



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390-O-2023-VÅR2-FLOWassign

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 01-06-2023 00:00 CEST | Termin: | 2023 VÅR2 |
| Sluttdato: | 15-06-2023 14:00 CEST | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | | |
| Flowkode: | 203 SYKS390 1 O 2023 VÅR2 | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 206 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7016 |
|----------------------|------|

Egenerklæring *: Ja

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

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

BACHELOROPPGAVE SYKS390



- Vurdering av forverring i helsetilstand - Utfordringer for sykepleier i hjemmesykepleien

Bacheloroppgave i sykepleie
HVL, Stord 2023

Innleveringsdato: 15.06.23

Antall sider: 36

Antall ord: 7016

Sammendrag

Tittel: Vurdering av forverring av helsetilstand – utfordringer for sykepleier i hjemmesykepleien.

Bakgrunn: Med høy alder følger økt sykkelighet. Forverring i sykdom kan raskt få et kritisk forløp hos denne pasientgruppen og det er viktig at tidlige tegn på forverring blir oppdaget og tiltak kan settes i verk. Sykepleierne i hjemmesykepleien vil ofte være av de første som vurderer helsetilstanden disse pasientene. Det setter store krav til sykepleiernes observasjons- og vurderingskompetanse.

Problemstilling: Hvilke utfordringer kan sykepleier erfare ved vurdering av forverring i somatisk helsetilstand hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?

Hensikt: Oppgaven har til hensikt å få frem hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmesykepleien erfarer ved vurdering av tegn på forverring i helsetilstand hos eldre pasienter.

Metode: Litteraturstudie

Resultater: Tre områder som utpeker seg ved vurdering av forverret tilstand. Pasientenes komplekse sykdomsbilde gjør det vanskelig å oppdage forverring og nytteverdien av standardiserte scoringsverktøy som MEWS/NEWS2 ikke er entydig. Forskning tilsier at kompetanseheving av sykepleierne i hjemmesykepleien er nødvendig, noe som ikke følges opp i kommunene. Mangel på tid med pasientene sammen med knapphet på tid begrenser mulighet for gode observasjoner.

Konklusjon: Sykepleieres evne til å gjenkjenne tegn på forverring avhenger av observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Utfordringer med hensyn til kompetansen er knyttet til både utdanning og forutsetninger for erfaringsgrunnlag. Organisatoriske forhold som mangel på tid og gode retningslinjer påvirker sykepleierens mulighet til å fullt utnytte sin kompetanse. Scoringsverktøyene må tilpasses de eldre for å kunne gi beslutningsstøtte for faglige vurderinger.

Nøkkelord: Vurdering, forverring, eldre, hjemmesykepleie, sykepleier, EWS

Abstract

Title: Assessment of deterioration in health status – Challenges for nurses in home care services.

Background: With advanced age comes increased morbidity, functional impairment and more complex disease conditions. Acute illness can quickly take a critical course in these patients and it is important that early signs of deterioration are detected and measures can be taken. The nurses in home care services will often be among the first to assess the health status of these patients over time, which places great demands on the nurses' competence with regard to observing, assessing and responding to signs of deterioration.

Research question: What challenges can nurses experience when assessing deterioration in the health status in elderly patients in home health care?

Aim: The purpose of the assignment is to highlight the challenges that nurses in home care services experience when assessing signs of deterioration in the health status of elderly patients.

Method: Literature review.

Results: Three areas that stand out when assessing the deterioration. The patients' complex medical conditions make it difficult to detect deterioration and the usefulness of early warning score systems such as MEWS/NEWS2 is not evident. Furthermore, research indicates that enhancement of competence of nurses in home health care is necessary, but this is not followed up by local authorities. Lack of time with the patients limits the possibility of good observations.

Conclusion: Nurses' ability to recognize signs of deterioration depends on observation, assessment and decision making. They lack appropriate tools and clear protocols that can provide decision support for professional assessments. Challenges with regard to competence are linked to both education and prerequisites for experience. Organizational factors such as lack of time and good guidelines affect the nurse's ability to fully utilize their skills.

Keywords: Assessment, deterioration, elderly, home health care, nurse, EWS

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | <i>Problemstilling.....</i> | 2 |
| 1.2 | <i>Definisjoner og avgrensninger.....</i> | 2 |
| 2 | Teori | 4 |
| 2.1 | <i>Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....</i> | 4 |
| 2.2 | <i>Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om «tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand».....</i> | 6 |
| 2.3 | <i>Den eldre pasienten.....</i> | 7 |
| 3 | Metode | 8 |
| 3.1 | <i>Litteraturstudie.....</i> | 8 |
| 3.2 | <i>Fremgangsmåte.....</i> | 8 |
| 3.3 | <i>Metodekritikk</i> | 10 |
| 4 | Resultat..... | 12 |
| 4.1 | <i>Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences</i> | 12 |
| 4.2 | <i>Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus: en systematisk kartleggingsoversikt.....</i> | 13 |
| 4.3 | <i>Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature..</i> | 14 |
| 4.4 | <i>Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff.</i> | 15 |
| 4.5 | <i>Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study</i> | 16 |
| 4.6 | <i>Analyse og funn fra forskningsartiklene.....</i> | 17 |
| 5 | Drøfting..... | 19 |
| 5.1 | <i>Gjenkjenning av tegn på forverring</i> | 19 |
| 5.2 | <i>Organisatoriske utfordringer.....</i> | 22 |

| | | |
|----------|----------------------------|-----------|
| 6 | Konklusjon | 25 |
| 7 | Referanseliste..... | 26 |
| | Vedlegg 1 | 29 |
| | Vedlegg 2 | 31 |

1 Innledning

Statistikk viser at antallet eldre i samfunnet går opp og forventet levealder er stigende (Tømmerås & Thomas, 2022). Disse forholdene legger føringer for hvordan de eldre skal kunne få den helsehjelpen de har behov for. De siste ti-årene har det vært en klar strategi som begrunnes både i samfunnsøkonomi og helsegevinst i en rekke land. Målsetninger er blant annet å redusere antall sykehusinnleggelses og redusere antall liggedøgn på sykehus (Gray et al., 2018, St. meld. nr 47 (2008-2009)). I Norge kommer disse føringene frem i Samhandlingsreformen som ble satt i verk i 2012 (St. meld. nr 47 (2008-2009)). Den la vekt på økt ansvar på den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å kunne gi bedre helsehjelp til blant andre eldre og gi dem mulighet til å kunne bo hjemme så lenge de kan og ønsker det. Det står: «For en aldrende befolkning handler det om viktige forutsetninger for fortsatt å kunne bo hjemme og klare seg mest mulig selv» (St. meld. nr 47 (2008-2009), s. 37), og videre: «Med samhandlingsreformen vil ytterligere oppgaver kunne løses lokalt av den kommunale helse- og omsorgstjenesten [...]» (2008-2009, s. 56).

En konsekvens av dette er at stadig flere eldre mottar helsehjelp fra hjemmesykepleien (SSB, 2022). Forverring i somatisk sykdom hos eldre hjemmeboende pasienter kan være utfordrende for sykepleierne å vurdere. Med høy alder følger økt sykkelighet og fysiologiske endringer som gir mer diffuse symptomer på sykdommer. Eldre har videre ofte funksjonssvikt og mer komplekse sykdomsforhold. Sammen gjør dette det vanskeligere å vurdere alvorlighetsgraden i sykdomsforløpet (Ranhoff, 2020). Akutt sykdom kan raskt få et kritisk forløp hos denne pasientgruppen og det er viktig at tidlige tegn blir oppdaget og tiltak kan settes i verk (Kirkevold, 2020).

Som et ledd i arbeidet med å sikre god pasientbehandling har Helsedirektoratet (2020) utarbeidet nasjonale faglige råd om «tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand» der også helsepersonell med pasientkontakt i kommunal helse- og omsorgstjeneste er i målgruppen. Direktoratet viser til helsepersonellovens §7 (1998) som understreker helsepersonells ansvar til raskt å gi den hjelpen de evner. Målsetningen med rådene er å sikre god pasientbehandling gjennom tidlig oppdagelse av forverring i somatisk tilstand og iverksetting av effektive tiltak. Rådene tar utgangspunkt i et internasjonalt system, Rapid

Respons System, som fokuserer på kompetanse gjennom utdanning og opplæring, monitorering av pasientens vitale funksjoner, gjenkjennelse og adekvat respons og til slutt rutiner for kommunikasjon og rask hjelp.

1.1 Problemstilling

Sykepleiere i hjemmesykepleien er ofte av de første som vurderer helsetilstanden over tid hos disse pasientene, noe som setter store krav til sykepleiernes kompetanse med hensyn til å observere, vurdere og respondere på tegn på forverring. Ønsket om å finne ut mer om hvilke utfordringer dette fører til for sykepleierne er bakgrunn for valg av tema. Ved bruk av forskning og faglitteratur er målet derfor se nærmere på dette.

Problemstillingen for oppgaven er følgende:

«Hvilke utfordringer kan sykepleier erfare ved vurdering av forverring i somatisk helsetilstand hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?»

1.2 Definisjoner og avgrensninger

Vurdering av somatisk helsetilstand

Når problemstillingen viser til *vurdering av somatisk helsetilstand* inngår observasjon som en forutsetning. Dette fordi det ikke vil være mulig å kunne gjøre en vurdering uten at det foreligger en observasjon av pasienten. Vurdering som kompetanse vil derfor likestilles med det Helsedirektoratet refererer til som sykepleierens observasjons- og vurderingskompetanse.

Eldre pasienter

Gruppen *eldre* deles inn i yngre eldre, som er i alderen 60-75 år, og *gamle* som betegner dem over 75-80 år (Ranhoff, 2020b). Når det henvises i oppgaven til de eldre pasientene er det i hovedsak de gamle som omtales. Det er disse som i større grad defineres som skrøpelige, er mest preget av aldersforandringer og som er multisyke.

Scoringsverktøy

I oppgaven vil det i forbindelse med scoringsverktøy henvises både til Early Warning Score (EWS), Modified Early Warning Scores (MEWS), National Early Warning Score (NEWS) og National Early Warning Score 2 (NEWS2). EWS er en engelsk fellesbetegnelse på slike verktøy, felles for dem er at de tar utgangspunkt i vitalparametre som puls, respirasjonsfrekvens, temperatur og bevissthetsnivå. Ulike score utløser bestemte tiltak. De vanligste i Norge er MEWS og NEWS (Steinseide, 2022). De er ikke helt identiske, men det er ikke av betydning for oppgavens diskusjon.

Avgrensninger

Helsedirektoratet (2020) innbefatter i sine nasjonale faglige råd et punkt om kommunikasjon mellom helsepersonell som skal være med å sikre rask hjelp. Dette gjelder kommunikasjon både innad i virksomheten, i dette tilfelle i hjemmesykepleien, men også mellom nivåene i helsetjenesten for sikker overlevering av pasienter. Sistnevnte vil ikke inkluderes i diskusjonen av hensyn til oppgavens omfang. Av samme grunn ekskluderes også diskusjon om rådene som omhandler momenter for implementering i virksomheten.

2 Teori

Under presenteres teori og tekster som danner et utgangspunkt for drøftingen av problemstillingen senere i oppgaven. Martinsens omsorgsfilosofi (Martinsen, 2003a, 2003b) er valgt fordi hun har omsorg for pasienten som et grunnprinsipp for sykepleie. Videre presenteres Helsedirektoratets nasjonalfaglige råd (2020) om bruk av scoringsverktøy og monitorering av pasienten for å avdekke forverring i helsetilstand. Deretter gis en oversikt over hva som kjennetegner pasientgruppen de eldre.

2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Omsorg er for Martinsen selve grunnlaget i sykepleie (Kirkevold, 2001). Omsorg er et mål i seg selv og er en naturlig del av den menneskelige eksistens. Den er en sosial relasjon og har utspring i at mennesker deler en dagligverden som gir en forståelse for andre (Kristoffersen, 2016). Martinsen legger vekt på mellommenneskelige relasjoner og er kritisk til den individualistiske menneskeoppfatningen (Kirkevold, 2001).

Den yrkesmessige omsorgen kjennetegnes ifølge Martinsen, ved at den er faglig forankret, den utføres moralsk og med innlevelse. Det er en handling som utføres til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2016). Dette fordrer at sykepleieren er villig til å forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon, der tillit og barmhjertighet er nøkler til å kunne gjøre det (Kristoffersen, 2016). Tillit og barmhjertighet mener Martinsen er livsytringer, det vil si at det er kvaliteter som er naturlig til stede hos mennesker. De kan ikke brukes gjennom vilje, men det er viljen til å hengi seg til dem gjennom å: «oppgi holdninger som stenger for livsytringene, [...] slik at de får et spontant preg» (Martinsen, 2003a, s. 82). Hvis pasienten viser sykepleieren tillit ved å åpne opp om sin situasjon fordrer det imøtekommenhet fra sykepleieren som pasienten kan oppfatte. Dette krever en kompetanse som Martinsen, hentet fra Aristoteles, kaller phronesis, en praktisk-moralsk handlingsklokskap eller det faglige skjønn. Skjønn kommer til uttrykk i menneskets sanser og den daglige talen, og ikke gjennom regler og prinsipper (Martinsen 2003a). Om skjønn i forhold til yrkeskompetanse sier Martinsen: «Klinisk skjønn kan ikke spesialiseres eller erstattes av teknologi. For den

faglærte omsorgsarbeider må skjønnet fungere over teknikken, som bare bør være et hjelpemiddel i omsorgen» (2003b, s. 27).

Intuisjon er den erfarne sykepleierens evne til å se en situasjon i lys av tidligere, lignende erfaringer, og som gir en helhetlig forståelse og innsikt. Både det faglige skjønnet og intuisjonen inngår i det hun kaller den tause kunnskap, som fullt og helt kun kan formidles og læres gjennom praktisk læring (Martinsen, 2003b). Dette står i kontrast til forskningsbasert kunnskap. Martinsen er kritisk til det positivistiske vitenskapssynet som hun blant annet beskriver slik: «Denne forskningskunnskapen har større makt enn den praktiske kunnskapen, idet praktisk kunnskap innsnevres til anvendt vitenskapelig kunnskap. Sykepleiepraktikeren blir stående i et dilemma: Overkjørt av forskeren er hun fratatt de viktigste sider av sin praksis – de levende, menneskelige relasjoner» (2003a, s. 45). Hun mener likevel at vitenskap er viktig for sykepleien, hun sier: «Gjennom den kan vi vinne ny innsikt og forstå noe vi ikke har forstått før, vi kan forstå annerledes og på nye måter. Men vitenskap fører ikke nødvendigvis til klokskap, og den er ikke sykepleiens nærmeste alliansepartner» (2003a, s. 99). Ved å være åpen for sanselige inntrykk, mener Martinsen at sykepleieren lærer seg å se, lytte og berøre på en klinisk god måte og dermed kunne tolke pasientens livsytringer (Kirkevold, 2001).

Om moral sier Martinsen at der finnes to. Det hun kaller den spontane moralen som er fundert i kjærlighet og medfører at man handler for den andres beste. Den andre er normmoralen. Den må brukes når spontaniteten ikke er nok og ikke resulterer i omsorg. Det kan være i kompliserte situasjoner der andre følelser hemmer vår spontane moralske tanke og man handler ut fra hvordan man bør handle, vår moralske plikt, grunnlagt på refleksjon (Martinsen, 2003a). Begge er til stede i en sykepleiers hverdag ifølge Martinsen. Situasjonen sykepleieren er i vesentlig for hvilken handling sykepleieren velger og ikke etiske prinsipper alene (Kristoffersen, 2016).

Sykepleie kan da ut fra Martinsens omsorgsteori oppsummeres slik (Kirkevold, 2001, s. 177):

Omsorg er en fundamental grunnholdning i tilnærmingen til pasienten. Omsorg som moralsk skjønn er innlevelse i situasjonen, og en faglig vurdering basert på kunnskap om lidelsens grunner, kombinert med tiltak som kan avhjelpe lidelsen. Omsorg er både måten sykepleieren møter pasient på, og måten hun handler på.

2.2 Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om «tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand»

Helsedirektoratets mål for de faglige rådene er «[...] å bidra til tidlig gjenkjennelse av en forverret somatisk tilstand og iverksette adekvate tiltak som sikrer en god og forsvarlig pasientbehandling.» (Helsedirektoratet, 2020, pkt. 1). Det vises til at manglende eller for sen oppdagelse av tegn på forverring, mangelfulle observasjoner og/eller dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell kan relateres til en tredjedel av unødige dødsfall. De faglige rådene bygger på et internasjonalt system, Rapid Respons System, hvor de viktigste elementene er (Helsedirektoratet, 2020, pkt. 1):

- utdanning og opplæring som sikrer rett kompetanse hos helsepersonell
- monitorering av pasientenes vitale funksjoner
- gjenkjenning av forverret tilstand og adekvat respons
- rutiner som sikrer tydelig kommunikasjon og rask hjelp ved mistanke om en forverret tilstand

Det anbefales at elementene over ses i sammenheng og at alle tas inn i implementeringen. Det vises til gode resultater i form av færre tilfeller av hjertestans og lavere mortalitet i land som USA, Australia og Storbritannia hvor slike systemer er benyttet.

I forhold til kompetanse legges det i rådene vekt på at det gjennom observasjon skal kunne gjenkjennes tegn på forverring og respondere adekvat på disse. Det er lagt vekt på rutiner, systematisering og dokumentasjon i relasjon med observasjoner, vurdering og respons. Observasjons- og vurderingskompetansen relateres til kliniske ferdigheter som undersøkelse og vurdering av vitale målinger, der ABCDEF-prinsippet brukt som eksempel. Det anbefales å sette måling av vitale funksjoner i system, hvor scoringsverktøyene Early Warning Score (EWS) og National Early Warning Score 2 (NEWS2) spesielt er nevnt. Inkludert i hvem rådene anbefales for er: «[...] helsepersonell med pasientkontakt i kommunal helse- og omsorgstjeneste [...]» (Helsedirektoratet, 2020, pkt. 1.), og institusjons- og hjemmebaserte tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste er listet opp som relevant virksomhet.

2.3 Den eldre pasienten

Med høy alder, fra 67 år og oppover, følger fysiologiske aldringsprosesser, som påvirker organenes reservekapasitet og kroppens evne til homeostase. Redusert reservekapasitet gir dårlig tåleevne av ekstra belastninger (Ranhoff, 2020a). Medisinsk forskning (Chester & Rudolph, 2011) viser at aldersforandringene har effekt på både puls, blodtrykk, temperatur og respirasjonsfrekvens. Ifølge Kirkevold og Jeppestøl (2020) kan kun moderate endringer i vitale mål kan være indikasjon på alvorlig sykdom hos skrøpelige eldre og feber kan være fraværende ved infeksjon.

Oppsummert påvirker aldersforandringene huden, som blir tynnere og mindre elastisk. Huden binder mindre vann og gir dårligere isolering som gir større fare for dehydrering, nedkjøling og trykksår. Nyre- og leverfunksjon reduseres som blant annet kan føre til opphopninger av legemidler i kroppen. Nervesystemet preges av nedsatt overføringshastighet og gir konsekvenser for motorikk og likevektsreflekser, som blant annet gir økt fallfare. I tillegg reduseres muskel- og beinmasse som hemmer bevegelighet og forsterker faren for og konsekvensene ved fall. Videre blir hjertet mindre effektivt som gir tung pust og økt risiko for hjertesvikt. Mindre elastisitet i lungene og redusert reservekapasitet gir økt fare for oksygenmangel ved akutt sykdom og større fare for infeksjoner i lungene (Mensen, 2020). Disse endringene er normale og er ikke ensbetydende med sykdom, men gjør de eldre mer sårbare for sykdom og funksjonssvikt. Aldersforandringene kan også føre til alvorligere sykdomsforløp med oftere komplikasjoner. De blir skrøpeligere, som innebærer i følge Ranhoff (2020b) at den gamle har minst tre av følgende tilstander: Lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet, langsom gange, tretthet eller lav utholdenhet eller ufrivillig vekttap. Sammen med mer diffuse symptomer på sykdom blir observasjon, vurdering og alvorlighetsgrad vanskelig for helsepersonell å avgjøre (Ranhoff, 2020b). Videre er den gamle mer utsatt for å få flere sykdommer samtidig, det vil si at de blir multisyke. De blir da vanskeligere å diagnostisere og dermed større fare for å bli feilbehandlet. Risiko for akutt forverring blir større og økt fare for medisinske bivirkninger. Multisykdom fører også gjerne økt skrøpelighet og dødelighet (Ranhoff, 2020b).

3 Metode

Metode betyr systematisk fremgangsmåte og sier noe om hvordan informasjon til den vitenskapelige oppgaven skal hentes inn og brukes. Gjennom den settes krav til vitenskapelig systematikk, til standarden for argumentasjon og sannferdighet i fremstillingen av informasjon (Dalland, 2020). Metoden hjelper til å finne relevant informasjon i forholdt til oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019). Metoden kan være kvalitativ eller kvantitativ, der den kvalitative metoden gir data som sier noe om følelser, meninger og opplevelser og den kvantitative gir målbare størrelser som tall, prosent og lignende. Metode velges ut fra hva man ønsker svar på (Dalland, 2020).

3.1 Litteraturstudie

I en litteraturstudie benyttes allerede tilgjengelig litteratur for å belyse et valgt tema. Thidemann (2019) sier at en allmenn litteraturstudie, som er den vanlige i en bacheloroppgave er: «[...] en beskrivelse av kunnskap og en analyse av et utvalg av studier som finnes innenfor et bestemt fagområde og en problemstilling» (2019, s. 79-80). Litteraturen blir innhentet og systematisk gjennomgått for å sjekke kvaliteten og gi en oppsummering av informasjonen i henhold til valgt problemstilling. Manglende kvalitetssikring av litteraturen øker faren for feilaktige konklusjoner (Forsberg & Wengstrøm, 2015).

3.2 Fremgangsmåte

Et manuelt søk på nettet var utgangspunktet for å finne relevant litteratur til oppgaven. Et manuelt søk er et mindre systematisk søk hvor man kan finne veien til relevant litteratur ved å lete i aktuelle publikasjoner, i artikkelreferanser etc. (Thidemann, 2019, Forsberg & Wengstrøm, 2015). Gjennom manuelt søk på Sykepleien.no, ble artikkelen *Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt* (Steinseide, et al., 2022) funnet og valgt. Det gav også hjelp til å finne frem til aktuelle

søkeord for videre søk. Søkeordene ble strukturert ved hjelp av PICO-skjema. Ved å bruke PICO til å strukturere søket blir sjansene større for å finne relevant litteratur på færre treff (Thidemann, 2019). På søkeord som gav store generelle treff ble MeSH brukt for å finne søkeord mer spesifikt rettet problemstillingen. MeSH står for Medical Subject Headings som er et emneordsystem som brukes blant annet i Cinahl, som gir større samsvar mellom søkeordet og artikkelens sentrale tema (Thidemann, 2019).

Det ble gjort valg om å gjøre to hovedsøk på bakgrunn av at innledende søk i databaser viste det vanskelig å få gode treff når alle søkeordene ble kombinert. Det første søket ble derfor begrenset til å finne litteratur om scoringsverktøy i forhold til bruk på eldre, og databasen Medline (Ovid) ble brukt. Artikkelen *Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences* (Jeppestøl et al., 2021) ble valgt. I *Søketabell 1* under *Vedlegg 1* vises søkehistorikk og søkeord.

Det andre søket ble gjort i søkedatabasen Cinahl og gikk mer spesifikt ut på å finne litteratur om sykepleiere i hjemmesykepleien og vurdering av forverring i helsetilstand. I *Søketabell 2* under *Vedlegg 1* vises søkehistorikk og valgte søkeord og avgrensninger på artiklene som ble valgt. Det er følgende:

Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study (Strømme, et al., 2020)

Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature (Gray, et al., 2018)

Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff (Bing-Jonsson, et al., 2016).

Alle artiklene ble valgt fordi de ble vurdert til å kunne gi verdifull informasjon i forhold til oppgavens problemstilling. Under følger en nærmere kritisk vurdering av artiklene.

3.3 Metodekritikk

Kildekritikk

Kildekritikk er ifølge Dalland (2020) viktig for å vise at litteraturen som er valgt har relevans i forhold til å kunne svare på problemstillingen. Videre må det vises at stoffet har troverdighet og kvalitet. Dette gjøres ved å sjekke blant annet formålet med teksten, hvem forfatterne er og når teksten er skrevet (Dalland, 2020). Helsebiblioteket (2021) har utarbeidet sjekklister som er hjelp til å stille de riktige spørsmålene til ulike forskningsartikler, som gjør det mulig å kritisk vurdere dem. Artiklene som er valgt ut er vurdert ut fra disse sammen med råd i aktuell faglitteratur (Dalland, 2020, Støren, 2013).

Alle artiklene som er valgt er fra tidsskrift som er fagfellevurdert, som innebærer at artiklene er kvalitetssikret av uavhengige fagpersoner innenfor feltet (Dalland, 2020). Videre er alle artiklene vurdert til å kunne gi relevant informasjon i forhold til å kunne belyse oppgavens problemstilling. De har også klare titler og klart formulerte formål.

To av artiklene (Gray, et al., 2018, Steinseide, et al. 2022) er oversiktsartikler, det vil si at de oppsummerer forskning som er gjort innenfor et felt (Dalland, 2020). Gray et al. (2018) har samlet og undersøker litteratur som omhandler sykepleieres vurderingskompetanse mens Steinseide et al. (2022) har innhentet og kartlagt litteratur som ser på erfaringer ved bruk av scoringsverktøy på eldre utenfor sykehus. Begge har grundig beskrevet søkestrategi og har oppgitt kriterier for primærstudier som er inkludert. Hver enkelt av disse er også gitt beskrivelse av.

De tre andre artiklene er kvalitative studier med innhentet data gjennom metoder som intervju, observasjon og spørreundersøkelse. Jeppestøl et al. (2021) undersøker sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med bruk av scoringsverktøyet MEWS. Strømme, et al. (2020) og Bing-Jonsson, et al. (2016) tar opp sykepleierens generelle kompetanse og observasjonskompetanse. I artiklene der observasjon og fokusgrupper er brukt (Strømme, et al., 2020 og Jeppestøl et al., 2021) er det et eget etikkpunkt med henvisning til formell godkjenning av prosjektet, samtykkeskjema, forsvarlig oppbevaring av data etc. Bing-Jonsson et al. (2016) har også med informasjon om formell godkjenning av forskningen og at orientering var gitt til deltakerne i spørreundersøkelsen om at innsendt svar tilsvarte samtykke. Dette er i tråd med forskningsetiske prinsipp. Forskningsetikk er etiske hensyn som

skal tas for å sikre personene som deltar studien med hensyn til at de gjennom informert samtykke vet hva de deltar i, at informasjonen behandles konfidensielt og at dataene lagres forsvarlig. Det stilles også krav til forskernes kompetanse og at nødvendige tillatelser for å gjennomføre studien foreligger (Slettebø, 2021).

I tråd med Helsebibliotekets råd (2021) er metodene som er brukt i hver enkelt artikkel grundig gjort rede for, med hensyn til utvalg, datainnsamling og anvendt analysemetode. Artiklene viser alle også klart hva hensikten med artikkelen er og har tydelig oppsummerte resultat og konklusjon.

Det er også gjort en vurdering av litteraturen som er benyttet i tillegg til forskningsartiklene. Det er godkjente pensumbøker, tilleggslitteratur anbefalt av HVL, offentlige nettsider og bøker av anerkjente forfattere innen sykepleiefaget, hvor temaet er relevant for oppgaven.

Vurdering av egen oppgave:

Ifølge Dalland (2020) omfatter kildekritikk også en vurdering av forhold som tilgjengelighet av relevant litteratur i form av mengde og refleksjon i forhold til språk og oversettelse. Hvordan man gjengir og referer til tekstene man bruker er vesentlig, at man ikke presenterer andres stoff som eget gjennom plagiat. Derfor er ingen informasjon hentet ut fra artiklene som er direkte avskrift eller direkte oversettelse uten at det er henvist til som sitat. Med hensyn til tilgjengelig mengde litteratur er det en svakhet med oppgaven. Det er gjort forholdsvis lite forskning på temaene som inngår i problemstillingen (Gray, 2018, Steinseide 2022). Det begrenser valgmulighetene av forskningsartikler. Videre kan uerfarenhet i forhold til å ta kloke valg av søkeord i databasene kan også ha vært medvirkende til å begrense utvalget av relevante artikler. At fire av fem av artikler basert på norske forhold gir også en ubalanse i informasjonsutvalget for oppgaven. Det kunne gitt oppgaven mer tyngde i forhold til resultat og drøfting om flere land var bedre representert. Det må også tas forbehold om feiltolkninger på grunnlag av språk da fire av artiklene er skrevet på engelsk.

4 Resultat

I dette kapittelet vil hver enkelt forskningsartikkel oppsummeres og funn som er relevant for oppgavens problemstilling vil presenteres. Et sammendrag av funnene og en analyse av resultatene følger til slutt. Oversiktstabell for artiklene er lagt ved under *Vedlegg 2* til oppgaven.

4.1 Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences

Forfattere

Jepestøl, K., Kirkevold, M., Bragstad, L. K. (2021)

Metode

Det er brukt beskrivende utforskende forskningsdesign, kvalitativ metode. Deltakerne var 36 sykepleiere og åtte leger fra sju kommuner sør i Norge, med ulik størrelse. Informasjonen ble hentet inn gjennom dynamiske intervju i fokusgrupper.

Hensikt

Hensikten med studien har vært å beskrive sykepleiere og legers erfaringer med bruk av scoringsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) for å vurdere akutt funksjonsnedsettelse hos elder pasienter i hjemmesykepleien.

Resultat

Flere av tilbakemeldingene fra sykepleierne var at MEWS ikke var tilpasset med tanke på score i forhold til eldre pasienter og at den tette oppfølgingen som verktøyet legger opp til ikke er gjennomførbart i hjemmesykepleien. Både sykepleierne og legene var i utgangspunktet positive til MEWS som beslutningsstøtte, men uten tilpasning kunne det i gitte tilfeller også skape usikkerhet og tvetydighet fremfor støtte. Det ble lagt vekt på at

MEWS må brukes i kombinasjon med den individuelle kunnskapen helsepersonellet hadde om pasienten.

Konklusjon

Forfatterne mener at MEWS kan potensielt være nyttig som beslutningsstøtte i hjemmesykepleien. Likevel vil verktøyet ha begrenset nytteverdi fordi det ikke er tilpasset verken til bruk på eldre pasienter eller til hjemmesykepleiens utforming og organisering.

4.2 Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus: en systematisk kartleggingsoversikt.

Forfattere

Steinseide, E.G., Potrebny, T., Ciliska, D., Graverholt, B., (2022)

Metode

Systematisk litteratursøk

Hensikt

Identifisere og beskrive forskning på verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre pasienter utenfor sykehus.

Resultat

Mest brukte scoringsverktøy er MEWS, NEWS og NEWS2, mer enn halvparten av artiklene omhandlet disse. Oftest ble scoringsverktøyene brukt etter klinisk indikasjon på akutt sykdom (s. 9) Få av studiene har særskilt fokus på eldre pasienter i hjemmetjenesten. Studien viser at det er et uttrykt behov for beslutningsstøtte blant helsepersonell, men at scoringsverktøyene ikke kan erstatte kliniske vurderinger. Bruk av disse fordrer rett bruk og kompetanse og implementering krever systematikk og planlagt prosess.

Konklusjon

Det er svakt kunnskapsgrunnlag for å anbefale bruk av scoringsverktøy utenfor sykehus. Det vil være viktig å vurdere om disse verktøyene er egnet for bruk på eldre som pasientgruppe.

Temaer som kom frem i den kvalitative forskningen ved bruk av scoringsverktøy var beslutningsstøtte, kommunikasjon, implementering, opplæring og utfordringer (s. 11)

4.3 Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature

Forfattere

Gray, E., Currey, J. & Considine, J. (2018)

Metode

Integrativ litteraturstudie. Forskning samlet inn fra søk på Informit, Medline og Cinahl.

Hensikt

Hensikten med studien var se hvilken kunnskap som foreligger om sykepleieres vurderingsbeslutninger i forhold til pasienter i hjemmesykepleie.

Resultat

Tre områder som påvirker hjemmesykepleiers vurderingskompetanse ble identifisert i undersøkelsen. Disse var sykepleierens utdanning og erfaring, vurderingsgrunnlag for beslutningstaking og kjennskap til pasienten.

Forfatterne viser til forskning som viser at utdanning, både grunnleggende og videreutdanning, virker positivt inn på sykepleierens vurderingskompetanse. Det samme gjør antall år med erfaring. Forskning viser at erfarne sykepleiere benytter kunnskap fra tidligere erfaringer i vurdering av pasientene. Forfatterne fant også at vurdering av hjemmesituasjonen og det å ha et tillitsforhold til pasienten gir viktig informasjon om hvilken oppfølging pasienten trenger og er vesentlig for sykepleierens beslutning for handling. Fordi sykepleierne i hjemmesykepleien ikke har samme tilgang til hjelp og støtte fra kolleger og leger som på et sykehus vil formelle retningslinjer om anbefalte responser i ulike situasjoner kunne være med å støtte og fjerne usikkerhet i forhold til beslutningstaking.

Konklusjon

Forfatterne konkluderte med at sykepleierne i hjemmesykepleien foretar komplekse vurderinger og beslutninger som direkte påvirker pasientenes sikkerhet og utfall. De viser at vesentlige faktorer som danner grunnlag for hjemmesykepleierens kliniske vurderinger er utdanning, tidligere erfaring og kjennskap til pasienten. Dette gir økt kvalitet på vurderingsgrunnlaget som igjen gir bedre og mer nøyaktig beslutningsgrunnlag.

4.4 Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff.

Forfattere

Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold M., Bjørk, I. T., Foss, C. (2016).

Hensikt

Hensikten med artikkelen er å undersøke om helsepersonell i den kommunale eldreomsorgen i Norge har tilstrekkelig faglig kompetanse og hva som påvirker kompetansen.

Metode

Artikkelen er basert på en spørreundersøkelse. 1016 ansatte i eldreomsorg fra ni ulike kommuner deltok i studien. Spørsmålene inkluderte både kunnskapsspørsmål innen ulike emner og spørsmål om selvevaluering.

Resultat

Forskerne fant at helsepersonellet i den kommunale eldreomsorgen har kompetanse innenfor alle kategoriene som ble målt, men i varierende grad. Sykepleierne hadde ikke tilfredsstillende kompetanse i blant annet observasjon og systematisk vurdering. Utdanning hadde betydning for kompetanse, men med mindre utslag enn forventet. Undersøkelsen viste videre at eldre helsepersonell scoret lavere enn yngre og at helsepersonell i sykehjem scoret høyere enn de i hjemmesykepleien. Mangel på klare rolledefinerte arbeidsoppgaver gir dårlig utnyttelse av sykepleiernes kompetanse.

Konklusjon

Forskerne mener at deres studie indikerer at helsepersonell i kommunal eldreomsorg ikke har den grunnleggende kompetansen som er nødvendig for å kunne gi eldre pasienter den omsorg og behandling de trenger. Faktorer som påvirker kompetansen er utdanning, alder og organisering på arbeidsplassen.

4.5 Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study

Forfattere

Strømme, T., Aase K. & Tjoflåt, I. (2020).

Hensikt

Hensikten med studien er å få kunnskap om helsepersonells kompetanse til å tidlig oppdage forverring i helsen til skrøpelige eldre pasienter.

Metode

Metoden som er brukt er kvalitativ mixed methods, med deltakerobservasjon og fokusgruppeintervjuer. Helsepersonellet inkluderer både sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter.

Resultat

Å kjenne pasienten ble sett på som en forutsetning av helsepersonellet for å oppdage forverring i helsetilstand. Observasjoner og kommunikasjon med pasientene ble oppgitt som viktig skaffe informasjon om helsetilstand. Forskerne fant ingen klare forskjeller i hvordan sykepleierne, helsefagarbeiderne og assistentene oppdaget forverring. De fant også at tidlige tegn på forverring ble sjeldent vurdert. Det var ingen retningslinjer for hva helsepersonell skulle foreta seg ved forverring, helsefagarbeiderne ringte gjerne sykepleier og sykepleierne handlet individuelt. Vitale målinger ble helst gjort av sykepleiere i enkelte situasjoner, spesielt når pasienten var svak eller kritisk. Blodtrykk ble oftest brukt, respirasjonsfrekvens og puls ble sjeldent målt. Det var heller ingen retningslinjer for tolkning av målingene, og det var lite

faglige diskusjoner om vurderingen av disse. Likevel var kollegialt samarbeid lagt vekt på blant annet fordi helsepersonell var mye alene hos pasientene. Andre tema som utpekte seg, var organisatorisk. Lange arbeidslister hemmet ansatte å ta selvstendige avgjørelser i forhold til pasientens helse.

Konklusjon

Vurdering av endring i pasientenes kliniske tilstand ble basert på kjennskap til pasienten. Forskerne fant lite bevissthet omkring tidlige tegn på forverring og vitale målinger ble unntaksvis benyttet. Det organisatoriske systemet påvirker kommunikasjon og samarbeid mellom ansatte og mulighetene de har til å kunne oppdage tidlige tegn på forverring hos pasientene.

4.6 Analyse og funn fra forskningsartiklene

I relasjon til oppgavens problemstilling viser funnene at de eldre pasientenes komplekse sykdomsbilde er utfordrende. Forskning viser at scoringsverktøyene som er anbefalt ikke er tilpasset pasientgruppen og har begrenset nytteverdi. Utdannelse og erfaring, kjennskap til pasientene og alder påvirker sykepleiernes kompetanse. Videre tilsier forskning at sykepleierne i hjemmesykepleien har manglende kompetansenivå blant annet i når det gjelder observasjon og vurdering. Andre områder som har betydning for hjemmesykepleierens vurdering av de eldre er kommunikasjon, beslutningsstøtte og organisering.

Med utgangspunkt i beskrevet metode av Forsberg og Wengstrøm (2015) er det gjort en analyse av forskningsartiklene. Ut fra dette er hver enkelt artikkel lest grundig og innholdet som er relevant for oppgavens problemstilling er notert ned og kategorisert. Deretter er kategoriene fra de enkelte sammenfattet til et felles sett av hovedkategorier og underkategorier. Disse er satt inn i Figur 1 under og vil danne rammen for drøftingen i kapittel 5.

| Hovedkategorier | Underkategorier |
|-----------------------------|--------------------------|
| Gjenkjennelse av forverring | Utdannelse og erfaring |
| | Monitorering |
| | Kjenne pasienten |
| Organisering | Strukturell organisering |
| | Tid |
| | Regler / retningslinjer |

Figur 1.

5 Drøfting

Problemstillingen for oppgaven er: «Hvilke utfordringer kan sykepleier erfare ved vurdering av forverring i somatisk helsetilstand hos eldre pasienter i hjemmesykepleien?». Under blir problemstillingen drøftet i lys av relevant teori og av funnene fra forskningsartiklene.

Drøftingen deles inn i henhold til kategoriene fra analysen, vist over i Figur 1.

5.1 Gjenkjennelse av tegn på forverring

Utfordringen for sykepleier i vurdering av eldre pasienter er blant annet å gjenkjenne endringer i helsetilstanden som faktiske tegn på forverring og ikke bare se dem som en del av pasientens normale sykdomsbilde. Det kan relateres til at aldersforandringene og skrøpeligheit fører til endringer i hvordan sykdom fremtrer (Ranhoff, 2020b). Hvordan ny sykdom viser seg hos de eldre pasientene er ikke på samme måte som hos andre voksne. Jeppestøl et al. (2021) beskriver symptomene og utfall som uspesifikke og atypiske. Når forverring inntreffer kan dette ofte gi utslag i allmenntilstanden hos eldre syke. Ranhoff (2020a) forklarer at i slike tilfeller rammes gjerne det området hvor den gamle er svakest. Har den gamle utfordringer med balansen kan ny sykdom resultere i for eksempel økt fallfare eller om pasienten er kognitivt svekket kan delirium bli resultatet. Står pasienten i tillegg på ulike medikamenter vil dette gjøre sykdomsbildet enda mer uklart. Kompleksiteten i eldre pasienters sykdomsbilde stiller høye krav til sykepleiernes kunnskap og evne til å bruke den.

Utdannelse og erfaring

Helsedirektoratet sier at «rett kompetanse» (2020, pkt.1) må til for å sikre at pasienter får adekvat helsehjelp. I dette legger de å sikre at ansatte har «observasjons- og vurderingskompetanse» (2020, pkt. 2). Strømme et al. (2019) forklarer at observasjonskompetanse innebærer at sykepleieren som profesjonell kan gjennom å bruke klinisk vurdering til å utføre de oppgavene som kreves, og at det innebærer kognitive og sosial kompetanse. Forfatterne Gray et al. (2018) viser i sin artikkel at det er en sterk sammenheng mellom sykepleiernes utdanning og observasjons- og vurderingskompetanse og at sykepleierens utdanningsnivå har direkte påvirkning på pasientsikkerheten. Dette er vesentlig, sier de, på grunn av sykepleiernes essensielle rolle i vurderingen av pasientene i hjemmesykepleien. Imidlertid finner Bing-Jonsson et al. (2016) i sin undersøkelse at det hos

sykepleierne i kommunal eldreomsorg er mangelfull grunnleggende kompetanse både relatert til observasjon og vurdering. Noe av forklaringen til dette ifølge forfatterne, og som er en klar utfordring for sykepleierne i forhold til deres vurdering av pasientene, ligger i at kommunene i Norge i liten grad følger opp de ansatte i hjemmesykepleien i forhold til videreutdanning og kompetanseheving. De har ifølge Bing-Jonsson et al. ikke hatt: «[...] the opportunity to develop their competence in accordance with increasing job demands» (2016, s. 2). Gray et al. (2018) bekrefter at regelmessig oppdatering og oppfrisking av ny og relevant kunnskap har positiv innvirkning på sykepleiernes vurderingsevne. At Bing-Jonsson et al. (2016) finner videre at eldre sykepleiere kommer dårligere ut med hensyn til kompetanse enn yngre kan også relateres til den mangelfulle oppfølgingen de har i forhold til etterutdanning. Funnene med hensyn til alder står likevel i kontrast til funn gjort av Gray et al. (2018). I en av studiene fant de at sykepleiere med 16 års ansiennitet utmerket seg med positivt de i forhold til vurderingskompetanse (Gray et al., 2018). De sier også på generell basis at det er sammenheng mellom vurderingskompetanse og sykepleiernes utdanning og erfaring. Dette er i tråd med Martinsens syn på det faglige skjønnet som utvikles gjennom praktisk utøvelse av sykepleien. Skjønnet er sammen med intuisjon en del av det Martinsen kaller taus kunnskap og som hun mener formidles best gjennom praktisk ferdighetslæring. Slik læring går gjennom flere stadier der man i starten er mer styrt av regler og prosedyrer, men hvor man på senere stadier har opparbeidet erfaring til å gjenkjenne situasjoner og kan handle helhetlig og intuitivt (2003b, s. 23-27). Forskning funnet av Gray et al. (2018) anser sykepleiernes intuisjon som et aspekt som inngår i deres vurdering. Jevnlige ferdighetstrening og simulering inngår i Helsedirektoratet (2020, pkt. 2) anbefalinger for å heve kompetansen.

En annen utfordring for sykepleierne som er relatert til deres vurdering av pasienten er beslutningsansvaret som følger med. Ifølge Gray et al. (2018) er sykepleierens vurdering av pasientens helsesituasjon og påfølgende respons en kompetanse som er vesentlig i hjemmesykepleien og som forbedrer pasientsikkerheten. Helsedirektoratet kaller det for handlingskompetanse (2020, pkt. 2). I observasjonene av helsepersonell fant Strømme et al. (2020) at sykepleiere i flere tilfeller brukte kommunikasjon med pasienten for å få utfyllende informasjon om helsetilstanden, men at opplysningene de mottok ikke førte til videre klinisk vurdering. De vurderte det til å være et gap mellom pasientens kliniske helsesituasjon og sykepleierens respons i forhold til mottatt informasjon. For sykepleierne kan utfordringen i disse tilfellene ligge i at de oftest er alene hos pasient og med beslutningsansvaret (Strømme et al. 2020) og mangler beslutningsstøtte (Steinseide et al., 2022).

Monitorering

Forskning viser at scoringsverktøyene for vitale målinger kan gi beslutningsstøtte for sykepleiere i forbindelse med monitorering noe (Steinseide et al., 2022) og inngår i rådene fra Helsedirektoratet (2020). De sier at å: «[...] benytte validerte scoringsverktøy som for eksempel National Early Warning Score 2» (2020, pkt. 3), kan være til hjelp med å avdekke tidlige tegn på sykdom. Forskning fra bruk av monitorering av vitale mål og bruk av scoringsverktøy på sykehus viser gode resultater med hensyn til å oppdage forverring i helsetilstand hos pasienter (Jeppestøl et al. 2021, Steinseide et al., 2022). Likevel er bruk av slike scoringsverktøy på eldre pasienter ikke uproblematisk og kan være en utfordring for sykepleierne. De er ikke tilpasset bruk på eldre pasienter (Jeppestøl et al., 2021), det innebærer at scorene ikke er justert i forhold eldres normalområder for de ulike målingene, men tar utgangspunkt i friske, voksne. Det er videre gjort lite forskning på effekten av bruk utenfor sykehus (Steinseide et al. 2022) og Jeppestøl et al. (2021) viser til uttalelser fra sykepleier noe forhøyet score i MEWS sammen med der diffuse symptomer hos en kronisk syk pasient ga usikkerhet fordi situasjonen kunne tolkes til å være både et uttrykk for pasienten komplekse sykdomsbilde eller akutt forverring i helsetilstand. Ved bruk uten tilpasning fører det til at scoringsverktøyet heller bidrar til tvetydighet og usikkerhet i forhold til sykepleierens egne vurderinger i stedet for å gi objektiv klinisk beslutningsstøtte (Jeppestøl et al., 2021). Utfordringen blir da at scoringsverktøy som Helsedirektoratet anbefaler, uten aldersspesifikke tillegg eller justeringer være vanskelig for sykepleiere å få utbytte av.

Dette betyr likevel ikke at vitalparametre er uten funksjon når det kommer til eldre pasienter. For eksempel kan respirasjonsfrekvens være en god indikator på forverret helsetilstand mens feber, eller heller fravær av feber trenger ikke være det (Kirkevold & Jeppestøl, 2020). Det mest vesentlige er at de vitale målingene vurderes i forhold til pasientens egne normalmålinger, noe som understrekes både av Jeppestøl et al. (2021) og Steinseide et al. (2022). Det legges også stor vekt på at målingene må ses i sammenheng med den pasientens helhetlige kliniske bilde.

Kjenne pasienten

Nok en utfordring for sykepleierne i hjemmesykepleien er at en fundamental del av vurderingen av en eldre pasient er å kjenne pasienten. (Gray et al., 2018, Jeppestøl et al. 2021, Strømme et al., 2019, Steinseide et al. 2022). En av studiene i Gray et al. (2018) sin artikkel som så på sykepleiepraksis i hjemmesykepleien i USA, fant at sykepleierne henter informasjon fra pasienten og familien og integrerer denne i sine vurderinger. Denne kompetansen fant de utvikler seg over tid. Martinsen mener sykepleieren må være åpen for sanselige inntrykk, å se og lytte, og at dette er vesentlig for å kunne oppfatte pasientens behov. Det er dette som gir ifølge Martinsen sykepleieren det kliniske skjønnet og som er grunnlaget for god omsorg (Kirkevold, 2001, s. 175).

Gray et al. (2018, s. 613) viser også til forskning som viser hvordan en terapeutisk relasjon, bygd på tillit mellom sykepleieren og pasienten gir informasjon som styrker grunnlag for sykepleierens kliniske vurdering av pasienten. For Martinsen er tillit ikke bare en grunnleggende verdi mellom mennesker, men også uunnværlig i relasjonen mellom en sykepleier og pasient som gjør det mulig for sykepleieren å kunne sette seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen, 2016). Noe av utfordringen for sykepleierne i forhold til dette som det går frem av Strømme et al. (2020) er at sykepleierne i hjemmesykepleien kan ha mindre kjennskap til pasientene enn helsefagarbeiderne, da de ikke går regelmessig til alle pasientene i området. En av sykepleierne i undersøkelsen uttrykker at det er vanskelig å bedømme om en pasient er i forverring hvis man ikke kjenner til hvordan pasienten sin normaltilstand er (2020). Gray et al. (2018) viser til betydningen av at sykepleier kjenner pasienten og situasjonen pasienten befinner seg som vurderingens beslutningsgrunnlag. De understreker også at kombinasjonen av sykepleierens kompetanse og ferdigheter sammen med kjennskap til pasienten viser å ha positiv innvirkning på sykepleierens beslutningstaking.

5.2 Organisatoriske utfordringer

Organisatoriske føringer kan også gi sykepleierne utfordringer på flere områder, noe som påvirker deres evne til å utføre arbeidsoppgavene på best mulig måte.

Strukturell organisering

Bing-Jonsson et al. (2016) fant i sine studier at sykepleiernes kompetanse var høyere enn helsefagarbeidernes, noe som var forventet ut fra forskjellen i utdanning hos de to. De var likevel overrasket over at utdanningen ikke gav større utslag i spørreundersøkelsen. Forfatterne refererer i den sammenhengen til forskning som viser at forventningene i kommunal eldreomsorg er at alle uavhengig av yrke, er med å utføre alle oppgaver. Det fører til at det er lite som skiller sykepleiernes arbeidsoppgaver fra helsefagarbeidernes. Sykepleiernes utfordring blir da at verken deres tid eller kompetanse blir utnyttet maksimalt, noe som forfatterne mener må løses gjennom differensiering i arbeidsoppgaver og klarere rollebeskrivelse for sykepleierne (Bing-Jonsson et al., 2016).

Hvordan helsepersonellet organisatorisk er inndelt på kan innvirkning på samarbeid og kollegial støtte. I Strømme et al. (2020) sin undersøkelse var sykepleierne i en av kommunene (A) inndelt egen gruppe, mens helsefagarbeidere og assistenter utgjorde den andre. I den andre kommunen (B) var sykepleierne i blandete grupper sammen med helsefagarbeidere og assistenter. Opplevelsen av hvordan samarbeidet mellom sykepleierne og resten av helsepersonellet var ulikt i A og B. Samarbeidet i A ble beskrevet som vanskelig, helsefagarbeiderne mente sykepleierne var negative og svarte ikke på spørsmål og hadde lite kunnskap om pasientene i helsefagarbeidernes gruppe. Sykepleierne på sin side syntes det var vanskelig å avgjøre når det var behov for deres kompetanse. I gruppe B var samarbeidet sett på som positivt, og helsefagarbeiderne kunne fortalte at de kunne diskutere pasientrelaterte saker med sykepleierne i løpet av dagen. Begge gruppene anså samarbeid mellom de to yrkesgruppene som viktig (Strømme et al., 2020). Manglende samarbeid og kommunikasjon vil også være en utfordring for sykepleierne fordi helsefagarbeiderne som jobber tettest på pasientene kan inneha viktig informasjon i forhold til endringer i sykdomsbildet.

Tid

Mangel på tid er også en utfordring for sykepleieren i forhold til å oppdage forverring. Opparbeidelse av det kliniske skjønnnet, bli kjent pasienten og bygge relasjon som grunnlag for vurdering av helsetilstanden er at alle krever at sykepleieren har tid. Noe også Helsedirektoratet presiserer i sine råd: «Kompetanse til å avdekke pasienter med forverret somatisk tilstand innebærer tid til å observere, kunne gjenkjenne og vurdere tiltak for oppfølging av pasienten ved tidlige tegn til sykdomsforverring» (2020, pkt. 2). Strømme et al. (2020) viser til at hvordan arbeidsdagen i hjemmesykepleien er organisert kan påvirker

sykepleiernes mulighet til å oppdage forverring hos pasientene. Gjennom å levere ut lister med pasienter og tilhørende forhåndsbestemte oppgaver på starten av dagen, mener forfatterne at det gir lite rom for uforutsette oppgaver, som ekstra tid for observasjon og vurdering av mulig forverring i helsetilstand hos pasienten. De sier: «[...] it is essential to have an organisational system in which HCPs [homecare professionals] are expected to act beyond the detailed work plans to detect early deterioration in their patients» (Strømme et al., 2020, s. 2439).

Rutiner og retningslinjer

Manglede rutiner og retningslinjer i hjemmesykepleien gir også utfordringer for sykepleiernes arbeid med tidlig oppdagelse av forverring. Strømme et al., (2020) refererer til sykepleier i studien som snakker om vitale målinger og hvordan det ikke er noen felles rutiner til hvordan vurdere disse. Ved innføringen av MEWS ble den strukturelle effekten det gav sykepleierne, med rutiner for utføring vitale målinger ved mistanke om forverring, sett på som positiv (Jeppestøl et al., 2021). Rutiner er også noe Helsedirektoratet har lagt vekt på i sine råd. De sier:

Rutinene bør beskrive hvordan helsepersonell skal respondere ved tegn på forverret somatisk tilstand, hva som er rett behandlingsnivå og praksis for overføring mellom disse. Rutinene bør baseres på en konsensus i virksomheten, og må være kjent og etterleves av de ansatte. (2020, pkt. 3)

På avdelinger på sykehus og på sykehjem har sykepleiere et helt team rundt seg (Gray et al., 2018). En sykepleier i hjemmesykepleien er oftest alene hos pasienten noe som stiller store krav med hensyn til å oppdage forverring og ta beslutninger (Strømme et al.) Da er det også en utfordring med hensyn til å finne støtte for beslutningene som må tas. Gray et al. (2018) viser også til forskning som sier at en klar prosedyre i form av et flytdiagram eller lignende som foreslår ulike handlingsalternativer kan forenkle beslutningsprosessen og fjerne usikkerhet fra beslutningstakeren.

Gray et al. (2019) oppsummerer hva som må til av en sykepleier for å kunne oppdage forverring hos en eldre pasient slik: «In sum, successful recognition of patient deterioration is a complex process involving a routine workflow system, measurements of clinical vital signs,

HCPs' [health care personel's] interpretation of clinical data and services that can respond to provide appropriate treatment» (2019, s. 2439).

6 Konklusjon

Utfordringen knyttet til sykepleierens vurdering av forverring i somatisk helsetilstand hos eldre pasienter i hjemmesykepleien er knyttet blant annet til den eldre pasientens komplekse sykdomsbilde, som forutsetter høy kompetanse spesielt i forhold til observasjons- og vurderingskompetanse. Sykepleierens kompetanseutvikling hemmes av manglende tilbud og mulighet for videreutdanning. At kommunene ikke følger opp sykepleierens behov for oppdatering og oppfrisking av kunnskap får innvirkning på sykepleierens kompetansenivå. Manglende tilpasning av scoringsverktøy, manglende tid til observasjon og manglende rutiner og retningslinjer i forhold til rett praksis ved oppdagelse av forverring i helsetilstand er også utfordrende for sykepleieren, som ofte står ganske alene når det kommer til beslutningsvalg.

7 Referanseliste

- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold M., Bjørk, I. T., Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15:5. DOI 10.1186/s12912-016-0124-z
- Chester, J. G. & Rudolph, J. L. (2011). Vital Signs in Older Patients: Age-Related Changes. *American Medical Directors Association*, 12(5), 337-343.
DOI:10.1016/j.jamda.2010.04.009
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Natur & Kultur.
- Gray, E., Currey, J. & Considine, J. (2018). Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature. *Contemporary Nurse*, 54(6), 603-616.
DOI: 10.1080/10376178.2018.1532802
- Helsebiblioteket (2020, 17. september). *Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jeppestøl, K., Kirkevold, M., Bragstad, L. K. (2021). Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences. *International Journal of Older People Nursing*, 17, e12416. <https://doi.org/10.1111/opn.12416>
- Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 115-140). Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.),

- Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.), Universitetsforlaget.
- Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 29-34). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2020a). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 232-244). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2020b). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 53-67). Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2020). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 244-257). Gyldendal
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 15. juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>
- Steinseide, E. G., Potrebny, T., Ciliska D. & Graverholt, B (2022). Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus – en systematisk kartleggingsoversikt. *Sykepleien Forskning*, 17(88361):e-88361
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2022.88361
- St. Meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett-behandling - på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Strømme, T., Aase K. & Tjoflåt, I. (2020). Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2429–2440.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jocn.15255>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tømmerås, A. M. & Thomas M. J. (2022, 5. juli). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2022*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2022>

Vedlegg 1

Søketabell 1

Database: Medline Ovid

Dato: 05.05.23

| Nummer | Søkeord | Avgrensing | Resultat |
|--------|------------------------------|------------|----------|
| 1 | Aged or Aged 80 and over | | 3450 425 |
| 2 | Frail Elderly | | 14 974 |
| 3 | 1 OR 2 | | 3450 642 |
| 4 | Vital signs | | 2 074 |
| 5 | Early Warning Score | | 387 |
| 6 | National early warning score | | 675 |
| 7 | NEWS2 | | 223 |
| 8 | MEWS | | 412 |
| 9 | 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 | | 3243 |
| 10 | Functional decline | | 6 649 |
| 11 | Early diagnosis | | 30 220 |
| 12 | 10 OR 11 | | 36 829 |
| 13 | Nurs* | | 809 317 |
| 14 | 3 AND 9 AND 12 AND 13 | | 11 |

Fra søk nr. 14 ble artikkel nr. 1 valgt, Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences (Jeppestøl, et al., 2021).

Søketabell 2

Database: Cinahl

Dato: 08. 05. 23

| Nummer | Søkeord | Avgrensing | Resultat |
|--------|--------------------------|---------------|----------|
| S1 | Nurs* | | 947 368 |
| S2 | Clinical competence | | 47 028 |
| S3 | Patient assessment | | 18 581 |
| S4 | S2 OR S3 | | 65 314 |
| S5 | Home Care | | 22 855 |
| S6 | Community health care | | 16,197 |
| S7 | Home care services | | 18 764 |
| S8 | S5 OR S6 OR S7 | | 50 548 |
| S9 | Frail Elderly | | 8 678 |
| S10 | Elderly | | 109 913 |
| S11 | Deterioration | | 20 906 |
| S12 | S9 OR S10 OR S11 | | 129 788 |
| S13 | S1 AND S4 AND S8 AND S12 | | 26 |
| S14 | | Peer reviewed | 14 |
| S15 | | English | 11 |

Fra søk S15 ble følgende artikler ble valgt:

Artikkel nr 2, Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study (Strømme, et al., 2020).

Artikkel nr 5, Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature (Gray, et al., 2018).

Artikkel nr 6, Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff (Bing-Jonsson, et al., 2016).

Vedlegg 2

Oversiktstabell artikler

| Artikkel | Hensikt | Metode/ Datasamling | Utvalg | Resultat |
|---|--|---|----------------------|--|
| Assessing acute functional decline in older patients in home nursing care settings using the Modified Early Warning Score: A qualitative study of nurses' and general practitioners' experiences (Jeppestøl, K., Kirkevold, M. & Bragstad, L. 2021) | Beskrive sykepleiere og legers erfaringer med bruk av scoringsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS). | Beskrivende utforskende forskningsdesign, kvalitativ metode | 44 personer | MEWS kan potensielt være nyttig som beslutningsstøtte i hjemmesykepleien. Men begrenset nytteverdi fordi det ikke er tilpasset verken til bruk på eldre pasienter eller til hjemmesykepleiens utforming og organisering. |
| Verktøy for tidlig oppdagelse av forverring hos eldre utenfor sykehus: en systematisk kartleggingsoversikt. (Steinseide, E.G., Potrebny, T., Ciliska, D., Graverholt, B., 2022) | Identifisere og beskrive forskning på verktøy for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos eldre pasienter utenfor sykehus. | Systematisk litteratursøk | 45 studier | Stor økning i studier på verktøy for tidlig oppdagelse av forverring, men få rettet mot eldre i kommunale helsetjenester. |
| Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature. (Gray, E., Currey, J. & Considine, J., 2018) | Se hvilken kunnskap som foreligger om sykepleieres vurderingsbeslutning er i forhold til pasienter i hjemmesykepleie. | Integrativ litteraturstudie | 7 studier | Tre områder som påvirker hjemmesykepleiers vurderingskompetanse ble identifisert. Disse var sykepleierens utdanning og erfaring, vurderingsgrunnlag for beslutningstaking og kjennskap til pasienten. |
| Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. (Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold M., Bjørk, I. T., Foss, C., 2016). | Undersøke om helsepersonell i den kommunale eldreomsorgen i Norge har tilstrekkelig faglig kompetanse og hva som påvirker kompetansen. | Spørreundersøkelse | 1016 respondenter | Helsepersonell i kommunal eldreomsorg ikke tilstrekkelig kompetansenivå. Faktorer som påvirker kompetansen er utdanning sammen med arbeidssted, gruppetilhørighet og alder. |
| Homecare professionals' observation of deteriorating, frail older patients: A mixed-methods study (Strømme, T., Aase K. & Tjoflåt, I., 2020). | Få kunnskap om helsepersonells kompetanse til å tidlig oppdage forverring i helsen til skrøpelige eldre pasienter. | Kvalitativ mixed methods – observasjon og fokusgrupper | To hj.spl. distrikt. | Lite bevissthet mht. tidlige tegn på forverring. Kommunikasjon mellom de ansatte er viktig. Det organisatoriske systemet må legges til rette å gi de ansatte handlingsrom til å kunne oppdage tidlige tegn på forverring hos pasientene. |