

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie



Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Sykepleiers funksjon ved tidlig identifisering og ivaretagelse av pasienten med sepsis på sykehus

Stavanger / 10. Mai 2021

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Sepsis er en alvorlig infeksjon-tilstand forårsaket av en infeksjon eller bakterier i blodbanen. Det er i Norge registrert rundt 7000 sepsistilfeller årlig. Som sykepleier står man i en sentral rolle for å sikre tidlig identifisering og behandling av sepsis hos pasienter innlagt på sykehus. Studiene i artiklene vi har valgt viser at flere tilfeller av sepsis ikke blir oppdaget på et tidlig stadium, pasienten står dermed i fare for et komplisert sykdomsforløp som kan utvikle seg til å bli livsfarlig.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleierens funksjon i identifiseringen av sepsis hos pasienter innlagt på sykehus, og videre hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte.

Metode

Vi har benyttet oss av en litteraturoversikt, som går ut på å søke seg frem til allerede eksisterende forskning for å få kunnskap rundt et problem eller et område. Vi bruker eksisterende og relevante forskningsartikler, samt aktuell litteratur for å finne svar på oppgavens hensikt.

Resultater

Resultatene viser at sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter angående sepsis og screeningverktøy er mangelfull. Det understrekes også i resultatene at sykepleierne har utfordringer med samarbeid, både med andre sykepleiere og tverrfaglig. Disse manglene er utfordrende faktorer i sykepleierens arbeid knyttet til tidlig identifisering og observasjon av sepsis.

Nøkkelord: Sepsis, identifisering, sykehus, sykepleier, kunnskaper, ferdigheter, screeningverktøy, pleielidelse, rutiner, retningslinjer, faglig skjønn og sansning

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
1.4 Oppgavens oppbygning	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 Sykepleie	7
2.2 Sepsis	8
2.2.1 De forskjellige stadiene av sepsis	9
2.3 Identifisering og observasjon	10
2.3.1 Screeningverktøy	10
2.3.2 Observasjon	13
2.3.3 Gevinsten av tidlig behandling	15
2.4 Sykepleierens funksjon	16
2.4.1 Tverrfaglig samarbeid og pasientsikkerhet	16
2.5 Pasientens opplevelse av sykdom	17
2.6 Holistisk menneskesyn	18
2.7 Pleielidelse	18
3.0 METODE	20
3.1 Integrativ litteraturstudie	20
3.2 Søkeprosess	21
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	21
3.2.2 Databaser	21
3.2.3 Valg av søkeord	21
3.3 Analyse av artikler	22
3.3.1 Tabell 4: Oversikt over analyserte artikler	22
Hei dette er vår	23
4.0 RESULTATER	24
4.1 Faktorer som hindrer sykepleieren i tidlig identifisering	24
4.1.1 Lite kjennskap til sepsis	25
4.1.2 Manglende kunnskap om screeningverktøy	25
4.1.3 Dårlig samarbeid tverrfaglig og blant sykepleiere	26
4.2 Faktorer som fremmer og bidrar til tidlig identifisering	27
4.2.1 Observasjon	27

4.2.2 Kunnskap og sansning	27
4.2.3 Utvikling av kompetanse	28
4.2.4 Godt samarbeid	28
4.3 Faktorer som hindrer tidlig identifisering på organisatorisk nivå	28
4.3.1 Manglende ressurser og lav bemanning	28
4.4 Organisatoriske tiltak	29
5.0 DISKUSJON	31
5.1 Metodediskusjon	31
5.2 Resultatdiskusjon	32
5.2.1 Sykepleieobservasjon	33
5.2.2 Hinder i oppdagelse av sepsis	34
5.2.2.1 Lav bemanning	35
5.2.2.2 Manglende kunnskap	35
5.2.2.3 Stort fokus på screeningverktøy	36
5.2.3 Pasienten	37
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	39
LITTERATUR	41
VEDLEGG 1	44
VEDLEGG 2	46

Antall ord: 10669

1.0 INNLEDNING

I denne bacheloroppgaven vil vi ta for oss sykepleiernes kunnskap og ferdigheter med tanke på tidlig identifisering av sepsis samt utfordringer knyttet til dette. Vi ønsker å se nærmere på hva som hindrer tidlig oppdagelse av sepsis og dermed også tidlig oppstart av pleie, omsorg og behandling. Forenklet kan sykepleie beskrives som å hjelpe pasienten gjennom det å være syk ved å støtte opplevelsen av, reaksjoner på og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse, samt dekke grunnleggende behov (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 20). Sykepleier Florence Nightingale påpeker at dagens sykepleier skal tenke selv, gjøre faglige vurderinger og ikke blindt ta ordre uten refleksjon og vurdering (Karoliussen, 2011, s. 33). Sepsis blir også kalt blodforgiftning og kan raskt spre seg til andre organer og forårsake organsvikt. Denne tilstanden skyldes en infeksjon eller mikrober som har kommet over i blodbanen (Rygh, Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2016, s. 94). Ifølge Nightingale er observasjon av pasientens kliniske tilstand den viktigste praktiske kunnskapen i sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Som sykepleier står man i en nøkkelposisjon for å fange opp sepsis på et tidlig stadium og unngå videre utvikling gjennom observasjoner og vurderinger av pasienten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleieren vil på et tidspunkt møte på sepsis hos pasienter prehospitalt eller innlagt på sykehus. Sepsis er en alvorlig infeksjonstilstand. Alvorlighetsgraden gjør det viktig for sykepleieren å ha gode kunnskaper om, klare rutiner og retningslinjer for identifisering og ivaretagelse av pasienter med sepsis, samt viktigheten av tidlig varsling til lege. Dersom sepsis ikke blir fanget opp, kan tilstanden utvikle seg til septisk sjokk, som har en dødelighet på over 50% (Kvale & Brubakk, 2016, s. 80). Med bakgrunn i dette ønsket vi å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleierens rolle i identifisering og pleie av sepsis. Vi har erfaring med pasienter som har hatt sepsis og blitt svært dårlige på kort tid, og finner dette temaet interessant. På bakgrunn av dette ønsket vi å bruke denne oppgaven til å bli sterkere faglig på området, og dermed stille sterkere når vi selv står som ferdigutdannede sykepleiere i møte med denne pasientgruppen.

1.2 Problemformulering

Sepsis er en tilstand som kan være vanskelig å identifisere og tilstanden kan utvikle seg til å bli livstruende på kort tid. Uten behandling vil de fleste tilfeller av sepsis føre til dødsfall.

Nok og riktige kunnskaper og ferdigheter vil dermed være essensielt i møtet med pasienter som har utviklet sepsis. Tidlig oppdagelse av sepsis er en av flere innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet, hvor det legges frem tiltak for både sengepost og akuttmottak i arbeidet mot tidligere identifisering av tilstanden (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Til tross for at sepsis er et stort innsatsområde, erfarer sykepleiere at det kan være vanskelig å fange opp relevante data om pasienten som viser at forandringer er under utvikling. Det er derfor viktig å få en dypere forståelse av de ulike forholdene som har innvirkning på sykepleierens evne til å fange opp pasienter med risiko for å utvikle sepsis. Forsinket identifisering av sepsis kan medføre til et sykdomsforløp preget av lidelse, som i verste tilfelle kan ende med dødsfall. Vi ser på sepsis som en alvorlig tilstand der sykepleierens kunnskaper og ferdigheter om tilstanden, samt observasjoner knyttet til tilstanden er viktig for pasientforløpet.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleierens funksjon i identifiseringen av sepsis hos pasienter innlagt på sykehus, og videre hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte.

1.4 Oppgavens oppbygning

Teorikapitlet består av relevant bakgrunnsstoff for oppgaven og omhandler tema som sykepleie som yrke, sepsis, kartleggingsverktøy, observasjon, tverrfaglig samarbeid og pleielidelse. Videre har vi metodekapitlet hvor det beskrives hva metode er og hvilken metode vi har anvendt, samt fremgangsmåten for denne oppgaven. Etter metodekapitlet kommer resultatkapitlet, der vi presenterer artiklenes resultater i hovedfunn og underkategorier. Metoden som er anvendt og resultatene funnet i artiklene drøftes i diskusjonskapitlet, der vi også inkluderer relevant bakgrunnsstoff og egne refleksjoner. Avslutningsvis tar vi for oss konkrete forslag til sykepleiepraksis.

2.0 TEORIKAPITTEL

I teorikapittelet vil vi kort presentere sykepleie som fag og yrke før vi videre forklarer hva tilstanden sepsis er og de ulike stadiene av sepsis. Vi vil videre fokusere på screeningverktøyene NEWS, SIRS og qSOFA, samtidig vil vi opplyse om gevinsten av tidlig behandling av sepsis. Videre i kapittelet vil vi trekke frem sykepleierens funksjon, her vil vi ta for oss tema som samarbeid og pasientsikkerhet. Avslutningsvis vil vi kort danne et bilde over hvordan pasienten opplever å være kritisk syk. Til slutt presenteres hva som ligger i begrepet holistisk menneskesyn, samt beskrive begrepet pleielidelse i lys av Katie Erikssons sykepleieteori.

2.1 Sykepleie

Sykepleie bygger på et fundament av teoretisk kunnskap innenfor sykepleiefaget, naturvitenskapelige, samfunnsvitenskapelige og humanistiske fag. Sykepleieren må i tillegg til teoretisk kunnskap bruke sansene bevisst og oppmerksomt i møtet med pasienten. Yrkesutøvelsen krever også at sykepleieren kan utføre handlinger forbundet med ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Grimsbø, 2017, s. 17).

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområde er både komplekst og mangfoldig, noe som gjør arbeidet variert og svært spennende. Sykepleieren har en assisterende funksjon til legevirksomheten og en selvstendig funksjon ut fra sin disiplin. Sykepleie er et fag med tydelige verdier. Disiplinen sykepleie har klare og tydelige intensjoner om å hjelpe pasienter til helse, velvære og en fredfull død (Karoliussen, 2011, s. 140-141).

Det moralske aspektet ved klinisk sykepleie omfatter de etiske prinsippene velgjørenhet, ikke-skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet. Dette aspektet er særs viktig i klinisk sykepleie med tanke på kravet om forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis. Sykepleieren har et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert og til enhver tid yte best mulig sykepleie ut fra fagets kunnskapsgrunnlag. Klinisk sykepleie skal først og fremst ivareta det syke mennesket. Det kan dreie seg om omsorg for en pasient med betydelig nedsatt allmenntilstand, for eksempel å sørge for riktig pleie til en intubert pasient på intensivavdelingen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18-19). Det kan også:

... illustreres ved den kompetansen som vises i nøyaktig observasjon av pasientens sykdomstilstand, i oppmerksomheten overfor ofte vage, nesten usynlig tegn på en forbedring eller forverring av tilstanden hans - kanskje et umerkelig drag over neseroten som ikke var der før, en gråblekhet eller en begynnende rødme på halsen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 19).

Klinisk sykepleie er også den kvalifiserte oppfølgingen og koordineringen av medisinsk behandling. Sykepleieren har som en viktig oppgave å iverksette delegerte medisinske prosedyrer. Nortvedt & Grønseth har presentert noen kjennetegn ved kliniske kompetanse i sykepleien:

- Integrerer moralske aspekter og fagkunnskaper i klinisk praksis og tilpasser sykepleien individuelt, til den enkelte pasient og situasjon
- Har oppmerksomheten rettet mot pasienten (og hans familie), og skaper en trygg relasjon til ham og formidler empati og omtanke i kommunikasjon og handling
- Ivaretar sitt faglige ansvar og funksjoner i møte med pasienten
- Kvalitetssikrer sykepleien ved å bruke relevante og pålitelige data i kliniske vurderinger og beslutninger, som grunnlag for å kunne identifisere pasientens problemer (sykepleiediagnoser), sette mål og iverksette nødvendige handlinger (tiltak, intervensjoner) og å evaluere og dokumentere disse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21)

2.2 Sepsis

Sepsis kommer av det greske ordet "sepein" som betyr forråtnelse (Myrvang, 2018). I samtaler med pasienter og pårørende bruker ofte helsepersonell ordet blodforgiftning i stedet for sepsis. Tilstanden sepsis oppstår ved at kroppen utløser en kraftig ubalansert betennelsesreaksjon som følge av bakterier eller andre mikroorganismer som har kommet over i blodbanen. Denne ubalanserte betennelsesreaksjonen kan igjen få vitale organer til å svikte (Nakstad, 2019, s.163). Forløpet til sepsis kan videre beskrives som følgende;

Infeksjon fører til produksjon og frigjøring av en lang rekke biologiske substanser som forstyrrer de normale funksjonene i livsviktige organer og biologiske systemer i kroppen. Kroppens infeksjonsforsvar, kaskadesystem, koagulasjonssystem og inflammatoriske system blir kraftig aktivert. det utvikles en alvorlig systemisk inflammasjon i kroppen som fører til ukontrollerbar organsvikt på grunn av sviktende reguleringsmekanismer. graden av organsvikt er avgjørende for pasientens prognose. Bakterielle infeksjoner er den vanligste årsaken til sepsis, men infeksjon utløst av sopp er økende (Rygh, et al., 2016, s. 94).

2.2.1 De forskjellige stadiene av sepsis

Sepsis utarter seg i ulike stadier og tilstanden kan ofte forverres svært raskt om det ikke gjennomføres behandling. Tilstanden kan skilles mellom følgende stadier:

Sepsis (SIRS som følge av infeksjon) (dødelighet <10%)

Alvorlig sepsis. Sepsis med lavt blodtrykk, lavt minuttvolum fra hjertet, og tegn på organsvikt (dødelighet ca. 30%)

Septisk sjokk. Alvorlig sepsis der blodtrykket ikke øker uten hjelp av karkonstrangerende (pressorer) og hjertestimulerende (positive inotrope) legemidler (dødelighet >50%) (Kvale & Brubakk, 2016, s. 80).

Hvor raskt tilstanden forverres avhenger av en rekke faktorer. Pasientens alder, for øvrig helsetilstand, fokus for primærfunksjon, tidspunkt for identifisering, samt oppstart av behandlingstiltak er faktorer som påvirker forverringen (Rygh, et al., 2016, s. 94).

Ved sepsis utløser mikroben selv eller også giftstoffer fra mikrober en akutt og generalisert inflammasjonsreaksjon som har kommet ut av kontroll. Ved alvorlig sepsis begynner vev og organer å svikte på grunn av den systemiske inflammatoriske responsen fra pasientens eget immunforsvar. Tilstanden kan utvikle seg videre til septisk sjokk og død (Kvale & Brubakk, 2016, s. 80).

Dødeligheten øker for hvert stadium i tilstanden. Kroppens kompensasjonsmekanismer blir ved videre utvikling av sepsis ikke tilstrekkelig. I tillegg til den akutte inflammasjonsprosessen er kardilatasjon og økt karpermeabilitet endringer som oppstår tidlig i sykdomsforløpet. Hypovolemi vil være følgen av disse endringene i karveggene, kroppen kompenserer mot hypovolemien ved å øke hjerterefrekvensen. Denne kompensasjonsmekanismen vil være tilstrekkelig i starten, men etter hvert vil væsketapet bli for stort til at kroppen kan opprettholde blodtrykket. Tilstanden går da over i alvorlig sepsis. Blodtrykket er lavt grunnet væsketap. Hypoksi vil så oppstå i de fleste vev og organer og tegn på organsvikt arter seg. Organsvikten viser seg gjennom nedsatt urinproduksjon, ødem i lungevev, nedsatt oksygenering, endring i mental status, sviktende temperaturregulering, diare og oppkast. Kroppen kompenserer mot den metabolske acidosen som oppstår ved hypoksi i vev ved å øke respirasjonsfrekvensen. Dette for å kvitte seg med syren gjennom økt utskillelse av CO₂. Hvis tilstanden utvikler seg videre fra alvorlig sepsis vil den bevege seg over til septisk sjokk, vevshypoksien er da så alvorlig at væsketilførsel og andre tiltak ikke vil ha effekt. Funksjonen i mange organer vil da være så svekket at pasienten har såkalt

multiorgansvikt, dødeligheten øker til over 50% selv med optimal behandling (Kvale & Brubakk, 2016, s.80).

2.3 Identifisering og observasjon

2.3.1 Screeningverktøy

For å identifisere pasienter i fare for å utvikle et alvorlig sykdomsforløp, som blant annet sepsis, er det utviklet screeningverktøy. Bruk av slike verktøy kan bidra til at helsepersonell får større tiltro til sin egen evne til å vurdere om en pasient på et tidlig tidspunkt i sykdomsutviklingen er septisk. Ved å presentere objektive endringer i vitale tegn for å informere om forverring i pasientens tilstand bedres også kommunikasjonen mellom sykepleieren og legen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32). Sykepleieren må ha en sterk fagspesifikk kunnskapsbase fra teori og forskning i tillegg til erfarings- og personlig kunnskap for å foreta pålitelige vurderinger. Denne kunnskapen må stadig oppdateres og fornyes. Sykepleierens evne til å analysere og sammenfatte data og vurdere disse opp mot sine faglige og personlige kunnskaper er nødvendige for å ta situasjonstilpassede vurderinger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24). De mest omtalte screeningverktøyene er SIRS (Systemisk inflammatorisk respons syndrom) og qSOFA (Quick Sepsis- related Organ Failure Assessment). SIRS er betegnelsen på en tilstand der en generalisert og akutt inflammasjonsreaksjon har kommet ut av kontroll. SIRS blir betegnet som sepsis når det er en infeksjon eller mikrober som er årsaken til reaksjonen (Kvale & Brubakk, 2016, s. 80). QSOFA er en forenklet variant av SOFA som tar for seg ulike elementer for å gradere organsvikt. Ved situasjoner der SOFA kan være vanskelig å benytte seg av, kan det til voksne pasienter brukes qSOFA for å lettere og enklere identifisere om pasienten er på vei til å få et alvorlig infeksjonsforløp (Rygh, et al., 2016, s. 94). I tabellen nedenfor er kriteriene for SIRS og qSOFA presentert.

Tabell 1

<p>SIRS kriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatur over 38 grader celsius eller under 36 grader celsius - Puls over 90 - Respirasjonsfrekvens over 20 eller pCO₂ under 4,3 kPa - Leukocytall over 12x10⁹/L eller under 4x10⁹/L eller over 10% umodne leukocytformer <p>SIRS blir definert som sepsis dersom pasienten har minst to av disse kriteriene samt tegn på eller påvist infeksjon (Kvale & Brubakk, 2016, s. 80).</p>	<p>SOFA vurderer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirasjon (pO₂(a)/FiO₂) - Koagulasjon (trombocytall) - Leverfunksjon (bilirubin) - Sirkulasjon (MAP) - Sentralt nervesystem (glasgow coma scale) - Nyrefunksjon (kreatinin og diurese) <p>QSOFA kriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirasjonsfrekvens over 22 - Endret mental tilstand - Systolisk blodtrykk under 100 mm Hg <p>Dersom pasienten oppfyller to eller mer av kriteriene er det mistanke om sepsis (Rygh, et al., 2016, s. 94).</p>
---	--

National Early Warning Score (NEWS) er et standardisert screeningverktøy som blir brukt til å vurdere akutt syke pasienter, og for å fange opp endringer i pasientens tilstand på et tidlig tidspunkt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32). Ved bruk av NEWS gis pasienten en skår fra 0 og oppover. Den totale poengskåren utløser faste tiltak/intervensjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33). Skårene blir delt inn i lav skår, middels skår og høy skår. Ved lav skår 1-4 skal pasienten vurderes av en kompetent sykepleier for å vurdere om pasienten trenger nøyere overvåking, hyppigere tilsyn eller om det må iverksettes andre tiltak. Ved middels skår, sammenlagt 5-6 eller høyeste skår (3) på hvilket som helst parameter, skal pasienten ha øyeblikkelig tilsyn av spesialist for å bedømme akutt sykdom, vanligvis en lege. Legen skal vurdere om pasienten skal flyttes til en avdeling med høyere overvåkningsnivå eller om det må iverksettes andre tiltak. Ved skår 7 eller høyere, kreves øyeblikkelig tilsyn av spesialist på akutt-/intensivmedisin. Vanligvis vil pasienten overflyttes til en overvåknings-

/intensivavdeling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33). Under er NEWS parameterne beskrevet i tabell 2.

Tabell 2: National Early Warning Score/NEWS (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33).

Poeng	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjons- frekvens	Under eller lik 8		9-11	12-20		21-24	Over eller lik 25
Oksygen- metning	Under eller lik 91	92-93	94-95	Over eller lik 95			
Oksygen- tilførsel		Ja		Nei			
Kjerne- temperatur	Under eller lik 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	Over eller lik 39,1	
Systolisk blodtrykk	Under eller lik 90	91-100	101-110	111-210			Over eller lik 220
Puls	Under eller lik 40		41-50	51-90	91-110	111-130	Over eller lik 131
Bevissthet				Våken			Reagerer på tiltale Reagerer på smerte Ingen respons

NEWS kan også benyttes som veiledning til hvor ofte en pasient bør vurderes og hvor ofte det bør foretas tilsyn. For pasienter med en skår på 0 anbefales det å ta nye vurdering med NEWS hver 12 time, hver 4-6 time hos pasienter med en skår på 5-6 eller "rød skår" og kontinuerlig overvåkning av vitale målinger hos pasienter med skår på 7 eller over. Barn under 16 år og gravide har egne tilpassede screeningverktøy, og NEWS brukes derfor ikke på de gruppene. Det er verdt å nevne at dersom NEWS benyttes hos pasienter med for eksempel kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) må det tas høyde for de avvikende målingene denne pasientgruppen kan ha som følge av sykdommen, som for eksempel lavere oksygenmetning enn normalt eller oksygentilførsel. Eldre pasienter har mindre fysiologisk reservekapasitet enn yngre pasienter, og kan dermed ha avvik fra det normale innenfor hver enkelt observasjon/registrering hos eldre skrøpelige pasienter være alvorlig nok til å kreve tilsyn av lege. Eksempelvis kan et moderat blodtrykksfall eller rask og anstrengt respirasjon være alvorligere hos den eldre pasienten enn hos friske voksne personer, mens feber som tegn til infeksjon helt kan mangle (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 33).

2.3.2 Observasjon

Observasjon er å iaktta, legge merke til, granske og undersøke (Skaug 2017, s. 350). Observasjon innen sykepleie består av metodene inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. Enkeltstående observasjoner kan i noen situasjoner gi grunnlag nok til å identifisere en bestemt tilstand, men andre ganger må flere observasjoner ses i sammenheng for å kunne identifisere pasientens tilstand (Skaug, 2017, s. 350). Florence Nightingale beskriver at observasjonene må gå sammen med en forståelse av det som blir observert. En må som sykepleier da ha kunnskap om det som observeres (Karoliussen, 2011, s. 35). Sykepleieren må lære å observere hvilke symptomer som betyr bedring og hvilke symptomer som betyr forverring, denne evnen bygges opp av teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23-24). Nightingale råder studenter og sykepleiere om å spørre seg selv:

Vet jeg hva jeg skal observere her? Vet jeg hva som er viktige tegn og hva som er uviktig? forstår jeg det kliniske bildet som pasienten frembyr, eller gå det på diagnosens rutine? Har jeg den tilstrekkelig informasjon og kunnskap for å kunne tolke det jeg ser? Vet jeg nok om pasientens tilstand og hvordan han opplever sin situasjon (Karoliussen, 2011, s. 34)?

Diagnosens rutine nevnes ovenfor. Ifølge Nightingale er rutiner nyttige, men sykepleieren får nødvendigvis ikke erfaring av det. Hun skiller mellom å ha rutiner og å ha erfaring. Videre sier hun; for å opparbeide seg sann erfaring må sykepleieren utføre observasjoner. Gjennom observasjoner kan sykepleieren finne ut om det en selv eller andre gjør, tjener pasientens beste (Karoliussen, 2011, s. 34).

Sykepleierens kompetanse til å observere tidlige tegn på infeksjon og utvikling av organsvikt er vesentlig i forebyggingen av utvikling av sepsis (Rygh, et al., 2016, s. 96). Se tabell 3 for observasjoner og vurderinger ved sepsis.

Tabell 3: observasjoner og vurderinger ved sepsis (Rygh, et al., 2016, s 96).

Respirasjon
<ul style="list-style-type: none">- Respirasjonsfrekvens (> 20)- Respirasjonsmønster- Respirasjonslyder- SpO₂/SaO₂ < 95% (hos tidligere lungefriske pasienter)- Blodgass: pasientens syre-base-status bør kontrolleres hyppig- Pasientens hudfarge: se etter tegn på cyanose
Sirkulasjon
<ul style="list-style-type: none">- Puls (51-99)- Systoliske BT (< 90 mm Hg)- MAP (< 65 mm Hg)- Serum-laktat (> 4 mmol/L)- Diurese (0,5 ml/kg/time): pasienten bør ha innlagt blærekateter- Hjertets fyllingstrykk/CVP (8-12 mm Hg)- Hud: se etter tegn til hudforandringer eller hudblødninger (petekkier) og forsinket kapillær fyllingstid. Pasienten kapillære fyllingstid bør være under 3 sekunder- Hb: Målet ved sepsisbehandling er ikke nødvendigvis å ha normal hemoglobinkonsentrasjon. En konsentrasjon på mellom 7 og 9 g/100 mL er akseptabelt for pasienter som ikke har ustabil angina pectoris og akutt myokardinfarkt. Høyere hemoglobinkonsentrasjon kan øke blodets viskositet og

<p>redusere gjennomstrømningen og oksygentilbudet til vevet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albumin - Trombocytter - Koagulasjonsstatus: INR, fibrinogen, D-dimer, antitrombin/AT, aktivert partiell tromboplastintid/APTT
<p>Bevissthet</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Symptom på mental konfusjon og tegn til akutt forvirringstilstand/delirium - Glasgow Coma Scale - CAM
<p>Eliminasjon</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Nyrefunksjon: diurese (oliguri, anuri), kreatinin, glomerulær filtrasjonsrate (GFR) og elektrolytter. Ved tegn til nyresvikt vurderes dialyse. - Leverfunksjon: ALAT og bilirubin vil stige ved akutt leversvikt
<p>Infeksjonsparametere</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Leukocytter (vil enten være lave eller forhøyet) - CRP vil være forhøyet pasienten kan ha feber (temperatur > 38° C), men kan også ha kroppstemperatur under 37° C)

2.3.3 Gevinsten av tidlig behandling

Ved å identifisere pasienter med sepsis og iverksette behandling på et tidlig tidspunkt kan man begrense sykdomsutviklingen, forebygge komplikasjoner og bedre prognosen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 32). Prognosen ved sepsis avhenger blant annet av hvor raskt effektiv behandling iverksettes. Gjennom tilsyn i norske sykehus i tidsrommet 2016-2018 ble det vist at diagnosen ofte stilles for sent og at behandlingen forsinkes mer enn anbefalt i nasjonale og internasjonale retningslinjer (Nakstad, 2019, s. 168). "Hver times forsinkelse i oppstart av effektiv behandling er vist å øke mortalitet med ca. 7%" (Helsedirektoratet, 2018). Tidlig iverksetting av behandling med antibiotika vil være til gevinst for pasienten i form av redusert sykdomsforløp og bedre prognose.

For å sikre tidlig behandling må man også sikre tidlig identifisering. Tidlig behandling vil også ha en samfunnsøkonomisk gevinst. Pasienter som ikke får tidlig behandling, men derimot utvikler alvorlig sepsis eller septisk sjokk krever flere ressurser og lenger behandlingstid enn de pasientene som blir identifisert og behandlet tidlig i sykdomsforløpet (Kvale & Brubakk, 2016, s. 83).

2.4 Sykepleierens funksjon

I møte med pasienter med sepsis har sykepleieren en viktig funksjon med tidlig identifisering. I senere tid har sykepleierens forebyggende funksjon blitt tillagt stor betydning i behandlingen av sepsis. At sykepleieren har kompetanse til å observere og identifisere tidlige tegn på infeksjoner er vesentlig for å starte tidlig med riktig behandling og hindre utvikling av organsvikt (Rygh, et al., 2016, s. 96).

Ifølge punkt 1.3 i de yrkesetiske retningslinjene fra Norsk Sykepleierforbund har sykepleieren et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (2019). Ut ifra pasientens situasjon og sykepleierens oppgave, forventes sykepleieren å vurdere hva slags opplysninger som anses som nødvendige å ha og skaffe seg disse (Molven, 2012, s. 136). Det kan regnes som et brudd på forsvarlighetsprinsippet dersom sykepleier ikke tilegner seg nødvendige kunnskaper, fordi innhenting av opplysninger henger tett sammen med å utøve forsvarlig helsehjelp (Molven, 2012, s. 137). I spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 står det at "Virksomheter ... skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig" (1999). Til tross for at sykepleieren selv utøver forsvarlig helsehjelp, kan pasienten utsettes for uforsvarlig helsehjelp på et organisatorisk nivå. Slikt kan oppstå hvis virksomheten ikke tilrettelegger for forsvarlig helsehjelp, ved for eksempel underbemanning eller manglende utstyr (Molven, 2012, s. 132-133).

2.4.1 Tverrfaglig samarbeid og pasientsikkerhet

Et tverrfaglig samarbeid finner sted når ulike profesjoner samarbeider om en felles oppgave. Når pasientens situasjon er sammensatt og uavklart vil det være et behov for et slikt tverrfaglig samarbeid (Kristoffersen, 2017, s. 231). Pasientsikkerhetsprogrammet

understreker at tverrfaglig samarbeid kan være avgjørende for riktig diagnostisering, iverksetting og vurdering av behandlingen hos sepsispasienter (2017, s. 9).

Sykepleiere er ofte de første som møter pasienter med sepsis. Ved mistanke om sepsis skal alltid en lege kontaktes, for å sikre riktig diagnostisering er det viktig at sykepleieren har utført systematiske observasjoner og kan dele funnene med legen (Kvale & Brubakk, 2016, s. 82). I tilkallingen av en lege er det viktig at sykepleierens funn og vurderinger kommuniseres tydelig og konkret, sykepleieren kan da benytte seg av kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation). Verktøyet består av stikkord for hvilken informasjon om pasienten, observasjoner og behandling det er viktig å rapportere til legen ved en akutt situasjon eller forverring (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 34). Det finnes mobile intensivgrupper/team ved flere sykehus som kan brukes ved blant annet mistanke om sepsis for å sikre tverrfaglig vurdering og samarbeid (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017, s. 9). Legen som kontaktes ved mistanke om sepsis, om dette er avdelingens lege eller lege fra en mobil intensivgruppe, har retten til å ta en beslutning når det gjelder videre undersøkelse og behandling av pasienten (Molven, 2012, s. 152).

Et godt tverrfaglig samarbeid avhenger av at deltakerne har felles situasjonsforståelse og respekt for hverandre, kommunikasjon, koordinering og ledelse (Aase, 2015, s. 134). Kommunikasjon og informasjonsflyt mellom helsepersonell og pasient kan være utfordrende i et tverrfaglig samarbeid. Misforståelser kan oppstå og slike misforståelser har vært forbundet med forsinket diagnostisering og behandling, og samtidig manglende oppfølging av pasientens undersøkelsesresultater (Aase, 2015, s. 207).

2.5 Pasientens opplevelse av sykdom

Et viktig perspektiv å fokusere på i sykepleien er at en skal ivareta og møte pasienten ut ifra hvordan han opplever og erfarer sin tilstand i det øyeblikket. Mange av fenomenene pasienten opplever med sykdom er knyttet til de grunnleggende behovene, og det er viktig at sykepleieren forstår og forholder seg til disse i den kliniske yrkesutøvelsen. Det gjelder ikke utelukkende fysiske symptomer som tungpustethet eller feber, men også evnen til å se og forstå pasientens smerter, eller å kunne se at pasienten er engstelig eller trenger trøst

(Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 20). En viktig ledetråd i sykepleien er å forstå situasjonen fra den sykes side:

... Hvordan er det for den syke å bli vekket akkurat når han har sovnet? Hvordan er det for et menneske å vente i engstelse hele dagen på sin operasjon, og så få den utsatt? Hvordan er det å ligge i en seng hele dagen og ikke få se ut av vinduet? Hvordan er det for pasienten å høre at personalet hvisker under legevisitten, når han vet at det er ham de snakker om? Hvilken anstrengelse er ikke det for den syke (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21)?

En akutt og/eller kritisk syk pasient blir utsatt for store psykiske påkjenninger. Det skyldes ikke bare sykdommen eller skaden pasienten har, men også de påkjenningene som medisinsk behandling og intensivbehandling representerer. Pasienten kan oppleve trussel, fare, tap og krenkelse. Pasientens hverdag er full av krav og utfordringer som setter evnen til mestring på en hard prøve. For noen kan det oppleves trygt og befriende å hengi seg fullstendig til helsepersonellens behandling og pleie, mens andre vil oppleve det som en integritetskrenking. De uventede og vanskelige påkjenningene de utsettes for, kan innebære en trussel mot livet, sosial identitet og trygghet, eller mot grunnleggende muligheter til å innrette seg i tilværelsen (Gulbrandsen & Stubberud, 2005, s. 41).

2.6 Holistisk menneskesyn

Holisme betyr helhetsforståelse, og menneskesyn basert på holistisk tenking tilsier at helhet er mer enn summen av delene. Ut ifra holistisk tankegang kan man ikke forklare et levende vesen og dets atferd utelukkende ut ifra hvordan delene, eksempelvis hjerte og lunger, fungerer (Odland, 2017, s. 27). Mennesket må ses ut ifra en større helhet som tar hensyn til både sjel og legeme, sosiale, åndelige og kulturelle anliggender (Odland, 2017, s. 40).

“Likeverdstanden er fremtredende, noe som innebærer at mennesker har rett til delaktighet i anliggender som berører dem selv og/eller deres situasjon” (Odland, 2017, s. 40).

Menneskesyn basert på holistisk tenking innebærer at hele mennesket må ses, ikke bare det syke organet, diagnose og behandling (Odland, 2017, s. 40). Odland (2017, s. 40) presiserer også at mennesket må betraktes som et likeverdig fornuftsvesen og ikke som et objekt.

2.7 Pleielidelse

Selv om det enkelte menneskets opplevelse av lidelse er unik, kan fellestrekk ved lidelsen som fenomen identifiseres. Den finske sykepleieteoretikeren Katie Eriksson har beskrevet

flere fenomener og forhold rundt begrepet lidelse, deriblant lidelse i en sykepleiesammenheng (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 190). Ifølge Eriksson viser substantivet “lidelse” flere av de samme trekkene som verbet “å lide”, som betyr å “pines” og “ha vondt” (1995, s. 20). Videre forteller Eriksson at begrepet pasient opprinnelig betyr “den lidende, den som tålmodig aksepterer og utholder” (Eriksson, 1995, s. 23). Eriksson beskriver lidelsen som en kamp mellom det gode og onde (1995, s. 27). Lidelse innebærer tap av kontroll og skaper usikkerhet. Det lidende mennesket opplever seg som hjelpeløs og fanget, uten mulighet for å unnsnippe den situasjonen han befinner seg i (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 199).

Når en pasient er utsatt for sepsis kan det være fare for pleielidelse. Krenking av pasientens verdighet og menneskeverd utgjør ifølge Eriksson den vanligste formen for pleielidelse og hun hevder at alle andre former som fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie, kan føres tilbake til denne (1995, s. 70). Krenking av menneskets verdighet kan skje gjennom direkte og konkrete handlinger der pleie uteblir, eller krenkingen kan være mer abstrakt ved for eksempel mangelfull etisk holdning eller tilfeller der sykepleieren ikke “ser” mennesket og gir det plass (Eriksson, 1995, s. 70). Årsaken til den påførte lidelsen er ikke nødvendigvis mangel på vilje eller omsorgsevne hos sykepleieren, men kan skyldes rammer som i for liten grad gjør det mulig å gi den pleien som pasienten er i behov for (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 200). “Pleielidelsen betraktes som en unødvendig lidelse som med alle midler bør elimineres” (Eriksson, 1995, s. 78). Eriksson mener at lidelsen kan lindres ved å skape en pleiekultur der mennesket føler seg velkommen, respektert og ivaretatt. Hun fremhever at det å lindre lidelse fremfor alt handler om å ikke krenke pasientens verdighet, ikke fordømme og misbruke makt, men i stedet gi pasienten den pleien han trenger (Eriksson, 1995, s. 76). I tillegg presiserer Eriksson at å oppleve at man har en egenverdi er av grunnleggende betydning i helseprosessen (1995, s. 71). Sykepleierens oppgave blir dermed å gi pasienten mulighet for å oppleve sin fulle verdighet og å forhindre alle former for krenkelse (Eriksson, 1995, s. 71).

3.0 METODE

Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. et hvilket som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2017, s. 50).

I empiriske studier brukes hovedsakelig kvantitative og kvalitative metoder, eller en kombinasjon av disse. De kvantitative dataene har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter, i motsetning til kvalitative data som tar sikte på å fange opp opplevelse og mening som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). På hver sin måte bidrar både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder til en bedre forståelse av hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesket handler og samhandler i samfunnet vi lever i. Den kvalitative tilnærmingen gir oss informasjon i form av meninger og opplevelser, og er en gunstig metode for å få en dypere forståelse av menneskelige fenomener (Dalland, 2017, s. 52). I denne oppgaven har vi kombinert kvalitative og kvantitative forskningsartikler da vi mener at denne metoden best får frem det særegne i resultatet, helheten og forståelsen for problemet samtidig som vi får en noe større bredde.

3.1 Integrativ litteraturstudie

Vår oppgave er basert på en litteraturstudie om hvordan sykepleieren tidlig kan identifisere sepsis hos den innlagte pasienten. En litteraturstudie går ut på å søke seg frem til allerede eksisterende forskning for å få kunnskap rundt et område eller et problem (Friberg, 2017, s. 25). Vi vil benytte eksisterende og relevante forskningsartikler, samt aktuell litteratur for å finne svar på vår hensikt.

En litteraturoversikt eller en litteraturstudie handler som omtalt av Friberg “att skapa översikt över kunnskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område” (2017, s.141).

Litteraturstudie er som forklart en metode for å få oversikt over kunnskap som er presentert iblant annet forskningsartikler. Vi har valgt å bruke integrativ litteraturstudie som metode gjennom oppgaven vår.

Gjennom en integrativ litteraturstudie skal man blant annet trekke konklusjoner og identifisere mønster i kunnskapen som blir presentert i artiklene man tar for seg. En konklusjon er en slutning eller sammenfatning som trekkes ut fra presentert fakta (Persvold,

2020). Resultatet av en integrativ litteraturstudie kan vise et mønster som illustrerer hvordan resultatene i artiklene henger sammen. Den integrative studien er bygget opp av “datareduktion, skapa översikt och göra jämförelser ... också ska du dra slutsatser och verifiera” (Friberg, 2017, s. 150). Ved å bruke integrativ litteraturstudie i stedet for allmenn litteraturstudie som metode får vi ved videre analyse av artiklene mulighet til å trekke egne konklusjoner fra resultatene, noe vi tenker er nyttig for oppgavens mål.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi har brukt strukturert litteratursøking som søkestrategi. Bachelorstudier er sammensatte fag med stort mangfold og stor spennvidde, spesielt innenfor profesjonsdagene. Det kan derfor i de fleste tilfeller være nødvendig å avgrense et område innenfor faget som man ønsker å undersøke. Ved hjelp av internett er det nesten ubegrensede muligheter til å søke etter litteratur. Ulempen her kan være at vi kan drukne i informasjonen ved store tema (Dalland, 2017, s. 156). Vi avgrenset søket ved å ha følgende kriterier: ingen eldre artikler enn 10 år, fagfelleverdert, forskningsartikkel og forskning utført i vestlige land i Europa og USA. Forskning er ferskvare og oppdateres kontinuerlig. På kliniske fag innen sykepleie er det viktig å holde seg faglig oppdatert. Ved å ekskludere artikler eldre enn 10 år vil det være lett overførbart til det norske helsevesen i nåtid. Europeisk og amerikansk helsevesen har flere likhetstrekk med det norske helsevesen. Derfor vil funnene trolig være lett overførbare dersom vi fant forskning fra Europa og USA.

3.2.2 Databaser

Vi har benyttet oss av de tilgjengelige databasene innen helsefag via biblioteket ved Universitetet i Stavanger sin nettside. Vi endte opp med å finne artikler gjennom British Nursing Index, Cinahl og PubMed. Vi oppdaget etter flere søk på SveMed+ at det ikke var noen av de skandinaviske artiklene der som var relevante for oppgavens hensikt. Vi opplevde bedre resultater på søkene våre i databasene British Nursing Index, Cinahl og PubMed, derfor er flertallet av artikler hentet fra disse databasene.

3.2.3 Valg av søkeord

Tidligere erfaring viser at vi får bedre resultat av å søke på engelsk, i tillegg var resultatene av relevante artikler fra skandinavia minimale. Vi har benyttet oss av søkeordene; sepsis,

nurse, sykepleier, eldre, tidlig identifisering, sengepost, early detection, protocol, early identification, barriers, treatment, sepsis management, hospital, knowledge, identification og experience. Videre i søkingen brukte vi søkekommandoer for å kombinere de ulike søkeordene, se vedlegg 1 for kombinasjonene brukt under søkingen.

3.3 Analyse av artikler

Friberg (2017, s. 135) beskriver analysearbeidet som en bevegelse fra en helhet til ulike deler, og derfra til en ny helhet. I denne analysemodellen utgjør artiklene den første helheten og delene oppstår når vi bryter opp artikkelen for å finne relevante aspekter for vår hensikt. Den nye helheten skapes av sammensetning av disse avgjørende aspektene til vårt resultat i oppgaven.

For å analysere artiklene ble Fribergs femtrinns analysemodell brukt (2017, s. 135-137). Analysearbeidet startet med å lese grundig gjennom artiklene for å forstå innhold og finne sammenhenger, samtidig som vi hadde oppgavens hensikt klart foran oss. Videre hadde vi fokus på resultatene i artiklene der vi identifiserte nøkkelfunnene. For å få en oversikt over data som skulle analyseres, skrev vi en sammenstilling til hver artikkel, jamfør vedlegg 1. Påfølgende sammenlignet vi artiklenes resultater ved å se på fellestrekk og identifiserte likheter og ulikheter (Friberg, 2017, s. 135-137). Se tabell 4 for en oversikt av artiklene vi har analysert i forbindelse med oppgaven.

3.3.1 Tabell 4: Oversikt over analyserte artikler

Forfattere. (årstall). Tidsskrift	Artikkeltittel
Bleakley, G., & Cole, M. (2020). British Journal of Nursing	Recognition and management of sepsis: the nurse's role
Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V., & Chong, D. (2012). Journal of Emergency Nursing	Early Detection and Treatment of Severe Sepsis in the Emergency Department: Identifying Barriers to Implementation of a Protocol-based Approach
Harley, A., Johnston, A., Denny, K. J., Keijzers, G., Crilly, J., & Massey, D.	Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising

(2019). International Emergency Nursing	and responding to patients with sepsis: A qualitative study
Turner, B. S., Carrion, J., Silvestri-Elmore, A., & Burog, R. (2020). Medsurg Nursing	A quality improvement project to evaluate the implementation of a sepsis education program in a medical-surgical department
Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R., & Leino-Kilpi, H. (2017). Intensive & Critical Care Nursing	Seeing beyond monitors-critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study

4.0 RESULTATER

Fire av de fem analyserte studiene avslørte mangler hos sykepleierne når det gjaldt fagkunnskaper og ferdigheter (Bleakley & Cole, 2020,. Luna, Turner, Carrison, Silvestri-Elmore & Burog, 2020,. Burney, Underwood, McEvoy, Nelson, Dzierba, Kauari & Chong, 2012), den siste tar derimot for seg sykepleiers ferdigheter innen observasjon (Alastalo, Salminen, Lakanmaa, & Leino-Kilpi, 2017). Flere av artiklene trekker frem utfordringer sykepleieren står overfor i forhold til organisasjonen. Resultater som fremkommer i samtlige artikler, er viktigheten av tidlig identifisering og sykepleiers rolle i observasjoner, betydningen av gode kunnskaper og ferdigheter, samt erfaring. Resultatene påpeker også viktigheten av godt samarbeid for blant annet å sikre oppstart av tidlig behandling. Etter analyse av artiklene kom vi frem til fire hovedkategorier med tilhørende underkategorier som vi anså som sentrale for å best mulig besvare vår oppgave. En oversikt over hoved- og underkategorier vises i tabell 5.

Tabell 5

Hovedkategori	Underkategori
Faktorer som hindrer den enkelte sykepleier	Manglende kunnskap om sepsis og tilhørende screeningverktøy Dårlig samarbeid tverrfaglig og blant sykepleiere
Faktorer som fremmer og bidrar til tidlig identifisering	Observasjon, kunnskap og sansning Utvikling av kompetanse Godt samarbeid
Faktorer som hindrer tidlig identifisering på et organisatorisk nivå	Manglende ressurser
Organisatoriske tiltak	

4.1 Faktorer som hindrer sykepleieren i tidlig identifisering

Sykepleiere som deltok i studien til Harley et al. beskrev flere faktorer som påvirket evnen deres til å gjenkjenne og respondere til pasienter med sepsis (2019, s. 112). Disse faktorene

ble presentert som mangler i kunnskap om sepsis og tidlig behandling, bidrag og hjelp fra erfarent personale, deling av kunnskap og erfaringer, viktigheten av å kunne be om råd samt bidrag og innsats fra organisasjonen (Harley et al., 2019, s. 109-110).

4.1.1 Lite kjennskap til sepsis

Burney et al. (2012) avdekket en rekke mangler knyttet til sykepleiernes kunnskap om sepsis, som er tett knyttet til tidlig identifisering. Studien presenterte også at flere av sykepleierne ikke forstår sammenhengen mellom den biokjemiske markøren laktat og sepsis (Burney et al., 2012, s. 515).

Studien til Luna et al. (2020, s. 35) indikerer at sykepleierne ikke hadde god nok kunnskap til sepsis og for dårlig tid til å gjennomføre god dokumentasjon i forhold til sepsis. Det ble fastslått et behov for undervisning om tidlige tegn og symptomer på sepsis da resultatene i studien tilsier at sykepleierne ikke kjente igjen tidlige tegn på sepsis. Dette ledet til forsinkelser i håndteringen av pasienter med sepsis. Studien beskriver en nedgang i opprettholdelse av sepsis-screeningen etter implementeringen fra 9,36% til 6,24%. På samme tid var det en like ubetydelig nedgang i legevarslingen fra 9,36% til 6,24% (Luna et al., 2020, s. 36). Til tross for implementeringen av retningslinjer i forhold til håndtering av sepsis, ble ikke disse overholdt og det førte til sen identifisering og forsinkelser i akuttmottaket (Luna et al., 2020, s. 37).

4.1.2 Manglende kunnskap om screeningverktøy

Studiene av Harley et al. og Burney et al. viser at sykepleierne ikke har nok kunnskap om screeningverktøyene SIRS og qSOFA. Resultatene i studien til Harley et al. viser at kun en deltaker hadde kjennskap til screeningverktøyet SIRS, videre oppdaget de at ingen deltakere hadde kjennskap til kriteriene i qSOFA. En deltaker fortalte i et intervju at flere hadde grunnleggende kunnskap og tanker om hva sepsis er, men at det var få som visste hvordan en skulle se etter pasienter med sepsis (Harley et al., 2019, s. 110).

Som nevnt legger Burney et al. (2017, s. 515) frem resultater som viser manglende kjennskap til kriteriene i screeningverktøyet SIRS. Ifølge studien til Burney et al. hadde 85% av sykepleierne noe eller ingen kjennskap til SIRS-kriteriene, der 44,6% av sykepleierne ikke hadde noe kjennskap til SIRS-kriteriene (2012, s. 515). Samtidig hadde hele 68,5% tillit til

egen evne til å kjenne igjen septisk sjokk i triagering. Rapportering av avvik av vitale funksjoner ble også vurdert som mangelfull (Burney et al., 2012, s. 515).

4.1.3 Dårlig samarbeid tverrfaglig og blant sykepleiere

Burney et al. (2012, s. 514) presenterer sine oppfattede grunner til forsinket identifikasjon av sepsis fra både legens og sykepleierens perspektiv. Den mest fremtredende grunnen blant sykepleiere var sen diagnostisering av lege, mens legene som deltok i studien svarte at mangel på intensivsenger og forsinkelse blant sykepleierne var en stor barriere for tidlig identifisering av sepsis (Burney et al., 2012, s. 514). I studien så de en tendens blant deltakerne i å plassere ansvaret for forsinket identifisering og behandling over på andre profesjoner. Sykepleierne plasserte ansvaret for forsinkelsene over på legene og legene plasserte det over på sykepleierne (Burney et al., 2012, s. 516).

Tverrfaglig samarbeid ble også identifisert som et forbedringsområde gjennom studien utført av Luna et al. (2020, s. 36). Her gjaldt det forholdsvis varsling av lege ved mistanke og identifisering av sepsis hos en pasient. I etterkant av lokal undervisning til sykepleiere angående sepsis, ble ikke tiden fra identifisert sepsis til varsling av lege forbedret (Luna et al., 2020, s. 36).

Tverrfaglig samarbeid foregår mellom ulike profesjoner, men det er også nødvendig med samarbeid blant sykepleiere. Harley et al. (2019, s. 110) legger frem at sykepleierne som jobber på et akuttmottak jobber i team, og at dette systemet skal la mindre erfarne sykepleiere søke råd og hjelp hos sykepleiere med mer erfaring. Videre oppdaget Harley et. al (2019, s. 106) mangler i akuttsykepleierens evne til å identifisere og respondere til pasienter med sepsis til tross for hennes rolle i det tverrfaglige sepsis-teamet. Sykepleierne som er intervjuet, forteller derimot at det er flere faktorer som stopper dem i å søke hjelp hos kollegene sine og som dermed hindrer samarbeid mellom sykepleierne på avdelingen. Sykepleierne nevner at de ikke føler seg trygge nok blant personell til å initiere samarbeid med sine kolleger (Harley et al., 2019, s. 110).

4.2 Faktorer som fremmer og bidrar til tidlig identifisering

4.2.1 Observasjon

Pasientobservasjon og observasjonsferdigheter blir undersøkt i artikkelen til Alastalo et al. (2017). Artikkelen beskriver tre faser i pasientobservasjonen, som ble identifisert gjennom intervju av intensivsykepleiere. Observasjon starter med innhenting av informasjon fra pasienten eller pårørende, videre vurderes informasjonen slik at beslutninger kan tas. Innhenting av informasjon er grunnlaget i observasjonene sykepleierne utfører. Informasjonen kan innhentes gjennom fysiske vurderinger eller undersøkelser, sansing, bruk av tekniske apparater og laboratoriesvar (Alastalo et al., 2017, s. 82). Observasjonens faser blir samtidig beskrevet som en evne eller ferdighet sykepleieren har. Sykepleieren har en evne til å innhente informasjon, en evne til å prosessere informasjon og beslutningsferdigheter (Alastalo et al., 2017, s. 86). Gjennom de tre fasene av observasjonen identifiserer Alastalo et al. at sykepleierne bruker sine samarbeidsferdigheter i form av kommunikasjon med medarbeidere, pasient og pårørende, arbeid i team og tverrfaglig samarbeid (2017, s. 83).

4.2.2 Kunnskap og sansning

Artiklene Bleakley & Cole (2020) og Alastalo et al. (2017) nevner at det å kombinere grunnleggende kunnskaper om patofysiologi med egen sansning i møtet med pasienter kan utstyre sykepleieren med kompetansen som er nødvendig for å sikre rask handling og redde liv. Bleakley & Cole (2020) beskriver hvilke pasienter som er i risikogruppen for å utvikle sepsis. Et nøkkelfunn i nevnte artikkel er å “tenke sepsis”, der sykepleieren kombinerer kunnskapen hun har om pasienter i risiko, kartleggingsverktøy og faglig skjønn (Bleakley & Cole, 2020, s. 1251). Alastalo et al. identifiserer at intensivsykepleierne bruker kunnskaper de har om menneskets fysiologi og patofysiologi samtidig som de blant annet bruker sansning (2017, s. 82). Kombinasjonen av kunnskap og sansning blir brukt av intensivsykepleierne når de samler informasjon og observerer pasienten. Det er også i den sammenheng Bleakley & Cole oppfordrer sykepleiere til å bruke denne kombinasjonen, nettopp fordi utvikling av sepsis hos pasientene skal oppdages tidlig (2020, s. 1250).

4.2.3 Utvikling av kompetanse

Utvikling av kompetanse anses å være et viktig tema innen sykepleie globalt (Alastalo et al., 2017, s. 81). Ved en grundig forståelse av menneskets fysiologi tillegg til patofysiologien ved sepsis, kan sykepleieren lettere oppdage endringer i pasientens tilstand. Dette innebærer å gjenkjenne de parameterne som er nødvendige å observere hos den kritisk syke pasienten (Alastalo et al., 2017, s. 82).

4.2.4 Godt samarbeid

Gjennom intervjuene i studien av Alastalo et al. (2017, s. 85) identifiseres samarbeidsevne som en nødvendig ferdighet gjennom pasientobservasjon. Under samarbeidsferdigheter inngår kommunikasjonsferdigheter, evne til å arbeide i team og evne til å utføre tverrfaglig samarbeid. Kommunikasjonsferdigheter forklares av Alastalo et al. som blant annet det å informere og søke råd hos kolleger. Det beskrives videre at det å kunne dele egne observasjoner og oppfatninger av pasienten, med sykepleiere og andre profesjoner, er en del av evnen til å arbeide i team og utføre tverrfaglig samarbeid (2017, s. 85).

4.3 Faktorer som hindrer tidlig identifisering på organisatorisk nivå

4.3.1 Manglende ressurser og lav bemanning

Når sykepleierne i Burney et al. (2012, s. 514) blir spurt om barrierer for tidlig oppstart av sepsisregime, svarer 64,9% at hovedbarrieren er mangel på plass i akuttmottak. Samtidig svarte 40,4% at det var mangel på overvåkningsutstyr for pasienter, eksempelvis oksygenmåler. Stor pågang av pasienter og lav sykepleiebemanning oppgis å være to andre store barrierer. Sykepleierne hadde ansvar for mange pasienter samtidig, der flere av pasientene hadde komplekse sykdomsbilder og var kritisk syke. Konsekvenser av lav sykepleiebemanning var blant annet forsinket overflytting til intensivavdeling og lite tid til den tunge arbeidsmengden til disse pasientene (Burney et al., 2012, s. 514).

Lav bemanning ble også formidlet som et problem i studien til Luna et al. (2020, s. 36).

Avdelingen til sykepleierne som deltok i studien manglet personell på flere skift, som førte til økt arbeidsmengde på de som var på jobb (Luna et al., 2020, s. 36).

Deltakere i Harley et al. (2019, s. 109) sin studie fremhever at organisatoriske grunner ofte var relatert til prosesser og modeller for omsorg, og at tilgjengeligheten av ressurser påvirket evnen til å gjenkjenne og iverksette tiltak til pasienter med sepsis.

The majority of our shift is all about the flow ... From, a nursing point of view, and it sounds really horrible to say from my mouth, but I think that the patient comes second as the flow of the department comes first, which is against everything you've trained for. It's so fast changing. You don't have the time and with flow your patients have been ripped out from under you and you're getting new ones in. I just don't think that you've got time to fully assess them and work them up until the next one arrives (Harley et al., 2019, s. 109).

En deltaker i studien til Harley et al. (2019, s. 109) forteller om sin hverdag i akuttmottaket. Det blir fremlagt en form for autopilot hos sykepleierne som begynner når det er svært travelt. Sykepleieren blir oppgaveorientert i stedet for å vurdere observasjonene de gjør ved å systematisk gå gjennom ulike gjøremål med den aktuelle pasienten. "They focus more on putting the dots on the lines on a piece of paper rather than what the dots on the paper actually mean" (Harley et al., 2019, s. 109).

Bleakley & Cole (2020, s. 1248) fastslår at pasientens utfall og prognose videre henger sammen med hvor tidlig sepsistilstanden blir oppdaget, samt at det er avgjørende å identifisere og handle før betydelig organsvikt oppstår. Artikkelen trekker frem utfordringer knyttet til tilfredsstillende håndtering av sepsis. Det kan være utfordrende å identifisere og håndtere sepsis i en travel hverdag, og det er ikke nødvendigvis lett å skille sepsis fra en alvorlig infeksjon (Bleakley & Cole, 2020, s. 1248).

4.4 Organisatoriske tiltak

Små laminerte informasjonskort om sepsis ble delt ut til sykepleierne, og plakater med screeningverktøy ble hengt opp på arbeidsstasjoner der sykepleieren fullførte dokumentasjonen. Dette ble gjort som en konsekvent påminnelse på å utføre skikkelig sepsisscreening og tidlig identifisering for sykepleierne (Luna et al., 2020, s. 37).

Studien til Bleakley & Cole avslutter med å trekke frem at "... the integration of early warning scores is a proven template that can 'track and trigger' clinical deterioration and ensure patient safety and timely intervention" (Bleakley & Cole, 2020, s. 1251).

Harley et al. (2019) nevner at tidligere studier har gitt undervisning til sykepleiere om det aktuelle tema med behov for forbedring. Sykepleierne som har blitt intervjuet av Harley et al. opplever undervisning som ikke tilfredsstillende eller effektivt. De understreker at undervisningen som blir tilbudt må være tilrettelagt den travle hverdagen som i dette tilfellet er på et akuttmottak (Harley et al., 2019, s. 111).

Ledelsen ved sykehuset der studien til Luna et al. (2020, s. 37) foregikk, prøvde å finne rom i budsjettet for å ansette en sepsis koordinator. Resultatet i studien støttet behovet for en sykepleier med et overordnet ansvar for pasienter med sepsis og gi øyeblikkelig tilbakemelding ved endringer i pasientens tilstand (Luna et al. 2020, s. 36).

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel vil vi diskutere integrativ litteraturstudie som metode for å belyse vår hensikt med oppgaven. Her vil vi trekke inn kildekritikk og diskutere artiklenes gyldighet og relevans. Avslutningsvis kommer resultatdiskusjonen, der knyttes resultatene opp mot teori for å svare på hvordan sykepleieren tidlig kan identifisere sepsis ved bruk av observasjoner. Her vil også våre egne refleksjoner være inkludert.

5.1 Metodediskusjon

Ved å bruke integrativ litteraturstudie har vi fått mulighet til å trekke egne konklusjoner fra kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom artiklene. Vi har gjennom arbeidet hatt med oss grunnlaget for integrativ litteraturstudie, som er: datareduksjon, skape oversikt, trekke frem likheter og trekke konklusjoner. Vi mener vi har valgt relevante artikler for oppgavens hensikt og vi har gjennom bruk av integrativ litteraturstudie oppdaget at resultatene i de valgte artiklene henger sammen. Analysen av artiklene var tidkrevende, manglende erfaring om analyse og datainnsamling kan være grunnen til det. Vi opplevde derimot at søkeprosessen bød på mindre utfordringer til tross for noen endringer i oppgavens hensikt.

Alle artiklene vi endte opp med å bruke var fagfellevurdert, vi diskuterte likevel rundt artiklenes reliabilitet og validitet. Vi så da nærmere på artiklenes oppbygning, utformingen av spørsmål og spørreundersøkelser som ble brukt, videre undersøkte vi også forfatterens bakgrunn. Forfatterne var hovedsakelig sykepleiere, leger og professorer. Vi vurderte artiklene som tilfredsstillende for vårt formål. I utgangspunktet ønsket vi kun å fokusere på kvalitative studier, men vi bestemte oss til slutt for å kombinere kvalitative studier med kvantitativ forskning. Ved bruk av denne metoden fikk vi både bredde- og dybdeforståelse over temaet. I tillegg fikk vi dannet oss en helhetlig forståelse av sykepleieres erfaringer og opplevelser med pasienter med sepsis. Vi mener at kombinasjonen av disse metodene gjorde at vi fikk et godt grunnlag til å svare på oppgavens hensikt og at vi lærte mye underveis.

Forskningsartiklene vi valgte er publisert mellom årstallene 2012-2020. Studien til Bleakley & Cole (2020) og Harley et al. (2018) tar for seg nyere screeningverktøy, i motsetning til studien til Burney et al. (2012) som belyser det noe eldre screeningverktøyet SIRS. Vi valgte å inkludere den eldre studien fra 2012, da vi har erfart at SIRS fremdeles er i bruk i norske

sykehus. Valg av eldre og nyere studier som belyser de ulike kartleggingsverktøyene, ble gjort på bakgrunn av at oppgaven skulle være relevant til vår praksis.

Vi har valgt å skrive ut fra et sykepleieperspektiv for å få en dypere forståelse av utfordringene sykepleier har i møte med den sepsiske pasienten. I etterkant har vi diskutert om det ville vært en ide å inkludere en artikkel med pasientperspektiv i tillegg, for å inkludere pasientens opplevelse av å være kritisk syk og hvordan han ble ivaretatt. Vi opplevde gjennom søkeprosessen at det var lite utvalg av artikler med fokus på pasientopplevelser i forbindelse med tidlig identifisering. Pasientene vi ville inkludere var voksne mennesker, men vi har godtatt at studiene omhandler noen pasienter som er eldre for å kunne trekke frem viktigheten av observasjoner i forhold til alder og innvirkning av andre sykdommer.

De valgte artiklene er fra USA, Australia, England og Finland. Dette er land som er representative for helsevesenet i Norge, da de deler de samme vestlige verdiene. I tillegg til likhetstrekk i helsevesenet, har de utdannede helsepersonell og godt etablerte helsetjenester. Vi mener at det er gjort et hensiktsmessig utvalg av artikler med tanke på relevans til oppgaven. Artiklene vi har brukt var engelskspråklige, og vi måtte dermed oversette til norsk selv. Det har gått mye tid til å lese og oversette artiklene. Vi mener å ha tolket forskningsartiklene på best mulig måte, ut ifra vårt kompetansenivå og våre kunnskaper. En mulig konsekvens av å oversette kan være at vi har feiltolket og dermed gått glipp av sentrale resultater.

Vi ønsket i starten av prosessen å finne forskningsartikler som tok for seg sykepleierens møte med pasienter med sepsis på kirurgiske og medisinske sengeposter. Under søkingen fant vi artikler der arenaen for forskningsartiklene var akuttmottak, intensivavdeling og medisinsk-kirurgisk sengepost. Vi bestemte oss så for å fokusere på sykepleierens møte med sepsis hos pasienter innlagt på sykehus, uavhengig av avdeling.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende delkapittel skal vi drøfte hvordan vi som sykepleiere tidlig kan identifisere pasienten med sepsis ved hjelp av observasjon. Vi vil diskutere våre hovedfunn i

sammenheng med teori og egne refleksjoner, videre vil vi også begrunne hvilke faktorer vi mener har innvirkning på sykepleierens evne til å observere pasienten.

5.2.1 Sykepleieobservasjon

Det er flere begrep knyttet til sykepleieobservasjon. Kari Martinsen bruker begrepet sansing. Ved å være sansende og oppmerksomt til stede vil sykepleieren være mottakelig for pasientens ytringer om å bli møtt og tatt vare på (Elstad, 2014, s. 26). Bleakley & Cole oppfordrer sykepleieren til å kombinere evnen til å sanse og kunnskap om patofysiologi for å kunne optimalisere observasjonsevnen sin (2020, s. 1250). Teoretisk kunnskap, sansing og klinisk erfaring kan beskrives som observasjonens byggesteiner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24). Tidligere har vi vist til funnene fra studien til Alastalo et al., der de trakk frem at sykepleierne i studien brukte en kombinasjon av teoretisk kunnskap og sansning i møtet med pasienten (2017, s. 82). Vi tenker det er viktig for sykepleieren å kunne observere og utvikle denne evnen. Det er spesielt viktig på grunn av at observasjonene vi foretar oss danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningene og handlingene vi utfører i arbeidet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24).

Som profesjonelle må vi lytte til situasjonen, egne og andres erfaringer, aktualisere det vi sanser og fornemmer, og det vi har av kunnskap og forståelse. Først da vil profesjonelle ha forutsetning for å handle klokt og med innsikt; vi kan si at først da blir det en innsiktsfull forståelse. Profesjonelle trenger å forene det sanselige og det forstående i vennlig vekselvirkning (Alvsvåg, 2013, s. 185).

Vi støtter oss til denne teorien ved at vi er enige i at fagkunnskaper, sansing og erfaring er nødvendige for å forstå og skjønne hvordan vi skal handle godt og riktig i profesjonelle sammenhenger.

Patricia Benner har undersøkt forskjellene på praktisk og teoretisk viten, og i boken "Fra novice til ekspert" (1995) konkretiserer hun ulike ferdigheter som kan forventes av sykepleiere på de fem forskjellige nivåene. Benner baserer sine fem ferdighetsnivåer på Dreyfusmodellen, der hun beskriver hvordan den nyutdannede sykepleieren gradvis utvikler sitt erfaringsnivå etter år i praksisfeltet. Sykepleieren går fra å være nyutdannet med teoretisk kunnskap, til å oppnå et stadig høyere kompetansenivå gjennom praksiserfaringer og til slutt bli ekspert. Benner viser til at skjønnnet er noe som utvikles etter flere år i praksis, og at de dyktigste sykepleierne, ekspertene, er de som er flinkest til å anvende det (1995, s. 29-49).

Som sykepleiere under utdanning har vi vært gjennom flere praksisperioder der vi har vært noviser i følge Dreyfusmodellen til Benner. Vi har erfart usikkerhet knyttet til oppstart på ny avdeling, men også mestring utover praksisperioden når vi begynte å bli trygge på oss selv med veileder i ryggen. Under utdanningen har vi erfart nytten av å knytte teori opp mot praksis og på samme tid utvikle en underbevisst intuisjon og et faglig skjønn.

Faglig skjønn forenes av det sansende og det forstående. I en sykepleiesammenheng vil det gjerne si å være åpen og medlidende for pasientens smerter og lidelse på samme tid som sykepleieren vurderer tilstanden faglig (Alsvåg, 2013, s. 190). Vi anser faglig skjønn som en viktig del av sykepleiers funksjon da vi mener det er det som skaper kloke vurderinger og tilhørende handlinger i møte med pasienten. For å bruke sitt faglige skjønn må sykepleieren ha rom og tid i møtet med den lidende pasienten. Som sykepleier kan man stille seg selv undrende spørsmål der vi spør oss selv om hva det egentlig er vi ser. Ser vi en pasient i behov for trøst? Er han redd? Hva betyr avvikende observasjoner når pasienten selv sier han har det fint? Vi erfarer at vi ubevisst stiller lignende spørsmål til oss selv i møte med pasienten. På denne måten undrer vi oss over pasientens personlige uttrykk, symptomer utad og tilstand.

I sykepleie til akutt kritisk syke snakker man også om basisobservasjoner. I tillegg til puls og blodtrykk, vil også oksygenmetning, temperatur, respirasjon, diurese og hjerterytme være parameter som sykepleieren observerer som en del av den fortløpende kliniske vurderingen. Disse basisobservasjonene gir indikasjoner på skjulte prosesser i pasientens kropp (Elstad, 2014, s. 26). Fagkunnskap i fysiologi og patologi sammen med erfaring gir sykepleieren en bakgrunn for å fange opp det som skiller seg ut, det personlige eller uventede. I studien av Harley et al. (2019) beskriver en deltaker at hun tror flere sykepleiere har grunnleggende kunnskap om sepsis, men at ingen helt vet hvordan de skal se etter en "septisk pasient" (s. 110). Som sykepleier er det ikke nok å vite hva man skal se etter, men hun må kunne oppfatte det uventede og ukjente, det som man ikke har tenkt på. Det kliniske blikket må noen ganger være et undrende blikk og observasjonen åpen. "En sykepleier som alltid er sikker, vil jo være farlig" (Elstad, 2014, s. 27).

5.2.2 Hinder i oppdagelse av sepsis

Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven oppdaget en rekke hindringer sykepleieren kan bli påvirket av i arbeidet med å observere og identifisere pasienten i risiko for utvikling av

sepsis. Vi vil videre ta for oss disse hindrene: lav bemanning, manglende teoretisk kunnskap, stort fokus på screeningverktøy og sykepleierens egne holdninger.

5.2.2.1 Lav bemanning

Studiene til Harley et al. (2019), Bleakley & Cole (2020) og Luna et al. (2020) peker på sentrale utfordringer med sykepleiebemanning, som fører til utfordringer for utføring av sepsisregime. Vi mener at økt arbeidsmengde vil utløse en rekke samtidighetskonflikter, der det ikke er ledig kapasitet til å løse pasientens akutte problem umiddelbart. Hvis en pasient kommer inn til et travelt akuttmottak med lav bemanning og høy pågang av andre pasienter, og fremstår med symptomer og tegn på sepsis, kan det hevdes at pasientens symptomer ikke blir identifisert (Harley et al., 2019, s. 109). Det vil igjen føre til forsinket oppstart av behandling og forverring av pasientens prognose. Som tidligere nevnt i teorikapittelet har vi som sykepleiere et etisk, juridisk og faglig ansvar for å yte faglig forsvarlig helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 1.3). Vi vil påstå at lav sykepleiebemanning sannsynligvis, sammen med stor pågang av pasienter, vil gå ut over den forsvarlige helsehjelpen til hver enkelt pasient ved at sepsisstilstanden ikke blir oppdaget og behandlingen forsinket. I tillegg kan det tenkes at tidspress fører til at sykepleierne nedprioriterer å holde seg faglig oppdatert. I studien til Burney et al. (2012) blir lav bemanning knyttet opp mot forsinkelser i overflytting av pasienter til intensivavdeling. Dersom pasienten blir liggende lenge i akuttmottaket, kan behandlingen forsinkes ytterligere. Dette vil i våre øyne gå ut over pasientsikkerheten, samt medføre unødvendig belastning og lidelse for pasienten.

5.2.2.2 Manglende kunnskap

Fire av artiklene vi har analysert omhandlet sykepleierens manglende kunnskap rundt sepsis, tidlige symptomer og patofysiologi, artiklene som fokuserer på dette er Bleakley & Cole (2020), Burney et al. (2012), Harley et al. (2019), Luna et al. (2020). Vi ser på kunnskap rundt sykdom og sykdommers prosesser som essensielt for sykepleierens rolle i observasjon og tidlig identifisering av både sepsis og andre sykdommer. Som tidligere nevnt i teorikapittelet må sykepleieren ha en sterk fagspesifikk kunnskapsbase fra teori og forskning samt erfarings- og personlig kunnskap for å foreta pålitelige vurderinger (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24).

I teorikapitlet har vi lagt frem en grundig beskrivelse av kunnskapen som er nødvendig for å identifisere sepsis på et tidlig stadium (Kvale & Brubakk, 2016, Rygh et al., 2016). Vi

opplever det som alarmerende at en stor andel av sykepleierne i Burney et al.'s studie verken hadde kunnskap til SIRS-kriteriene eller forsto sammenhengen mellom laktat og sepsis (2016, s. 515). Samtidig tolker vi resultatene fra studien til at sykepleierne ikke har innsikt i egen manglende kunnskap, når resultatene viser til et flertall som hevder at de kan gjenkjenne septisk sjokk til tross for manglende kunnskap til SIRS-kriteriene.

Det kan være mye usikkerhet knyttet opp mot å begynne som nyutdannet sykepleier i pleien selv om sykepleieren sitter på mye oppdatert kunnskap. Vi tenker at det ofte kan være vanskelig for en ny og uerfaren å presisere hva hun er usikker på, som igjen kan gjøre det vanskelig å oppsøke den kunnskapen som mangler. Vi anser det som naturlig å være usikker som nyutdannet, men for å møte kravet om faglig forsvarlighet tenker vi det er viktig at sykepleieren blant annet søker ny kunnskap blant kolleger. Det vil være nyttig å kunne diskutere og be om råd fra kolleger og erfarne kliniske eksperter for å forbedre sin egen praksis og dekke informasjonsbehovet i situasjoner der en er usikker eller trenger bekreftelse på at ens egne valg og vurderinger er fornuftige (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 25). Annet personell kan også hjelpe sykepleieren i å identifisere hvilken kunnskap som bør oppsøkes.

5.2.2.3 Stort fokus på screeningverktøy

Vi tror det store fokuset på screeningverktøy som nyutdannet sykepleier, kan gjøre sykepleieren for opphengt i parameterne i modellen til å glemme pasienten og det faglige skjønnet. Gjennom utdanningen lærer sykepleieren om screeningverktøy som kan brukes sammen med intuisjon. Men hva skjer når sykepleieren finner seg selv i en tidspresset situasjon, der hun vet at det finnes screeningverktøy som kan hjelpe henne? Den letteste vil gjerne være å gå systematisk gjennom screeningverktøyene, og kun det. Harley et al. (2019) trekker frem et av deltakernes utsagn "some of the junior staff are just fixated on vital signs and early warning tools ... and not looking at the actual picture of the patient itself" (s. 110). Videre trekker Harley et al. (2019) sin studie frem noen eksempler på hvordan sykepleieren er for travel til å bry seg om pasienten, kun fokusere på screeningverktøyene og huke av for utførte oppgaver på sjekklisten for å kunne sende pasienten videre til neste avdeling. Det kan se ut som at disse faktorene vil forhindre den holistiske tenkemåten i pleien for pasienten samt redusere den kliniske tenkningen og på samme tid omdirigere ressursbruken fra tidlig identifisering (Harley et al., 2019, s. 109).

5.2.3 Pasienten

Artiklene vi har tatt for oss viste seg å ha lite fokus på pasientens perspektiv dette medførte til et smalt bilde av pasientens subjektive opplevelse av å være kritisk syk. Vi savnet denne vinkelen og har derfor tatt med en artikkel i drøftingen som belyser pasientens perspektiv bedre. Den aktuelle artikkelen omhandler pleielidelse, pasientene forteller om hvordan de får behandling for sin sykdom, men ikke opplever å bli møtt med omsorg eller forståelse. Pasientene uttrykker også at deres lidelse blir nektet eller oversett av pleiepersonalet (Kasén, Nordman, Lindholm, Eriksson, 2008, s.4). Som presentert i teorikapittelet under emnet pleielidelse er det ikke nødvendigvis manglende vilje eller evne til å utøve omsorg hos pleiepersonalet som er årsak til opplevd pleielidelse hos pasienten. Det kan ved noen tilfeller skyldes rammer på arbeidsstedet som i for liten grad gjør det mulig å gi den pleien som pasienten har behov for (Kristoffersen & Breievne, 2017, s. 200). I studien til Harley et al. ble det presentert en rekke organisatoriske faktorer som påvirket sykepleiernes evne til å respondere til pasienter med sepsis (2019, s. 112). Dersom lav bemanning, travelt akuttmottak, dårlig eller feil bruk av screeningverktøy går ut over pasientens behov for behandling, vil pasienten være i fare for pleielidelse da pleien uteblir. Det faktum at sykepleiere kan utføre arbeidet sitt på en slik måte at pasienten til slutt opplever pleielidelse ser vi på som alvorlig. Vi tenker at vi som sykepleiere bør reflektere over hvordan man snakker med og om pasienten, og kunne stille seg selv kritiske spørsmål angående hvordan vår oppførsel oppleves av pasienten.

Kari Martinsen hevder at sykepleieren må skille mellom private og personlige følelser i møtet med pasienten, om hun har private følelser i profesjonell sammenheng vil interessen og oppmerksomheten være rettet mot sykepleieren i stedet for pasienten. Dette blir omtalt som personorientert profesjonalitet. Hun knytter også det å være privat og personlig til sykepleierens bruk av fagkunnskaper, kunnskapene som anvendes uten følelser rettet mot pasienten og fører til at pasienten blir en gjenstand. Ved objektivisering av pasienten, vil pasienten bli fratatt sin selvforståelse og oppleve krenkelse av sin integritet og menneskeverd (Austgard, 2010, s. 20). Som nevnt tidligere i diskusjonskapittelet forteller en sykepleier i Harley et al. at nyutdannede sykepleiere ofte var fiksert på vitale målinger og screeningverktøy i stedet for å se pasienten som en helhet (2019, s.110). Dette mener vi kan bidra til at pasienten blir oversett som en i mengden, i stedet for et enkelt individ med egne verdier og behov. Det store fokuset på screeningverktøy og målinger kan føre til at andre

behov ikke blir ivaretatt. Martinsen skiller mellom to ulike blikk i sykepleien. Tidligere i oppgaven har vi nevnt den kliniske sansingen. For Martinsen er dette det registrerende, sykdomsklassifiserende blikket. Det andre blikket beskriver hun som "hjertets øye", et blikk som akter livet og ikke reduserer pasienten til sykdommen hans, men hjelper han å bli den han er. I motsetning til hjertes øye, vil det registrerende blikket tilta seg makt over pasientens kropp og han blir lett objektivisert eller avhumanisert (Elstad, 2014, s. 29).

Noe av det som særpreger oss som mennesker, er at vi har særegne livshistorier som bærer preg av et levd liv med erfaringer på godt og vondt. Det må tas hensyn til at bak alle funksjonstap og diagnoser befinner det seg en person som er et helt menneske, med lengsler, drømmer og håp (Kristoffersen et al., 2017, s. 22-23). Katie Eriksson beretter om hvordan det å ikke ta pasientens uttrykk og fortellinger på alvor er en indirekte maktutøvelse som kan påføre pasienten pleielidelse. Denne maktutøvelsen kan finne sted ved at sykepleieren ikke lytter til pasienten, feier over pasientens bekymringer eller er overlegen overfor pasientens fortellinger (Eriksson, 1995, s. 73). Gjennom praksis har vi opplevd at pasientens stemme lettere blir hørt ved bruk av livshistorier. Pasientene har glede av å fortelle om seg selv, i tillegg til at det øker bevisstheten for oss som sykepleiere og gir bedre forståelse av pasientens verdier, holdninger og atferd. For at pasientens stemme skal bli hørt anser vi det som viktig at vi har tid og rom til å gi pasienten oppmerksomhet og lytte til dem. Her vil vi støtte oss til Eide & Eide som skriver at evnen til å lytte aktivt kanskje er den største og mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell, personorientert og helsefremmende kommunikasjon (2017, s. 118). For å kunne praktisere aktiv lytting ser vi på tid og rom som essensielt, men om for eksempel bemanningen på arbeidsstedet er lav vil arbeidsmengden øke og tiden sykepleieren kan avse til hver pasient vil bli mindre. Dette fenomenet identifiserer sykepleierne i studien ved Luna et al. (2020, s. 36).

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Gjennom litteraturstudien vi har foretatt oss sitter vi igjen med et inntrykk av at det er rom for forbedring innen emnet. I dette kapittelet vil vi presentere forslag som vi mener kan optimalisere praksis slik at sykepleier kan identifisere sepsis på et tidlig tidspunkt, samt ivareta pasienter på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. Sykepleieren har en viktig funksjon i observasjon, identifisering og behandling av sepsis, det er viktig at hun holder seg faglig oppdatert på kunnskaper og ferdigheter, og jobber mot et godt tverrfaglig samarbeid. Organisasjonen har en sentral rolle for utvikling av faglig forsvarlighet og kompetanse på de ulike avdelingene. Forslagene som er presentert under har til hensikt å øke sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter, øke det tverrfaglige samarbeidet og legge til rette for at sykepleieren ikke skal havne i samtidighetskonflikter.

- Det anbefales at virksomheten tilstreber optimal sykepleiebemanning på alle vakter, samt nok tilgjengelig utstyr til bruk i kartlegging. Dette kan medvirke til at sykepleieren har nok kapasitet til å grundig undersøke og vurdere pasienten slik at helsehjelpen blir faglig forsvarlig.
- Regelmessige kurs på avdelingen kan være et hensiktsmessig tiltak. Disse kursene kan omhandle tema som tverrfaglig samarbeid, sepsis regimer og fysiologi, riktig bruk av screeningverktøy, pasientsikkerhet eller trening på praktiske ferdigheter. Eksempelvis innleggelse av perifert venekateter, hjerte- og lungeredning eller respiratorbehandling.
- Avdelingene kan ha nytte av å danne veiledningsgrupper, i slike grupper kan det åpnes opp for refleksjoner rundt egne og kollektive erfaringer. Hensikten med slike grupper er å skape et miljø for å lære av hverandre, heve kompetansenivået og styrke det tverrfaglig samarbeidet på avdelingen.
- Vi foreslår at flere avdelinger på sykehus med hyppig forekomst av sepsis innfører fagutviklingsdager for personalet. Formålet med slike dager er at personalet skal få tid til å oppdatere seg på nye rutiner og prosedyrer, ny forskning innen fagområdet og undervisningsvideoer laget på forhånd.
- Vurdere muligheten for ansettelse av en sepsiskoordinator med et overordnet ansvar for pasienter med forhøyet risiko for sepsis. Dette kan være hensiktsmessig på avdelinger med stor gjennomgang av pasienter, som for eksempel akuttmottak.
- Et annet forslag kan være å implementere observasjonsferdigheter inn i sykepleierutdanningen. Hensikten med dette vil være å innrette sykepleierstudenter

Kandidatnummer: 6186 og 6296

med en forståelse og kunnskap til å utvikle observasjonsferdigheter de vil få bruk for i møtet med den kritisk syke pasienten.

LITTERATUR

- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R-L. & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors - Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 42, 80-87.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Alvsvåg, H. (2013). Innsiktsbasert profesjonell praksis bør erstatte kunnskapsbasert praksis. Førland, O. (red.). *Nødvendige omveier: en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s. 185-198). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert*. (1. utg.). TANO Forlag.
- Bleakley, G. & Cole, M. (2020). Recognition and management of sepsis: the nurse's role. *British Journal of Nursing*, 27(9), 1248-1251. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1248>
- Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V., & Chong, D. (2012). Early detection and Treatment of Severe Sepsis in the Emergency Department: Identifying Barriers to Implementation of a Protocol-based Approach. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 512-517. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.011>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide & Eide. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenking*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. TANO Forlag
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB
- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G (2005). Pasientens psykososiale behov. (1. utg.). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe AS
- Harley, A., Johnston, A. N. B., Denny, K. J., Keijzers, G., Grilly, 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* 43, 106-112.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.005>

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus*.

Hentet 7. april. 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/sepsis/om-sepsis-sirs-kriterier-diagnostiske-kriterier-ved-organsvikt-praktiske-tiltak-antibiotikabehandling-forslag>

Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., Eriksson, K. (2008). "Då patienten lider av vården" - vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. 28(2), 4-8.

<http://dx.doi.org/10.1177/010740830802800202>

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten.

Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. (3. utg., bind 1, s. 193-265). Oslo:

Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2017). Lidelse, mening og håp. Grimsbø, G. H. (red.).

Grunnleggende sykepleie (3.utg., bind 3, s. 187-235). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G., H. (2017). Hva er sykepleie.

Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. (3. utg., bind 1, s. 15-27). Oslo: Gyldendal

Akademisk

Kvale, D. & Brubakk, O. (2016). Infeksjoner. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og*

behandling (utg. 2, s. 68-90). Oslo: Gyldendal Akademisk

Luna, N., Turner, B. S., Carrison, J., Silvestri-Elmore, A. & Burog, R. (2020). A Quality

Improvement Project to Evaluate the Implementation of a Sepsis Education Program in a

Medical-Surgical Department. *Medsurg Nursing*, 29(1), 34-37.

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=141657273&scope=site>

Lund, J. (2018). *Identifisere*. Hentet 6. april 2021 fra <https://snl.no/identifisere>

Myrvang, B. (2018). *Sepsis*. Hentet 7. april 2021 fra <https://sml.snl.no/sepsis>

Nakstad, E. R. (2019). Alvorlig infeksjoner og sepsis. Haugen, J. E. (red.), *Akuttmedisin - utenfor sykehus* (4 utg., s. 163-171). Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk Helseinformatikk. (2018). *Sepsis (blodforgiftning)*. Hentet 6. april 2021 fra <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/bakteriesykdommer/blodforgiftning-sepsis/>

Norsk Sykepleierforbund, (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 8. april. 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G., Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.). *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 1, s.17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk

Odland, L. H. (2017). Menneskesyn. Brinchmann, B. S. (red). *Etikk i sykepleien* (4. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2017). *Tiltakspakke for tidlig oppdagelse og behandling av sepsis*. Hentet 6. april 2021 fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-og-behandling-av-sepsis/_attachment/inline/e65ba292-1b09-4fa7-9e23-90bbaf431a47:a94461d3724f6bd9a697465ec116e93e4f3e82c2/sengepost-tiltakspakke-for-tidlig-oppdagelse-og-behandling-av-sepsis-revidert-april-2019.pdf

Persvold, A. Z. (2020). *Konklusjon*. Hentet 30. mars 2021 fra <https://snl.no/konklusjon>

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., bind 1, s. 69- 115). Oslo: Gyldendal Akademisk

Skaug, E-A. (2017). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie*. (3. utg., bind 1, s. 337-376). Oslo: Gyldendal Akademisk

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. (LOV-1999-07-02-61). Hentet 8. april. 2021 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

VEDLEGG 1

Database	Søkeord	Kombinasjo ner	Antall treff	Lest sammendrag	Brukte artikler
SveMed+	- Eldre - Sepsis	AND	56	3	0
SveMed+	- Sepsis - Tidlig identifisering - Sengepost	AND	0	0	0
SveMed+	- Sepsis - Nurse	AND	2	0	0
PubMed	- Early detection - Sepsis - Protocol	AND	116	4	1
PubMed	- Sepsis - Early identification - Nurse	AND	47	2	0
Cinahl	- Sepsis or septic or severe sepsis or septic shock - barriers or obstacles or challenges - treatment or intervention or therapy - nurse or nurses or nursing	OR, AND	539	3	0
Cinahl	- Sepsis management - Nurse	AND	28	2	1

Cinahl	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis or septic or severe sepsis or septic shock - Early identification - Nurse 	OR, AND	12	2	0
British Nursing Index	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis - Hospital - Knowledge - Treatment 	AND	1448	5	0
British Nursing Index	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis - Nurse - Identification 	AND	655	2	0
British Nursing Index	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis - Knowledge - Nurse 	AND	1140	4	1
British Nursing Index	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis - Experience - Nurse 	AND	1410	3	1

VEDLEGG 2

Artikkel 1	
Tittel	Recognition and management of sepsis: the nurse's role
Tidsskrift/år stall	British Journal of Nursing (2020)
Forfattere	Bleakley, G., & Cole, M.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Utførelse av sykepleie til en pasient med mistenkt sepsis er en utfordrende sykepleieroppgave. Tidlig identifisering og tilfredsstillende håndtering av pasienten med sepsis redder liv.
Hensikt	Understreke hvordan kunnskap om patofysiologien ved sepsis kan være et verktøy for å forbedre sykepleierens mulighet til å sikre tidlig identifisering og riktig håndtering av pasienter med sepsis.
Metode	Litteraturstudie
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Tidlig og tilfredsstillende håndtering av sepsis kan redde liv - Sykepleieren bør kombinere screeningverktøy og faglig skjønn i møte med pasienter i risiko for å utvikle sepsis - NEWS (National Early Warning Score) er det mest presise verktøyet for å oppdage mortalitet på sykehus - Behandlingen som går under navnet “The Sepsis Six” må gis innen en time etter oppdaget sepsis hos pasienten

Artikkel 2	
Tittel	Early Detection and Treatment of Severe Sepsis in the Emergency Department: Identifying Barriers to Implementation of a Protocol-based Approach
Tidsskrift/år stall	Journal of Emergency Nursing (2012)
Forfattere	Burney, M., Underwood, J., McEvoy, S., Nelson, G., Dzierba, A., Kauari, V., & Chong, D.
Perspektiv	Sykepleier og legeperspektiv
Problem	Til tross for gode bevis om at tidlig målrettet behandling av sepsis og septisk sjokk har god effekt, blir ikke implementeringen av sepsisregime god nok i praksis.
Hensikt	Kartlegge barrierer for identifisering og behandling av sepsis
Metode	Kvantitativ tilnærming. Innsamlet data fra spørreundersøkelse med 57 sykepleiere og 44 leger. Tverrsnittstudie.
Resultater	<p>Resultatene i studien viser til ulike barrierer for identifisering og behandling av sepsis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mangel på klargjort antibiotika og tilgjengelig personell til overflytting til intensivavdeling - Forsinket administrering av behandling - Dårlig bemanning og stor pasientpågang - Manglende utstyr for overvåkning av blodtrykk og oksygenmetning - Begrenset plass og mangel på ledige senger - Forsinket diagnostisering av lege - Manglende kunnskap om SIRS-kriteriene - Avvik i kliniske vitalia ble ikke rapportert raskt nok

Artikkel 3	
Tittel	Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study
Tidsskrift/år stall	International Emergency Nursing (2019).
Forfattere	Harley, A., Johnston, A., Denny, K. J., Keijzers, G., Crilly, J., & Massey, D.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Allerede eksisterende retningslinjer definerer ikke sykepleiers oppgave i håndtering av sepsis.
Hensikt	Undersøke sykepleiernes erfaring og persepsjon rundt identifisering og respons til pasienter med sepsis, og sykepleierens bevissthet på screening- og prognostiske verktøy.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data samlet inn via intervju av 14 sykepleiere i akuttmottak.
Resultater	<p>Seks nøkkelfunn ble identifisert gjennom denne studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bidrag fra organisasjonen til <ul style="list-style-type: none"> - høyere bemanning - redusere bruk av modeller i triagering. På grunn av den høye pasientstrømmen var sykepleiere mer opptatt av modeller og det kliniske blikket ble svekket - Dårlig kunnskap til SIRS-kriteriene - Dårlig respons på behandling av sepsis relatert til dårlig bemanning og høyt pasientvolum - Stor del av bemanningen var nyutdannede sykepleiere uten klinisk erfaring - Sette lys på viktigheten av erfarne sykepleiere i bemanningen til enhver tid

	<ul style="list-style-type: none"> - Nyutdannede sykepleiere var redde for å spør etter hjelp grunnet hierarki på avdelingen
--	---

Artikkel 4	
Tittel	A quality improvement project to evaluate the implementation of a sepsis education program in a medical-surgical department
Tidsskrift/år stall	Medsurg Nursing (2020)
Forfattere	Turner, B. S., Carrion, J., Silvestri-Elmore, A., & Burog, R.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Det er i USA oppdaget høye verdier av tilfeller med ufullstendig overholdelse av sepsisscreening på medisinsk/kirurgisk sengepost.
Hensikt	Evaluere opplæringen om tidlig identifisering og håndtering av pasienter med sepsis sykepleierne fra medisinsk/kirurgisk sengepost fikk.
Metode	Kvantitativ tilnærming, data ble innsamlet gjennom spørreundersøkelser, 25 sykepleiere fra sengeposten deltok.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Økning i sykepleiers kunnskap om sepsis, men man så en fallende tendens to måneder etter opplæringen - Tidlig beskjed til lege om oppdaget sepsis ble ikke forbedret

Artikkel 5	
Tittel	Seeing beyond monitors - Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study
Tidsskrift/år stall	Intensive and Critical Care Nursing (2017)
Forfattere	Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R., & Leino-Kilpi, H.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv
Problem	Artikkelen ønsket å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med pasientobservasjoner
Hensikt	Hensikten med studien var å gi en omfattende beskrivelse av flere ferdigheter i pasientobservasjon på intensivavdeling
Metode	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn gjennom intervju, 20 sykepleiere deltok.
Resultater	<p>Pasientobservasjoner består av 4 deler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evne til å hente informasjon 2. evne til å prosessere og behandle gitt informasjon 3. beslutningsferdigheter 4. evnen til å samarbeide <p>De tre første punktene er integrert i pasientobservasjons-prosessen; innhenting av informasjon er nødvendig for å ha informasjon til å behandle, som gir grunnlag for beslutningstaking. Samarbeidet har en spesiell rolle fordi den oppstår gjennom hele prosessen</p>