser, ledelse og organisasjonskultur var eksterne faktorene. Sykepleierne har en sentral plass i helsevesenet. Det er vesentlig at de har en aktiv rolle i utvikling, implementering og oppdatering av retningslinjer og kartleggingsverktøy, for å sikre høy kvalitet på sykepleien.

5 DRØFTING

I det følgende kapittel vil jeg ut fra sentrale funn i de utvalgte forskningsartiklene drøfte hvordan sykepleier kan bidra til tidlig oppdagelse av sepsis hos pasienter på sykehjem.

Funnene vil ses i sammenheng med Florence Nightingales sykepleieteori, det teoretiske rammeverket og egne erfaringer.

5.1 Sykepleierens observasjonskompetanse

Sykepleierens sekundærforebyggende funksjon handler om å tidlig identifisere helsesvikt. Det innebærer å observere og vurdere symptomer og tegn til forverring i pasientens tilstand (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Denne funksjonen er derfor høyst aktuell i identifiseringen av sepsis. Som det fremkommer i punkt 2.4 skal sykepleieren i henhold til helsepersonelloven (1999, §4) utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette legger føringer for at sykepleieren må tilstrebe tilstrekkelig observasjon- og vurderingskompetanse.

Observasjon av pasienten må ses på som en sentral del av sykepleien. Det danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningene, og handlingene som sykepleieren utfører i møte med enhver pasient (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 24). Som beskrevet under punkt 2.4 er teoretisk kunnskap om anatomi, fysiologi, patofysiologiske prosesser og sykdom, samt klinisk erfaring grunnlaget for observasjonskompetansen. At man som sykepleier innbefatter denne kunnskapen kan derfor være avgjørende for tidlig oppdagelse av sepsis, noe som er vesentlig for å kunne starte tidlig behandling, og dermed stanse sepsisutviklingen og organsvikt (Rygh et al, 2016, s. 95). Likevel er mangelfull observasjon en av årsakene til unødvendige dødsfall i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2020). I lys av dette er Nightingales (1997) appell om viktigheten av observasjon fremdeles aktuell, og sykepleieren må lære hva som skal observeres og hvordan det skal gjøres. Systematisk observasjon etter ABCDE-prinsippene kan være aktuelt, da det gir en systematisk oversikt av pasientens vitale tegn og kan bidra til at man unngår å overse viktige detaljer (Kirkevold, 2015, s. 133).

Ettersom observasjonskompetansen bygger på klinisk erfaring, vil det trolig være forskjeller mellom en nyutdannet sykepleier og en sykepleier med bred erfaring. I Harley et al (2019) studie var nettopp personalets erfaring en komponent for tidlig oppdagelse av sepsis. Utvalget hevdet at en sykepleier som har sett sepsis før, vil gjenkjenne dette på et tidligere tidspunkt enn en uerfaren sykepleier. Studien pekte også på kollegastøtte og muligheten til å søke råd hos andre som faktorer for tidlig identifisering av sepsis. Dette er i tråd med de

yrkesetiske retningslinjene som hevder man skal erkjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (NSF,2019). På et sykehjem kan man imidlertid risikere å stå med ansvar for dårlige pasienter, med få eller ingen sykepleiere å søke råd hos. Det er i disse situasjonene viktig at sykehjemmet har rutiner som sikrer faglig støtte, for eksempel lav terskel for å kontakte sykehjemslegevakt for konsultasjon. Erfaringsmessig er det også til hjelp at man supplerer med komparentopplysninger fra pleiepersonell eller pårørende som kjenner pasienten godt, blant annet om hvordan pasientens habituelle tilstand er.

I tillegg til at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen sykepleiepraksis er juridisk, faglig og etisk forsvarlig, foreligger det også et spesielt ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet på sykehjemmet (Hauge, 2016, s. 278). Det betyr at sykepleier må samarbeide med andre yrkesgrupper for å sikre god kvalitet. I denne sammenheng er sykepleierens undervisende funksjon særdeles viktig, og man må sikre at personalgruppen har observasjonskompetanse til å oppdage avvikende tilstander hos den enkelte pasient, og videre rapporterer dem til sykepleier. Ved å undervise og gi veiledning til kollegaer vil kvaliteten på tjenestetilbudet kunne økes ved at kunnskapsnivået heves (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 19).

En av mine praksisstudier befant seg på et sykehjem som benyttet en organisasjonsmodell hvor sykepleiere var stasjonert utenfor avdeling, og ble tilkalt ved behov eller ved gjennomføring av faste sykepleie oppdag. Jeg observerte her at sykepleierens undervisende funksjon var avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet. Ved en tilfeldighet ble det oppdaget av sykepleier at en pasient hadde tegn til funksjonssvikt, da han plutselig ikke klarte å spise selv. Pleiepersonalet så ikke på funksjonssvikten som et tegn på forverring av tilstand, men begrunnet det med at pasienten trolig hadde sovet dårlig. I dette tilfelle viste det seg at pasienten hadde en pågående infeksjon. Dette tilfelle kunne trolig blitt oppdaget av pleiepersonalet dersom de i forkant hadde fått veiledning på hvilke symptomer og tegn man skal observere hos eldre. Det er viktig at infeksjoner blir oppdaget hos eldre, da infeksjon i urinveier og luftveier er de vanligste utgangspunktene for sepsis (Wyller, 2018, s. 349). Sett i sammenheng med oppgavens problemstilling stiller jeg meg undrende til at en

slik organiseringsmodell bidrar til tidlig oppdagelse av sepsis, spesielt ettersom mange av de ansatte på sykehjem er ufaglærte (Hauge, 2016, 279).

5.2 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag

Kunnskap om sykdom henger nært sammen med sykepleierens observasjonskompetanse. Nightingale påpekte i sin tid at hver sykdom har sine bestemte karakteristiske trekk, og at sykepleieren må kjenne til typiske tegn for de enkelte sykdommene (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 20). Som beskrevet under punkt 2.1.2 gir akutt sykdom hos eldre spesielle utfordringer fordi symptomene ofte er diffuse og uspesifikke, preget av tap av funksjon. Uten kunnskap om sykdomstegn hos denne pasientgruppen kan dette mistolkes som et pleieproblem (Wyller, 2018, s. 50). I Wester et al (2013) studie fant man også uspesifikke symptomer hos eldre pasienter med sepsis. Funnene viser at pasienter over 65 år oftere hadde akutt funksjonssvikt og generell redusert allmenntilstand, mens de typiske symptomene uteble. I tillegg forekom ofte redusert bevissthet hos denne pasientgruppen. Funnene i studien indikerer at alder påvirker den kliniske presentasjonen av sepsis. I lys av dette kan det tenkes at det ikke er nok med generelle kunnskaper om sepsis. Sykepleieren må ha en helhetlig tilnærming til den eldre pasienten og ha kunnskaper om aldringsprosessen og dens påvirkning på sykdomstegn. Ved å ha kunnskap om aldringsprosessen vil man ha kunnskap om årsakene til hvorfor eldre pasienter er mer utsatt for å få sepsis, og dermed være mer årvåken for at dette kan oppstå. I tillegg er det nødvendig med kunnskaper om pasientens kjente sykdommer, og hvilke legemidler vedkommende tar som kan ha innvirkning symptomer og tegn. Eksempelvis vil betablokkere hemme kroppens naturlige kompensasjonsmekanismer ved sviktende sirkulasjon, og man vil derfor ikke se en økning av hjertefrekvensen (Wyller, 2018, s.231).

Til tross for at forskning og faglitteratur presenterer et atypisk sykdomsforløp hos eldre, var jeg under praksisstudier vitne til sykepleiere som utelukket infeksjon hos pasienter med økende grad av funksjonssvikt. Begrunnelsen var at pasientene ikke hadde feber. Det kan tale for mangel på kunnskap blant sykepleierne. I Studien til Steinsheim og Malmedal (2020) ga personalet på sykehjemmet uttrykk for at det var behov for økt kunnskap om akutt sykdom, deriblant sepsis. Forståelsen av kunnskap var også en av faktorene som hemmet tidlig oppdagelse av sepsis i Harley et als (2019) studie. Ingen av sykepleierne i denne studien

kunne gjengi symptomer på sepsis eller komponenter i qSOFA, dette til tross for at de var enig om viktigheten av kunnskap om sepsis.

Ifølge Torsvik et al (2016) studie spiller sykepleiers kunnskap og kompetanse en viktig rolle for tidlig identifisering av sepsis. Etter undervisning og implementering av et egendefinert kartleggings skjema, samt et varslings- og behandlingsflytskjema økte sykepleierne observasjonsfrekvensen og foretok grundigere observasjoner. Det resulterte i at antall liggedøgn på sykehus ble redusert, samt at dødeligheten ved sepsis sank fra 12,5 % til 7,1%. Funn i denne studien tyder på at undervisning og implementering av kartleggings skjema er faktorer som fremmer identifisering av sepsis – undervisning gir kunnskap. I lys av dette kan det tenkes at undervisning om sepsis og kartleggingsverktøy også vil kunne bidra til økt kunnskap, og dermed fremme tidlig oppdagelse av sepsis på et sykehjem.

5.3 Kartleggingsverktøy

Det fremkommer i de nasjonale faglige rådene for tidlig oppdagelse av forverret tilstand at man på helseinstitusjoner bør utføre systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner, og bruke validerte scoringssystem (Helsedirektoratet, 2020). Bruk av vurderingsskjemaer kan bidra til at helsepersonell får større tiltro til sin egen evne til å identifisere alvorlig sykdomsutvikling på et tidlig tidspunkt (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 32). Dette bekreftes både i Steinsheim og Malmedal (2020) og Pullyblank et al (2020) sine studier. De konstaterer med at kartlegging ved bruk av NEWS ble en støtte til det kliniske skjønn når personalet hadde mistanke om at noe var galt, uten evne til å formidle det. I Steinheim og Malmedals (2020) studie ble kartleggingsverktøyet også vurdert til å være en støtte i samtale med lege ved at man hadde noe konkret å legge frem. Det er imidlertid viktig at sykepleieren er bevisst på at skjemaene brukes som støtte i arbeidet, og at det ikke skal erstatte faglig skjønn eller ta oppmerksomheten bort fra pasienten (Nordtvedt og Grønseth, 2016, s. 29). Dette krever faglig trygge sykepleiere. Til tross for at kartleggingsverktøyene pekes på som en støtte, fant Jun et al (2016) imidlertid flere barrierer og fremmede faktorer som påvirket om sykepleier benyttet kartleggingsverktøy. En viktig faktor nevnes å være sykepleierens tidspress, samt kartleggingsverktøyets brukervennlighet. I tillegg ble endringskultur på arbeidsplassen utpekt som en viktig faktor.

Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy som kan benyttes ved forverret tilstand og/eller mistanke om sepsis, og det er viktig at sykepleieren har kunnskap om de ulike kartleggingsverktøyene som brukes innenfor sitt fagfelt. I følge Jun et al (2016) studie var kunnskap om kartleggingsverktøy en fremmende eller hemmende faktor for at sykepleiere benyttet verktøyene. Studien fant forskjeller i sykepleieres kunnskap, og arbeidserfaring ble nevnt som en avgjørende faktor for dette. Videre fant de ut at tilstrekkelig utdanning og opplæring var relatert til økt bruk.

Hvilke kartleggingsverktøy som benyttes på de ulike helseinstitusjonene vil sannsynligvis være organisatorisk betinget. Støttende lederskap og en organisatorisk implementering av kartleggingsverktøy kan være en fremmende faktor for sykepleieres anvendelse av kartleggingsverktøy (Jun et al, 2016). En lederforankret implementering av NEWS ble også pekt på som viktig for de ansatte i Steinsheim og Malmedals (2020) studie. Det gjorde at det ble lettere å sette av tid til å jobbe med kartleggingsverktøyet. De pekte på mengdetrening som en suksessfaktor. I henhold til de yrkesetiske retningslinjer har ledere av sykepleietjenester et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling (NSF, 2019). Uavhengig av dette, samt andre organisatoriske faktorer, kan sykepleieren likevel ved å benytte den fagutviklingen funksjonen bidra til en kvalitetsforbedring ved å finne og anvende relevant forskning. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren holde seg oppdatert på forskning og jobbe kunnskapsbasert (NSF,2019).

Som beskrevet under punkt 2.4.3. kartlegges pasientene med utgangspunkt i vitale målinger. For eldre pasienter kan avvik innenfor en enkelt parameter være alvorlig nok til å kreve legetilsyn, ettersom denne pasientgruppen har mindre fysiologisk reservekapasitet. (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 33). På et sykehjem er det ofte begrenset med ressurser, som kan gjøre det vanskelig å utføre ulike kartlegginger. Bruk av SIRS-kriterier vil for eksempel kunne være vanskelig fordi det krever tilgang på laboratorier, noe som etter egne erfaringer sjeldent foreligger på et sykehjem. Funn fra Wester et al sin studie (2013) angir dessuten SIRS kriteriene som mindre sensitive for å oppdage sepsis og organsvikt hos pasienter over 65 år, noe som skyldes den diffuse presentasjonen av symptomer. Churpek et al (2016) fant i også SIRS kriteriene som uspesifikke i sin studie. På bakgrunn av dette vil man

kunne antyde at SIRS er et dårlig anvendelig kartleggingsverktøy for identifisering av sepsis hos pasienter på sykehjem.

Da den nye definisjonen på sepsis ble introdusert i 2016, kom også anbefalinger om å anvende qSOFA som kriterier i identifisering av sepsis (Singer et al, 2016). Det strides imidlertid i fagmiljøet om dette er det beste alternativet. Både Churpek et al (2016) og Torsvik et al (2016) kritiserer qSOFA for å være for lite sensitiv, som fører til at sepsis blir identifisert sent i forløpet. Churpek et al (2016) angir NEWS som det mest nøyaktige kartleggingsverktøyet for å oppdage klinisk forverring og behov for overføring til intensivavdeling hos pasienter med mistenkt infeksjon. Pullyblank et al (2020) peker på NEWS som et anvendelig kartleggingsverktøy også utenfor sykehus, som bidrar til tidlig identifisering av sepsis. Studien er utført i England, men funnene har stor overføringsverdi til Norge. Ifølge Pullyblank et als (2020) studie førte implementering av NEWS i primærhelsetjenesten og kommunal pleie til en reduksjon i dødelighet av pasienter med mistanke om sepsis. Funn i Steinsheim & Malmedals (2020) studie indikerer på at NEWS bidrar til systematisering av observasjonene, og fører til at de sykehjemansatte er i forkant. Ved mistanke om forverring av tilstand benyttes NEWS som en til støtte i de kliniske beslutningene. Videre viser funn til tryggere pasienter på grunn av en kvalitetsforbedring.

Gjennom praksisstudier og yrkeserfaring har jeg sett betydningen av implementering av NEWS, og har erfart at den er av stor verdi som støtte i de kliniske vurderingene, og bidrar til en generell kvalitetsforbedring på sykehjemmet. Under praksisstudier på sykehjem ble sepsis oppdaget på grunnlag av NEWS som støtte til den kliniske vurderingen. Den sammenlagte NEWS-skåren sammen med delirium ga mistanke om sepsis. I dette tilfellet fikk jeg erfare hvor raskt tilstanden forverres.

Et tankekors ved bruk av NEWS er at man på sykehjem ikke har den legedekningen som er forventet ut fra de faste intervensjoner. Ved skår over syv skal pasienten ha øyeblikkelig tilsyn av spesialist på akuttmedisin/intensivmedisin for vurdering om overflyttelse til en overvåkings/intensivavdeling. Dette krever ambulansetransport på rødt respons. Det må også tas stilling til, i samarbeid med behandlende lege, pårørende og pasient, om en eventuell overflytting til intensivavdeling er hensiktsmessig og etisk riktig ved sykdom hos skrøpelige eldre sykehjemspasienter.

6 AVSLUTNING

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til tidlig identifisering av sepsis hos eldre pasienter på sykehjem. Studier peker på flere faktorer som medvirkende årsaker. På grunn av aldersforandringer og komorbiditeter har eldre ofte diffuse og atypiske symptomer ved sepsis som kan vanskeliggjøre identifiseringen. Det kreves derfor at sykepleieren i tillegg til å ha kunnskap om sepsis, også må ha tilstrekkelig kunnskap om sykdom hos eldre. Sykepleieren har et eget ansvar for å holde seg faglig, juridisk og etisk oppdatert. Likevel tyder funn på at det fremdeles er et behov for kunnskap om sepsis blant sykepleiere.

Nightingales teori om viktigheten av observasjoner er fortsatt aktuell. At sykepleier har observasjonskompetanse, er avgjørende for identifiseringen av sepsis. Grunnlaget for observasjonskompetansen bygger på teoretiske kunnskaper om anatomi, fysiologi, patofysiologiske prosesser og sykdom, og sykepleierens kliniske erfaringer. Sykepleieren må sikre at pleiepersonellet på sykehjemmet også har observasjonskompetanse til å oppdage forandringer i pasientenes tilstand. Dette kan gjøres gjennom undervisning og veiledning.

Flere av de inkluderte studiene peker på kartleggingsverktøy som en støtte i identifiseringen av sepsis. Det er viktig at sykepleieren har kjennskap til de ulike kartleggingsverktøyene som brukes, inkludert deres styrker og svakheter. Sykepleieren må gjennom den fagutviklende funksjonen holde seg oppdatert på forskning og jobbe kunnskapsbasert. Uansett hvilke kartleggingsverktøy man benytter må sykepleieren tilstrebe en helhetlig tilnærming til pasienten, og ikke la seg styre av rutinemessige målinger.

7 LITTERATURLISTE

Churpek, M.M., Snyder, A., Han, X., Sokol, S., Pettit, N., Howell, M.D. & Edelson, D.P. (2016). Quick Sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic Inflammatory Response Syndrome, and Early Warning Scores for Detecting Clinical Deterioration in Infected Patients outside the

Intensive Care Unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2017/1;195(7):906-911. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0854oc>

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving*. (7.utgave) Gyldendal Akademisk.

Flaatten H. (2004) Epidemiology of sepsis in Norway in 1999. *Crit Care*. 2004 Aug;8(4):R180-4. doi: <https://doi.org/10.1186/cc2867>

Harley, A., Johnston, A.N.B., Denny, K.J., Keijzers, G., Crilly, J. & Massey, D. (2019). Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. *International emergency nursing*. Mars2019/43 106-112 <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ienj.2019.01.005>

Hauge, S. (2015) Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. (s.265-280) Gyldendal Akademisk

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2020). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand* <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

Helsenorge.no. (2018, 13. September). Blodforgiftning (sepsis). Hentet fra: <https://helsenorge.no/sykdom/infeksjon-og-betennelse/blodforgifting-sepsis>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1

Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal Of Nursing Studies*, 60 54-68 Doi: <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2016.03.006>

Kirkevold, M. (2015) Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red)
Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten.

(s.122-144) Gyldendal Akademisk

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) DOI:<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0187990>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (2016) Hva er sykepleie? I G.H Grimsbø (Red) *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (s. 15-27) Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 15-77) Gyldendal Akademisk

Kvale, D. & Brubakk, O. (2017). Infeksjoner. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (s. 67- 90). Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2012) Sykepleiehistorie, Ideer – mennesker – muligheter. (2. utgave) Gyldendal Akademisk

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – Funksjon, ansvar og kompetanse. H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg. s. 19-37). Gyldendal akademisk

Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24/7 (2017). *Tiltakspakke for tidlig oppdagelse og behandling av sepsis*. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>

Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 27/7 (u.å) *Ny versjon av tiltakspakkene om forverret tilstand*. <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/ny-versjon-av-tiltakspakkene-om-forverret-tilstand>

Pullyblank, A., Tavaré, A., Little, H., Redfern, E., le Roux, H., Inada-Kim, M., Cheema, K. & Cook, A. (2020) Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis: evaluation of a system-wide quality improvement project. *British Journal of General Practice*. 70 (695) 381-388. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X709349>

Ramm, J. (30. mai 2013) Eldres bruk av helse og omsorgstjenester. Statistisk sentralbyrå https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898

Ranhoff, A. & Enogh, E (2015) Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. Ranhoffs *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. (s. 184-195) Gyldendal Akademisk

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I L. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 69-113). Gyldendal akademisk

Singer, M., Deutschman, C. S., & Seymour, C. W., Shankar- Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Angus, D. C. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis- 3). *Journal of American Medical Association* 8(315), s. 801-810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

Skaug, E-A. (2016) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I G.H Grimsbø (Red) *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3 utgave s.337-375) Gyldendal Akademisk

Steinsheim, G. & Malmedal, W (2020) Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 6/2 (1) 10-22 DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-02>

Thidemann, I.-J. (Red.). (2017). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Torsvik, M., Gustad, L.T., Mehl, A., Bangstad, I.L., Vinje, L.J., Damås, J.K. & Solligård, E. (2016) Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival. *Critical Care*. 2016/20 (1):244. <https://dx-doi-org.galanga.hvl.no/10.1186%2Fs13054-016-1423-1>

Wester, A. L., Dunlop, O., Melby, K. K., Dahle, U. R., & Wyller, T. B. (2013). Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteremia. *BMC Infectious* 2013/13, 346 <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-346>

Wyller, T.B. *Geriatrici – En medisinsk lærebok* (2. utgave). Gyldendal Akademisk

VEDLEGG 1: Kartleggingsverktøy

Figur 1: NEWS

NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2 (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5, vurder umiddelbart om pasienten kan ha sepsis og i så fall igangsett sepsisbehandling.

* SpO₂ Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonsvikt med mål om SpO₂ mellom 88 - 92 %, verifisert ved blodgassanalyse.
Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes. Ved alle andre tilfeller skal Skala 1 benyttes.
** Bevissthetsnivå:
A = Alert (våken)
C = New confusion (nyoppstått forvirring)
V = Voice (reagerer på tiltale)
P = Pain (reagerer ved smertestimulering)
U = Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimulering)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017.

TILTAK ETTER NEWS-SKÅR

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR SYKEHJUSMORTALITET
0	Minimum hver 12. time	• Følg rutinene for NEWS-overvåking	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time	• Informer ansvarlig sykepleier, som må vurdere pasienten • Ansvarlig sykepleier tar stilling til økt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege, som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege • Ansvarlig sykepleier tilkaller ytterligere hjelp fra medisinsk faglig personell • Ansvarlig lege tar stilling til behandlingsnivå	Middels
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege og medisinsk faglig personell • Øyeblikkelig respons fra akuttmedisinsk team, med kompetanse på akutt kritisk syke pasienter og sikring av frie luftveier • Ta stilling til overflytting til høyere overvåkningsnivå • Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåking	Høy

OBS: En lav score utelukker ikke alvorlig sykdom.
NEWS er et supplerende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne pasienter og må alltid brukes i kombinasjon med helsepersonellens kompetanse og kliniske skjønn.

* Kolonnen KLINISK RESPONS kan tilpasses hver enkelt virksomhet i samarbeid med medisinsk ansvarlig. Ved gjenbruk av NEWS2 må det ikke endres i fysiologiske parameter, overvåkningsfrekvens og fargekoder.



© Royal College of Physicians 2017

Helsedirektoratet, 2020. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/observasjonsrutiner/virksomheten-bor-etablere-rutiner-for-systematiske-observasjoner-av-pasienters-vitale-funksjoner#null-praktisk>

Figur 2: Q-SOFA og Glasgow koma skala

Tabell 1: Quick SOFA (qSOFA)

KLINISK INFEKSJON OG MINST 2 AV KRITERIENE:

- Respirasjonsfrekvens ≥ 22
- Endret mental status
- Systolisk blodtrykk ≤ 100 mm Hg

	RESPONS	SCORE
Øynerespons	Spontan	4
	Ved tiltale	3
	Ved smerte	2
	Ingen	1
Verbal respons	Orientert	5
	Forvirret (setninger)	4
	Usammenhengende (ord)	3
	Uforståelig (grynt/lyder)	2
	Ingen	1
Motorisk respons	Adlyder ordre	6
	Lokaliserer smerte	5
	Avverge ved smerte	4
	Fleksjon ved smerte	3
	Ekstensjon ved smerte	2
	Ingen	1
Total score		Maks. score 15 (4+5+6) Min. score 3 (1+1+1)

Indremedisinen, 2016. Hentet fra: <http://indremedisinen.no/wp-content/uploads/2016/08/Tab3.jpg>

VEDLEGG 2: PICO- skjema for litteratur søk

	P Patient/Population/ problem (Pasient)	I Intervention (Intervensjon)	C Comparison (Sammenligning)	O Outcomes (Resultat)
Norsk	Eldre pasienter på sykehjem med sepsis	Sykepleiers kunnskap om sepsis og observasjonskompetanse og bruk av kartleggingsverktøy	Ikke aktuelt å sammenligne	Tidlig oppdagelse av sepsis.
Emneord på Norsk	Pasienter med sepsis. Pasienter på sykehjem med sepsis. Eldre pasienter	Betydning av kunnskap, sepsiskunnskap, sykepleie tiltak/intervensjon, observasjon, kartleggingsverktøy		Tidlig oppdagelse av sepsis, tidlig identifisering av sepsis, tidlig gjenkjenning
Engelske søkeord	Patients with sepsis, sepsis, older/aged/elderly patients,	Nurses knowledge, nurses role, nurse assessment, detecting clinical deterioration, screening tool, sepsis-screening tool, SIRS, NEWS, qSOFA, clinical observation, Clinical practice guideline		Early identification, early recognition

VEDLEGG 3: Søkehistorikk

Søk	Data base	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikkelfunn	Metode	År	Relevans for oppgaven
#1	Pub med	Nurse* AND knowled ge AND sepsis	Abstract, full text, publisert siste 10 år	68	Emergency nurses` knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study	Kvalitativt design hvor 14 sykepleier e ble intervjuet	2019	Drøfter og tar opp faktorer som fremmer og hemmer sykepleieren til å oppdage sepsis. Selv om studien er utført ved sykehus er tematikken overførbart til sykehjem
#2	Pub med	Early identifica tion of sepsis A ND elderl y patient AND nurse	Abstract, full text, publisert siste 10 år	6	Early identification of sepsis in hospital inpatient by ward nurses increases 30- day survival	Intervensj ons studie kvantitativ forsknings design	2016	Konkluderer med at fokus på sepsis øker observasjonsfrekvens og evne. Relevant for min problemstilling selv om studien er utført på sykehus.

#3	Pub med	Sepsis AND National Early Warning Score	Publisert siste 10 år, Abstract, Full text	60	Implementatio n of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis	Kvantitativ studie	2020	Artikkelen er relevant fordi den belyser at implementerin g av NEWS utenfor sykehus reducerer dødeligheten i tilfeller med mistanke om sepsis
#4	Cina hl	Sepsis OR sepsis screenin g tool AND detectin g clinical deteriora tion (keyword)	Publisert siste 10 år	1	Quick sepsis- related Organ Failure Assessment, Systemic inflammatory response Syndrom, And Early Warning score for detecting clinical deterioration in infected patients outside the intensive care unit.	Kvantitativ metode	2016	Relevant fordi den undersøker kartleggingsve rktøy som også brukes på sykehjem

#5	Cinahl	Sepsis + AND age-related differences	Publisert siste 10 år, fagfellevurdert	3	Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteremia	Kvantitativ metode	2013	Relevant fordi den belyser problematikken med diagnostikk av eldre med sepsis. Overførbar til sykehjem
#6	ORIA	Sepsis OG eldre	Publisert siste 10 år	3	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Kvalitativ metode	2020	Relevant for oppgaven fordi den beskriver sykehjemansattes erfaringer etter innføring av TOFT
#7	Cinahl	Clinical practice guideline AND nurse use (keyword) AND Barriers	Publisert siste 10 år.	10	Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review	Integrative review	2016	Relevant for oppgaven fordi den beskriver faktorer som er avgjørende for at sykepleiere anvender kliniske retningslinjer og kartleggingsverktøy

VEDLEGG 4: Litteratormatrise

Forfatter, publiserings år, tidsskrift, Land	Tittel	Hensikt med studien	Metode og utvalg	Hovedfunn	Konklusjon
A.Harley, A.N.B Johnston, K.J Denny, G. Keijzers, J. Crilly & D. Massey, 2019, International emergency nursing, Australia	Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognizing and responding to patients with sepsis: A qualitative study	Studien utforsker sykepleiers erfaringer og oppfatning av å gjenkjenne og respondere på pasienter med sepsis, og deres bevissthet rundt screeningverktøy som hjelpemiddel. Forskerne ønsker å utforske sykepleiernes kunnskap om sepsis og identifisere hull i klinisk praksis rundt evnen til å gjenkjenne og reagere på sepsis.	Kvalitativ metode, beskrivende design; intervju av 14 sykepleiere som jobbet på et akuttmottak i Australia. Datasamlingen foregikk over en tre-ukers periode fra august-september 2017. intervjuene ble tatt opptak av og deretter transkribert. Sykepleierne ble spurt om 22 spørsmål som omhandlet deres kunnskaper sepsis. Utvalget besto av nybegynnere og sykepleiere med klinisk erfaring. Alle hadde nylig hatt ansvar for pasienter med sepsisdiagnose.	Seks faktorer som påvirker evnen til identifisering av sepsis; 1. Organisatoriske faktorer: omsorgsmodeller, ressurser, tidsbegrensning og arbeidspress. 2. Forståelse av kunnskap; sykepleierne hadde lite kunnskap om symptomer ved sepsis og elementer i kartleggingsverktøyene. 3. Forståelse av klinisk haster; manglende evne til å se hastegrad, 4. Kollegial støtte: nyutdannede sykepleier får støtte av erfarne sykepleiere 5. Personalets erfaring; en sykepleier med klinisk erfaring vil kjenne sepsis igjen tidligere enn en uerfaren. 6. Bevissthet om at man kan ha behov for å søke råd. Dette påvirkes av flere faktorer.	Å gjenkjenne og respondere på sepsis på akuttmottak er komplekst, utfordrende og mangesidig. Verdien av sykepleiers rolle i identifiseringen kan ikke undervurderes. Sykepleiere i denne studien beskrev flere faktorer som påvirker deres evne til oppdagelse av sepsis. Forskning, Helse- og utdanningsinstitusjoner må sikre sykepleieutdanning og systemendringer som fremmer handlingskraft.
Torsvik, M., Gustad, L.T., Mehl, A., Bangstad, I.L., Vinje,	Early identification of sepsis in hospital inpatient ward	Hensikten var å undersøke om implementering av et egendefinert kartleggingsskj	Intervensjonsstudie, kvantitativ. Utvalget var 427 pasienter med bakteriemi før intervensjonen og 409 pasienter etter. Intervensjonen	Sykepleierne økte observasjonsfrekvensen og utførte nøyaktige observasjoner etter intervensjon. Dødeligheten sakt	Undervisning og implementering av kartleggingsverktøy og varsling og behandlingsflyts

L.J., Damås, J.K. & Solligård, E., 2016, Critical care, Norge	nurses increases 30-day survival	ema, et varslings- og behandlingsflytskjema og øvelse kunne forbedre kliniske observasjoner, føre til at færre pasienter utvikler alvorlig sepsis og redusere sykehusdødeligheten hos pasienter med sepsis.	inkluderte et flytskjema for sepsisidentifikasjon, behandling og legetid, og en SIRS og organsvikt-triangering (SOF-Triage). sykepleiere og sykepleierstudenter som jobber på avdelingene fikk et fire timers kurs som inkluderte patofysiologi, tidlige tegn og behandling av sepsis, deriblant viktigheten av rask intravenøs væske og antibiotika. I tillegg fikk sykepleierne trening i SOF-Triage, og objektiv kommunikasjon om pasientenes status basert på observasjon av vitale tegn. Data om observasjonsfrekvens, behandlingsstart, utvikling av alvorlig sepsis, liggedøgn og død ble registrert fra begge gruppene.	fra 12,5% til 7,1%. det forekom verre alvorlige sykdomstilfeller og antall liggedøgn på sykehus ble redusert.	kjema gir redusert dødelighet etter 30 dager.
Pullyblank, A., Tavaré, A., Little, H., Redfern, E., le Roux, H., Inada-Kim, M., Cheema, K. & Cook, A. 2020, <i>British Journal of General Practice</i> . England	Implementation of the National Early Warning Score in patients with suspicion of sepsis	NEWS er allerede implementert på sykehus i England. Studiens hensikt var å evaluere om implementering av NEWS på tvers av helsevesenet påvirker utfallet og reduserer dødeligheten hos pasienter med mistanke om sepsis. Hensikten var å	Studien er et kvalitetsforbedringsprosjekt gjennomført over hele Vest-England fra mars 2015 til mars 2019, med sikte på å standardisere NEWS i sekundæromsorg og introdusere NEWS i primæromsorg. Team fra hele helsevesenet møttes regelmessig for å dele og teste ideer, definere resultater, identifisere læring og utvikle pedagogisk materiale. Hver enkelt organisasjon brukte	Funn viser en reduksjon i dødeligheten i mistanke om sepsis-kohorten i Vest-England, som ikke ble sett i resten av England i løpet av prosjektets periode. Antall innleggelser økte ikke. I mars 2019 hadde Vest-England den laveste dødeligheten i mistanke om sepsis-kohorten i England.	Så vidt forskerne vet, er dette den første studien som viser at bruk av NEWS i pre-hospital behandling er assosiert med bedre utfall for pasienter med mistanke om sepsis. NEWS støtter det kliniske blikket og kan bidra til korrekt prioritering av helsetjenester. Til tross for at resultatene viser reduksjon av

		standardisere kommunikasjon og forbedre tidlig oppdagelse og respons ved mistanke om sepsis.	kvalitetsforbedrings metodikk for å vedta NEWS og delte suksesser og barrierer for implementering. Opplæringsmaterieell inkluderer to elektroniske verktøysett for implementering av NEWS og adopsjon av strukturert kommunikasjon, laminerte NEWS kort for nøkkelbånd, og plakater og presentasjoner for lokal bruk. Data fra den nasjonale databasen for mistanke om sepsis for Vest-England ble undersøkt over tid og sammenlignet med resten av England. Dataen som ble undersøkt var innleggelsestall, dødelighet, antall liggedøgn på sykehus og overføring til intensivavdeling.		dødelighet etter implementering av NEWS må det tas hensyn til et generelt økt fokus på sepsis den siste tiden, som kan ha virket inn på resultatene.
Churpek, M.M., Snyder, A., Han, X., Sokol, S., Pettit, N., Howell, M.D. & Edelson, D.P., 2016, American journal of respiratory and critical care medicine, USA	Quick sepsis-related Organ Failure Assessment, Systemic inflammatory response Syndrom, And Early Warning score for detecting clinical deterioration in infected	Med den nye sepsis definisjonen i 2016 kom også anbefalinger om å benytte Q-SOFA i identifisering av sepsis. Hensikten er å sammenligne nøyaktigheten til qSOFA med SIRS, MEWS og NEWS for å oppdage klinisk forverring og forutsi overføring til intensiv	Kvantitativ metode, retrospektiv obsevasjonsstudie hvor det foregikk analyse av pasientjournaler. Utvalget bestod av pasienter innlagt på sengepost eller akuttmottak mellom november 2008 til januar 2016 med mistanke om sepsis på University of Chicago. Pasienter uten registrerte vitalia eller data fra laboratoriet ble ekskludert. Det ble også pasienter som mottok mekanisk ventilasjon eller vasopressor. Det	qSOFA var mer nøyaktig enn SIRS for å forutse dødsfall og/eller overflytting til intensivavdeling, men var likevel mindre nøyaktig enn NEWS. NEWS var det kartleggingsverktøyet som var mest presist for å forebygge uheldige utfall. NEWS var dog et generelt kartleggingsverktøy med lavere spesifisitet, og fanger opp generell klinisk forverring	NEWS og MEWS er mer nøyaktig til å forutsi død og overføring til intensivavdeling. Resultatene antyder at qSOFA poengsummen ikke skal erstatte de generelle kartleggingsverktøyene når det foreligger mistanke som infeksjon og/eller sepsis

		avdeling eller død.	resulterte i 30 677 inkluderte pasienter. Vitalia, laboratorieresultat, ordinasjoner (blodprøver, medikamenter) og demografisk data ble innhentet og analysert opp mot kartleggingsverktøyene.		
Wester, A. L., Dunlop, O., Melby, K. K., Dahle, U. R., & Wyller, T. B., 2013, <i>BMC Infectious Diseases</i> , Norge	Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteraemia	Hensikten med studien var å undersøke den kliniske presentasjonen av sepsis og alvorlighetsgrad relatert til alder, og om det er aldersrelaterte forskjeller i prognostisk følsomhet for C-reaktivt protein (CRP) og systemisk inflammatorisk respons syndrom (SIRS) for tidlig organsvikt. I tillegg søker forskerne svar på om alder og aldersrelatert klinisk presentasjon er ytterligere risikofaktorer for tidlig organsvikt og død.	Kvantitativ metode, Det ble utført en retrospektiv analyse av pasientjournaler fra 680 sykehuspasienter mellom 1994 og 2004 på Akershus universitetssykehus. Data om kormorbiditet, risikofaktor for infeksjon, diagnostikk og data om symptomer og tegn ble hetet fra pasienter med påvist bakteriemi. For å studere eventuelle systematiske forskjeller i klinisk presentasjon relatert til de eldste pasientene, ble det utført beskrivende analyser for tre aldersgrupper (<65 år, 65-84 år og ≥ 85 år). I multivariat analyser ble alderen todelt (<65, ≥ 65 år). Symptomer ble kategorisert som atypiske eller typiske. Prognostisk følsomhet av CRP og SIRS ved identifisering av tidlig organsvikt ble studert ved forskjellige grenseverdier. Resultatvariabler var organsvikt innen en	De to eldste aldersgruppene hadde flere komorbiditeter og ble oftere innlagt med ikke-spesifikke tentative diagnoser enn den yngste gruppen. Pasienter over 65 år hadde oftere atypiske symptomer enn yngre, deriblant akutt funksjonssvikt. Redusert allmenntilstand, nystartet atrieflimmer og redusert bevissthet forekom oftere. Denne aldersgruppen hadde også signifikant høyere forekomst av organsvikt og høyere mortalitet enn de yngre. Funn viste at SIRS-kriteriene var mindre sensitive for å oppdage sepsis og organsvikt hos pasienter over 65 år. Det var ingen forskjell i prognostisk følsomhet for CRP i gruppene.	Eldre pasienter med sepsis har oftere atypiske symptomer og funksjonssvikt. SIRS-kriterier er ikke tilstrekkelig for å kunne identifisere sepsis hos eldre. Uavhengig av alder er observasjoner av pasientens helsetilstand viktig i vurderingen av pasienter, sammen med enkeltaspekter ved SIRS og indikatorer for organsvikt, ved mistanke om alvorlig infeksjon. Høy alder og komorbiditet er risikofaktorer for tidlig organsvikt og dødelighet på sykehus. En usikker klinisk presentasjon ser imidlertid ikke ut til å være forbundet med dødelighet på sykehus.

			dag etter innleggelse og på sykehusdødelighet.		
Steinsheim , G. & Malm edal, W. 2020, <i>Tidsskrift for omsorgsfo rskning, Norge</i>	Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Hensikten med studien var å beskrive de ansattes erfaringer og opplevelse med tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og implementering av den. I tillegg ønsket forskerne å få fram de ansattes tanker om hvorvidt dette prosjektet hadde ført til endringer i praksis.	Studien er en kvalitativ studie. Det ble utført fokusgruppeintervju av de ansatte ved oppstart, rett etter og et år etter avsluttet prosjektperiode. Intervjuene ble transkribert og analysert. En korttidsavdeling med 7 plasser ble valgt ut som pilotavdeling for implementering av TOFT. Ansatte gjennomgikk undervisning i ABCDE, ISBAR, prosedyrer for tidlig oppdagelse, HLR og ulike målinger. Alle faste ansatte på pilotavdelingen fikk tilbud om å delta i studien, og samtlige takket ja. Fordi avdelingen er liten og har få ansatte, besto utvalget av kun seks personer. Av disse var to helsefagarbeidere og fire sykepleiere, som hadde 10-39 års erfaring innenfor helse- og omsorg.	I forkant av studien ga utvalget uttrykk for behov for økt kunnskap om akutte sykdommer. Dette hadde forbedret seg ved intervju 2 og 3. før oppstart uttrykte de bekymring om tidsbruk, men dette ble ikke ansett som et problem underveis i pilotperioden. NEWS og ISBAR hadde blitt en del av hverdagen. Mengdetrening og lederforankring var en suksessfaktor for implementeringen. De ansatte mente tiltakspakken bidro til systematisering, bevisstgjøring faglig fokus og tryggere pasienter. De var blitt tryggere i sine faglige vurderinger og hadde bedre kommunikasjon med lege og legevakt. Observasjoner og målinger var satt i et system og de var flinkere til å være i forkant og oppdage endringer tidligere.	Utvalget har positive erfaringer med implementering av TOFT og beskriver prosjektet som vellykket, mye takket være lederforankring og at de ansatte hadde en positiv innstilling til å delta. De har blitt flinkere og tryggere på diverse målinger, og de mener at de er bedre til å oppdage forverring tidlig. Dette er en liten studie med relativt kort oppfølgingstid. Det trengs mer forskning som evaluerer effekten av måleinstrumenter og skjema som NEWS og ISBAR i sykehjem, og som validerer slike verktøy for denne konteksten.

<p>Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. 2016, <i>International Journal Of Nursing Studies</i>, USA, Nederland, Sverige, Finland, Canada, Australia, Signapore</p>	<p>Barriers and facilitator of nurses' use of clinicalpractic guideline; An integrative review</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke og kartlegge i hvilken grad sykepleiere anvendte faglige retningslinjer og kartleggingsverktøy i sin arbeidshverdag. Ut ifra sykepleieres perspektiv ønsket man å se hva som hemmet og fremmet bruken av disse.</p>	<p>Studien er en oversiktsstudie som bruker eksisterende primære kvalitative og primære kvantitative studier for å finne svar på spørsmålene. Litteratursøk var gjennomført fra databasene PubMed, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, ProQuest, Medline og Embase. De anvendte studiene var publisert mellom januar 2000 og august 2015 og var publisert i fagfellelvurderte tidsskrift. Critical Skills Appraisal Program (CASP) ble brukt til å kritisere kvaliteten på seksten utvalgte studier.</p>	<p>16 forskningsartikler ble inkludert i studien. Syv studier var kvantitativ, mens ni var kvalitative. Studiene ble utført i USA, Nederland, Sverige, Finland, Australia, Canada og Singapore. Studiene pekte på flere hemmende og fremmede faktorer som påvirket sykepleierens bruk av kliniske verktøy/retningslinjer. Funn ble kategorisert i interne og eksterne faktorer som påvirket graden av anvendelse. Interne faktorer er sykepleierens holdninger og kunnskap rundt bruken av de kliniske verktøyene. Det gjelder mangel på motivasjon, oppfattelse om å redusere klinikerens autoritet, oppfattelse av ingen fordeler ved bruk, forskjeller i kunnskap. De eksterne faktorer er brukervennlighet, tidspress, ledelse, og organisasjonskultur. Det gjelder; tidspress, tilgjengelighet, tid, bemanning, mangel på utstyr, arbeidskultur, motstand mot endring</p>	<p>Denne studien analyserte primære kvantitative og kvalitative studier for å identifisere interne og eksterne faktorer som fremmer bruk av kliniske verktøy for sykepleiere. Interne faktorer vises å være sykepleierens egne holdninger og kunnskap om kliniske verktøy, mens eksterne faktorer var anvendelighet, ressurser, ledelse og organisasjonskultur.</p>
--	--	--	--	--	---

