

En kartlegging av klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i sykehjem: en pilotstudie

Ann-Cecilie Hopøy

Forskningssykepleier, tidl. avansert klinisk sykepleier (AKS)
Stavanger universitetssjukehus, Helse Stavanger

Linda Nilsen Bakken

Førsteamanuensis
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, campus Drammen

Pia Cecilie Bing-Jonsson

Dekan
Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, campus Vestfold

Helsepersonell

NOP-CET

Tverrsnittsstudie

Klinisk kompetanse

Sykehjem

Demensomsorg

Sykepleien Forskning 2020 15 (83096) (e-83096)
DOI: 10.4220/Sykepleief.2020.83096

Sammendrag

Bakgrunn: Helsepersonellens kliniske vurderingskompetanse er avgjørende for helsehjelpen som gis til eldre pasienter. Derfor er det viktig at personalets kunnskap tilfredsstillende de kravene som virksomhetene stiller. Tverrfaglig klinisk vurderingskompetanse er i liten grad kartlagt i norske kommuner.

Hensikt: Å kartlegge klinisk vurderingskompetanse blant helsepersonell fra skjermede avdelinger på et sykehjem og identifisere eventuelle behov for økt kompetanse i kliniske situasjoner. Vi ønsket også å utforske kartleggingsverktøyet for forbedringsområder.

Metode: Spørreskjemaet inneholdt 19 kliniske spørsmål med ulik fasit for hver yrkesgruppe, og ti demografiske spørsmål. Datasamlingen foregikk i oktober 2018. Dataene er behandlet statistisk i SPSS med parametriske analyser, Spearmans rho og Cronbachs alfa.

Resultat: Antallet inkluderte deltakere var 56. Gjennomsnittlig hadde sykepleierne (n = 15) 59 prosent rette svar, helsefagarbeiderne (n = 31) hadde 53 prosent rette svar, mens assistentene (n = 10) oppnådde 41 prosent rette svar. Antallet rette svar ble kun påvirket av yrkesbakgrunn (p-verdi 0,018), der assistentenes nivå var signifikant lavere sammenliknet med sykepleierne (p-verdi 0,013). Helsepersonellet hadde samlet flest rette svar ved tydelige symptomer på ny sykdom, og flest gale svar ved diffuse, komplekse tilstander og i to øyeblikkelige hjelp-situasjoner. Hele 62 prosent rapporterte om et behov for høyere klinisk vurderingskompetanse.

Konklusjon: Helsepersonellet viste varierende grad av klinisk vurderingskompetanse, der sykepleierne hadde det høyeste kompetansenivået. Studien belyser viktigheten av godt og avklart samspill er mellom yrkesgruppene. Resultatet indikerer et behov for kompetanseheving på alvorlige, ofte komplekse kliniske situasjoner for alle yrkesgrupper. Spørreskjemaet bør videreutvikles for å minimere ulik tolkning av svaralternativene. Vi anbefaler å teste ut åpne tekstsvaer på hvilke kliniske vurderinger som ligger til grunn for valg av respons. Fremtidige kompetansemålinger med samme verktøy bør utføres i større utvalg.

Eldre, skrøpelige pasienter i kommunehelsetjenesten har behov for helsepersonell med tilstrekkelig klinisk vurderingskompetanse, spesielt dersom de i tillegg har en demenssykdom. Ved redusert evne til kommunikasjon er risikoen høyere for at sykdomstegn, symptomer og plager blir underkommunisert, misforstått eller uoppdaget (1).

Tidlig oppdagelse av tegn på ny sykdom, eller forverring av eksisterende, er avgjørende for den enkeltes livskvalitet, grad av sykdomsbelastning og fremskyndet død (1-6).

Status etter samhandlingsreformen

Som følge av samhandlingsreformen skal spesialisthelsetjenesten forbeholdes de alvorligste syke som ikke kan behandles tilfredsstillende lokalt (7). Dette forbeholdet har medført at det stilles større krav til klinisk kompetanse i kommunene.

De siste ti årene har forskere beskrevet et eksisterende kompetansegap og konsekvenser av manglende kompetanse (8–10). Overflytting fra sykehjem til behandling på sykehus kan medføre store belastninger for den geriatriske pasienten, spesielt der det foreligger kognitiv svikt (11).

Unødvendige sykehusinnleggelser er assosiert med grunnleggende usikkerhet og uklarhet knyttet til å vurdere skrøpelige sykehjemspasienter, noe som kan være et resultat av manglende klinisk vurderingskompetanse (12).

Helsepersonell skal beherske flere kompetansetyper for å kunne håndtere ulike, ofte komplekse sykdomsforløp og pasientenes pårørende (13, 14). Lovverket forventer at helsetjenester har kompetanse som holder et forsvarlig nivå (15). Både internasjonal og norsk forskning kan imidlertid vise til at det ofte mangler både standarder og definerte kompetansemål for helsetjenestene (2, 8, 12, 14, 16).

En kartlegging av de ansattes kompetanse kan gi bedre kunnskap om hvorvidt helsetjenesten holder ønsket kvalitet, og være til hjelp når fremtidig kompetanseutvikling skal planlegges. Denne studien setter søkelyset på personalet i skjermede avdelinger siden pasientgruppen her er ekstra sårbar og bedre kunnskap om helsepersonells kompetanse innen demensomsorgen er etterspurt (3, 4, 14).

Hva er klinisk vurderingskompetanse, og hvordan kan vi måle den?

Klinisk kompetanse hører til det praktiske kompetanseområdet innen sykepleie og er definert i litteraturen som en helhetlig sammensetning av kunnskaper, ferdigheter, måten å utføre handlinger på og holdninger hos den enkelte (13).

Selv om alt helsepersonell per definisjon representerer klinisk kompetanse (15), er det urimelig å forvente samme kompetansenivå av yrkesgruppene grunnet forskjellig utdanningslengde, ansvar og funksjon. Faglig kompetanse kan sies å følge utdanningsnivået, men også den enkeltes kunnskapsnivå og erfaringer (17). Dermed vil avdelingskompetansen variere med hvem som er til stede.

Ufaglærte (assistenter), oftest uten helsefaglig utdanning, utgjør statistisk cirka 20 prosent av helsepersonellet i norske kommuner (18). Det finnes lite forskning på hvilke konsekvenser denne andelen ufaglærte har på kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenestene (19), og det er etterspurt kunnskap om yrkesgruppen (8, 19).

Det er vist at personalets sammensetning, andelen sykepleiere og samspillet mellom yrkesgruppene har stor betydning for kvaliteten på arbeidet (2, 4, 8, 9). Derfor er målgruppen for studien helsepersonell med ulik fagkompetanse: sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

Måleverktøyet NOP-CET

Det har tidligere manglet validerte kompetansemålingsverktøy som favnet flere grupper av helsepersonell i kommunehelsetjenesten (20). Måleverktøyet Nursing Older People – Competence Evaluation Tool (NOP-CET, 2015) ble derfor utviklet til dette formålet (20). NOP-CET inneholder blant annet 19 kliniske situasjonsbeskrivelser om en fiktiv pasient kalt «fru Olsen», og det er disse spørsmålene som benyttes i denne pilotstudien.

Spørsmålene i spørreskjemaet har til hensikt å samle inn statistiske målbare data på hvilke *vurderinger* helsepersonellet gjør når sykdom oppstår: «Hva vil du gjøre når skrøpelige fru Olsen på 90 år får nye symptomer på sykdom ...?». Deltakerne velger ett av seks svaralternativer (figur 1).

Figur 1. Et eksempel fra spørreskjemaet

**Fru Olsen er 90 år og generelt svekket av alder.
Hvordan vil du handle ved nyoppståtte brystmerter?**

1. Ikke noe tiltak
 2. Observere på nytt neste dag
 3. Rådføre med kollega
 4. Sykepleiefaglige tiltak snarest
 5. Få vurdert av lege i dag
 6. Øyeblikkelig hjelp
-

Spørsmålene kartlegger hvorvidt pasienten får rett helsehjelp. Kompetansen som kartlegges, krever kunnskap om symptomer på sykdom og bevissthet om egne erfaringer og yrkesrolle (17). NOP-CET er tidligere brukt med lik fasit for ulike yrkesgrupper av helsepersonell (8).

Ved å differensiere fasiten etter yrkesgruppene vil ulike faggrupper kunne svare ulikt og likevel rett ut fra det ansvaret og den kompetansen de har. En pilotstudie som denne kan medvirke til å forbedre verktøyet ved fremtidig bruk.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å kartlegge den kliniske vurderingskompetansen blant tverrfaglig helsepersonell fra skjermede avdelinger på et sykehjem. Vi ønsket også å identifisere eventuelle behov for økt kompetanse i kliniske situasjoner. Deler av et kartleggingsverktøy ble utforsket for forbedringsområder.

Metode

Design

Pilotstudien hadde et kvantitativt tverrsnittsdesign. Vi benyttet spørreundersøkelse med kliniske situasjonsbeskrivelser hentet fra måleverktøyet NOP-CET samt ti demografiske spørsmål.

Av de 365 spørsmålene som NOP-CET består av, benyttet vi 19 spørsmål som omhandler klinisk vurderings- og beslutningskompetanse ved vanlige akutte symptomer hos eldre i kommunehelsetjenesten.

NOP-CET er utarbeidet av eksperter innen geriatri i en delfistudie og testet på over 1000 helsepersonellansatte fra norske kommuner. Måleverktøyet er evaluert for validitet, reliabilitet og anbefalt for videre bruk (20).

Tidligere erfaringer med spørreskjemaet (8) og innspill fra sykehjemmets ledelse medførte at vi benyttet norske ord i tillegg til faguttrykk for å inkludere ufaglærte, for eksempel hviledyspné (tungpust).

Av hensyn til studiens begrensede størrelse og kravet til anonymitet anbefalte Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) at vi erstattet spørsmål etter eksakte tall til bakgrunnsdata med kategorier og unngikk spørsmål om kjønn og kulturbakgrunn.

I denne studien var utvalgte deler av NOP-CET-spørreskjemaet endret med en ny fasit for svarene basert på sykehjemmets retningslinjer ved akutt og kritisk sykdom. Ifølge retningslinjen har yrkesgruppene ulikt ansvar og må velge ulike handlingsalternativer.

Helsefagarbeidere og assistenter omtales samlet som «alt annet helsepersonell», og det forventes at disse rapporterer alvorlige observasjoner til sykepleieren. Helsefagarbeidere og assistenter svarer rett på samtlige spørsmål ved å velge «sykepleiefaglige tiltak» når symptomene oppstår.

I tillegg får de rett hvis de gjenkjenner de alvorligste situasjonene og velger «legetilsyn i dag» eller «øyeblikkelig hjelp». Sykepleiere forventes å gjøre selvstendige undersøkelser, varsle lege eller tilkalle øyeblikkelig hjelp i henhold til alvorlighetsgraden i ulike situasjoner. Derfor fikk sykepleiere en egen fasit for forventet respons, mens helsefagarbeidere og assistenter til sammen fikk en annen (tabell 1).

Tabell 1. Fasit for tre yrkesgrupper

Fru Olsen er 90 år og generelt svekket av alder. Hvordan vil du handle når fru Olsen utvikler nye følgende tegn på sykdom?	Fasit for sykepleier	Fasit for helsefagarbeider og assistent
1. Hviledyspné (tungpust) i løpet av to dager	5	4 eller 5
2. Fått hoste, økt slimproduksjon og RF (antall åndedrag per min) > 20/min i løpet av to dager	4 eller 5	4
3. Uregelmessig puls > 20 slag/min i forhold til normalt	4	4
4. Temperatur over 38,5 °C	4 eller 5	4
5. Alvorlig dehydrering (uttørking)	4 eller 5	4
6. Rød i huden med kløe, utslett og sår	4	4
7. Redusert matinntak og matlyst	3 eller 4	3 eller 4
8. Ikke i stand til å ta til seg næring	4 eller 5	4
9. Smerter og ubehag i munnen	4	4
10. Inkontinent (lekkasje) for urin og sviende vannlating i løpet av to dager	4 eller 5	4
11. Rikelig friskt blod i avføringen	5	4 eller 5
12. Blitt fullt pleietrengende i løpet av to dager	4 eller 5	4
13. Falt to ganger siste uke	4 eller 5	4
14. Fått halvsidig lammelse	6	4 eller 6
15. Tydelig mer trett på dagtid	4	4
16. Tydelig endring ved syn, hørsel, taleevne og språkforståelse	6	4 eller 6
17. Fått nyoppståtte brystmerter	6	4 eller 6
18. Mistet interessen for å holde bolig i orden, sover i stolen i stedet for sengen	4	4
19. Kort oppmerksomhet og vrangforestillinger	5	4 eller 5

Utarbeidet fra retningslinjen ved akutt og kritisk syke pasienter på sykehjemmet og NOP-CETs fasit i Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C (20).

Svaralternativer: 1 = ikke noe tiltak, 2 = observere på nytt neste dag, 3 = rådføre med kollega, 4 = sykepleiefaglige tiltak snarest, 5 = få vurdert av lege i dag, 6 = øyeblikkelig hjelp

Etiske vurderinger

Virksomhetens leder godkjente spørreundersøkelsen. Avdelingslederne informerte personalet muntlig og via oppslag om studiens hensikt, samtykke og retten til å trekke besvarelsen, anonymitet, oppbevaring og tid for destruering av data. Informasjonen var også påført spørreskjemaet. NSD forhåndsgodkjente prosjektet 29. september 2018 (referansenummer 934395).

Datasamling

Vi rekrutterte deltakerne fra ni skjermede avdelinger på et sykehjem med 110 ansatte. Sykehjemmets helsepersonell (populasjonen) besto av 19 sykepleiere, vernepleiere eller ansatte med annen høyskoleutdanning, 56 helsefagarbeidere, hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere og 35 assistenter med arbeidsavtale.

Deltakerne i undersøkelsen er kategorisert som sykepleiere, helsefagarbeidere eller assistenter i datasettet, mens ledere og leger ble ekskludert. Deltakerne hadde valget mellom å besvare spørsmålene ved å bruke telefon, med nettbasert Questback-spørreskjema, eller på papir.

De fikk i tillegg to SMS-henvendelser om å delta i undersøkelsen før fristen. Datasamlingen foregikk i oktober 2018.

Analyser

Dataene er behandlet i IBM SPSS Statistics for Macintosh, versjon 24.0. Vi benyttet beskrivende frekvensanalyser og krysstabeller på demografiske data. Tilnærmet normalfordelte data tillot bruk av parametriske analyser som t-test og One-way ANOVA (21) inkludert kjiqvadrattest.

Ved signifikante utslag benyttet vi post-hoc Tukey HSD-test for å undersøke *hvilken* gruppe som var signifikant forskjellig. Vi betraktet p-verdi $\leq 0,05$ som statistisk signifikant.

Observasjonene er analysert i henhold til fasiten for de ulike yrkesgruppene. Vi kodet svarene til å være gal = 0 eller rett = 1. Graden av klinisk vurderingskompetanse er på denne måten definert som antallet rette svar, der 19 rette svar var 100 prosent rett.

Det ble ikke satt noen grense for akseptabelt kompetansenivå, men resultater under eller over 50 prosent kan illustrere et lavere eller høyere kompetansenivå.

Vi samlet variablene til sumskår med antallet rette svar (%) for hver yrkesgruppe for hvert spørsmål (kodet 0-1). Gjennomsnittet for hver yrkesgruppe er regnet ut fra disse resultatene (figur 2).

Deretter undersøkte vi *hvorvidt* det var sammenheng, og *hvilken* sammenheng det var mellom antallet rette svar og bakgrunnsvariablene. Her benyttet vi parametriske analyser på kategoriske variabler, og korrelasjonskoeffisienten Spearmans rho på graderte alternativer.

Signifikante utslag ble testet i lineær regresjonsanalyse. Spørreskjemaet er undersøkt med Cronbachs alfa, både samlet og oppdelt på yrkesgruppene. Cronbachs alfa måler stabiliteten i et spørreskjema bestående av Likert-skala for å teste graden av systematiske feil og skjevheter, og hvorvidt man kan stole på resultatene (reliabilitet) (22).

Resultater

Beskrivelse av utvalget

Undersøkelsen fikk en svarprosent på 51. Utvalget (N = 56) besto av helsefagarbeidere (n = 31), sykepleiere (n = 15) og assistenter (n = 10) (tabell 2). En person uten oppgitt yrkesbakgrunn ble ekskludert fra studien.

Utvalget representerte 79 prosent av sykepleierne, 55 prosent av helsefagarbeiderne og 29 prosent av assistentene på sykehjemmet.

Antallet år siden siste utdanning varierte fra null til over ti, og over halvparten hadde mer enn ti års arbeidserfaring. Av dem med helsefaglig utdanning hadde 67 prosent en stillingsprosent på over 75, og mer enn 90 prosent benyttet Gerica i pasientdokumentasjonen.

Videre hadde 69 prosent deltatt på undervisning det siste året, og 30 prosent hadde en etterutdanning. Flertallet (62 prosent) ønsket høyere kompetanse på liknende kliniske scenarier.

Tabell 2. Beskrivelse av utvalget

Variabel	Kategori	N*(%)
Yrke	Sykepleier	15 (26)
	Helsefagarbeider	31 (54)
	Assistent	10 (18)
Stillingsandel	0–24 %	11 (20)
	25–49 %	1 (2)
	50–74 %	6 (11)
	75–100 %	38 (67)
Samlet helserelatert arbeidserfaring	0–5 år	17 (30)
	6–10 år	8 (14)
	>10 år	32 (55)
År siden fullførte siste utdanning	0–5 år	24 (44)
	6–10 år	11 (20)
	>10 år	20 (35)
Etterutdanning	Ja	17 (31)
	Nei	38 (69)
Deltakelse på intern undervisning siste år	Ja	39 (69)
	Nei	17 (31)
Deltakelse på eksterne kurs/seminarer siste år	Ja	29 (51)
	Nei	27 (49)
Benytter Gerica for å hente informasjon om pasientene	Ja	50 (91)
	Nei	5 (9)
Benytter Gerica for rapportering	Ja	51 (93)
	Nei	4 (7)
Selvvurdert behov for økt kompetanse på liknende kliniske situasjoner	Ja	34 (62)
	Nei	21 (38)

* N = 56

Det var ett til to manglende svar ved hver variabel.

Resultat av kartleggingen

Deltakerne (N = 56) viste varierende grad av klinisk vurderingskompetanse, som vist i figur 2. Over 50 prosent svarte rett ved tydelige tegn på sykdom: avvikende respirasjon, infeksjonstegn, rikelig blod i avføring, sår, endret funksjonsnivå, fall, næringsvegring, halvsidig lammelse og ved symptomer på urinveisinfeksjon og delir.

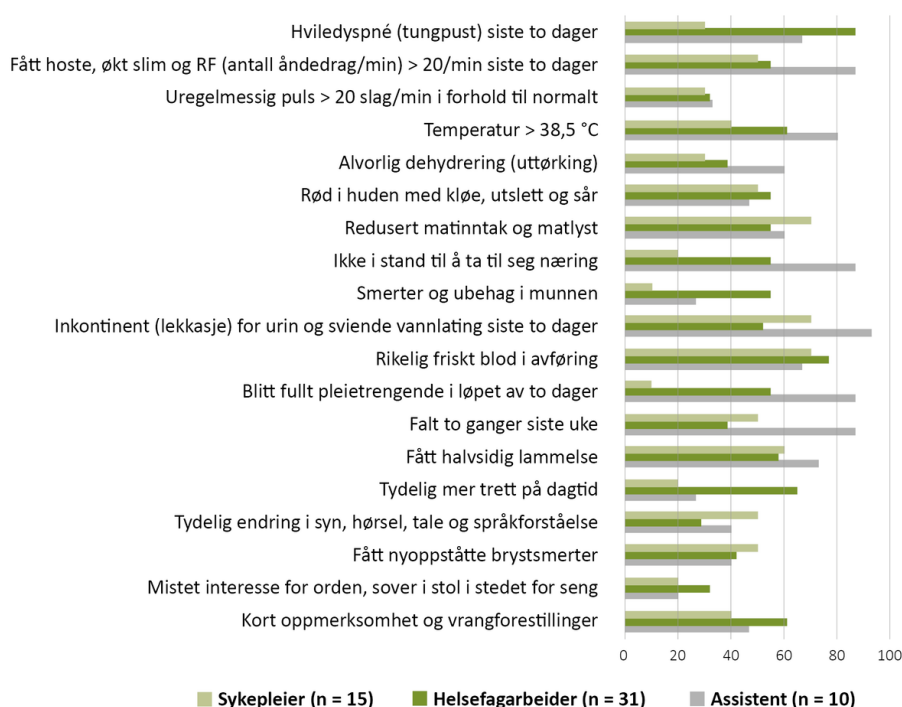
Færre enn 50 prosent svarte rett i situasjoner som kan betraktes som diffuse: forhøyet uregelmessig puls, mistet interesse for orden og sover i stol i stedet for seng, er tydelig mer trett på dagtid og ved alvorlig dehydrering.

«Færre enn 50 prosent svarte rett i situasjoner som kan betraktes som diffuse.»

I tillegg hadde to øyeblikkelig hjelp-situasjoner – en med brystsmarter og en med tydelig endring i sanser og språk – færre enn 50 prosent rette svar.

Responsalternativ nummer 4 (sykepleiefaglige tiltak snarest) fikk gjennomsnittlig flest skår av seks mulige.

Figur 2. Styrker og svakheter i helsepersonellens kliniske vurderingskompetanse



Sykepleierne (n = 15) hadde i gjennomsnitt 59 prosent rette svar. Laveste skår var 7 og høyeste skår 14 av 19 mulige. Figur 2 viser at på elleve spørsmål svarte over 50 prosent av sykepleierne rett, mens på åtte spørsmål svarte under 50 prosent rett.

Sykepleierne hadde flest rette svar av yrkesgruppene på ni spørsmål, men lå under helsefagarbeiderne og assistentene på ti spørsmål. På disse ti spørsmålene var det i retningslinjen forventet selvstendige undersøkelser og tiltak, behov for legevurdering eller øyeblikkelige hjelp.

Helsefagarbeiderne (n = 31) hadde et gjennomsnitt på 53 prosent rette svar, der laveste skår var 6 og høyeste skår var 19 av 19 mulige. Assistentene (n = 10) hadde gjennomsnittlig 41 prosent rette svar, der laveste skår var 2 og høyeste skår 14.

«Sykepleierne hadde flest rette svar av yrkesgruppene på ni spørsmål.»

Utvidede ANOVA-analyser viste at antallet rette svar som var avgitt av sykepleierne og helsefagarbeiderne, ikke var signifikant forskjellig (p-verdi 0,389), heller ikke mellom helsefagarbeiderne og assistentene (p-verdi 0,087). Analysen viste derimot at forskjellen i antallet rette svar mellom sykepleierne og assistentene var signifikant (p-verdi 0,013).

Korrelasjonsanalysen på graderte svaralternativer viste at koeffisienten Spearmans rho lå mellom 0,085 og 0,164, som betyr en svak sammenheng mellom antallet rette svar og bakgrunnsvariablene.

Parametriske tester på de resterende kategoriske svaralternativene resulterte i to signifikante utslag: yrke (p-verdi 0,018) og bruk av Gericca for informasjonsheiting (p-verdi < 0,001).

Regresjonsanalysen viste at antallet rette svar kun ble påvirket av yrkesbakgrunn.

Tabell 3. Ulike analyser mellom responsvariabel (antallet rette svar) og bakgrunnsvariabler (N = 56)

Bakgrunnsvariabel	Test	P-verdi*	Mangler
Hvilken yrkesgruppe tilhører du? 1 = sykepleier, 2 = helsefagarbeider, 3 = assistent	ANOVA	0,018	0
	+ Post-hoc Tukey HSD	sykepleier – helsefag: 0,389 sykepleier – assistent: 0,013 helsefag – assistent: 0,087	
Hvor stor stillingsprosent har du? 1 = 0–24, 2 = 25–49, 3 = 50–74, 4 = 75–100	Spearman's rho: 0,164	0,227	0
Hvor lang helserelatert arbeidserfaring har du? 1 = 0–5 år, 2 = 6–10 år, 3 = > 10 år	Spearman's rho: 0,085	0,530	1
Hvor mange år er det siden du fullførte din siste utdanning? 1 = 0–5 år, 2 = 6–10 år, 3 = > 10 år	Spearman's rho: 0,130	0,344	1
Har du etterutdanning? 1 = ja, 2 = nei	T-test	0,733	1
Har du deltatt på internundervisning? 1 = ja, 2 = nei	T-test	0,192	0
Har du deltatt på eksterne kurs/seminarer? 1 = ja, 2 = nei	T-test	0,192	0
Benytter du Gerica for å hente informasjon om pasientene? 1 = ja, 2 = nei	T-test	0,019	1
	ANOVA + Post-hoc Tukey HSD	<0,001 sykepleier – helsefag: 0,692 sykepleier – assistent: 0,007 helsefag – assistent: <0,001	1
Benytter du Gerica for rapportering? 1 = ja, 2 = nei	T-test	0,132	1
Opplever du behov for mer kompetanse til å håndtere pasienter som fru Olsen? 1 = ja, 2 = nei	T-test	0,853	1

*P-verdigrense ≤0,05

Cronbachs alfa for alle yrkesgruppene under ett var 0,788 (N = 56). For sykepleierne (n = 15) viste Cronbachs alfa 0,618, og for helsefagarbeidere (n = 31) og assistentene (n = 10) viste Cronbachs alfa 0,796. Resultatet viste dermed relativt god indre konsistens.

Diskusjon

Alle yrkesgruppene viste klinisk vurderingskompetanse, men i varierende grad. En tidligere studie (8) har også funnet en forskjell på kartlagt og forventet kompetanse, slik vi fant i vår studie. Resultatet viser ingen statistisk forskjell på sykepleiere og helsefagarbeidere, selv om sykepleierne hadde flest rette svar.

«En større andel helsefagarbeidere og assistenter hadde flere rette svar enn sykepleiere på ti spørsmål.»

Siden helsepersonellet i denne pilotstudien ble målt differensiert, fikk alle samme mulighet til å oppnå maksimumsskår. Mangel på forskjell mellom sykepleiere og helsefagarbeidere kan tolkes dit hen at like stor andel sykepleiere og helsefagarbeidere svarte rett i henhold til fasiten, der det faglige kravet var høyest for sykepleierne.

Resultatet viser også at en større andel helsefagarbeidere og assistenter hadde flere rette svar enn sykepleiere på ti spørsmål. Disse funnene relateres til den samme effekten av tilpasset fasit for yrkesgruppene.

Helsepersonellets kompetansenivå

Figur 2 er et søylediagram med prosentvist antall rette svar fordelt på yrkesgruppene. Diagrammet gir et visuelt bilde av styrker og svakheter i det målte kompetansenivået.

Totalt hadde deltakerne flest rette svar der hvor det var tydelige symptomer på sykdomsforverring, og flest gale svar i situasjoner som kan betegnes som komplekse eller diffuse. To av tre øyeblikkelige hjelp-situasjoner kan sies å ha for lav rett respons fra alle yrkesgruppene.

Det kan forventes at tydelige symptomer utløser flest rette svar, mens diffuse tilstander øker antallet gale svar grunnet høyere kompleksitet og vanskelighetsgrad. Symptomer på sykdom hos eldre blir ofte kamuflert av komorbiditet og polyfarmasi (23, 24). Dersom det i tillegg oppstår nye utydelige symptomer, kreves det høyere kompetanse for å vurdere rett handlingsalternativ.

For pasienter med demenssykdom er disse forholdene aktuelle siden kognitiv svikt og alderspsykiatriske tilleggdiagoser kan kamuflere symptomer på forverret tilstand og gjøre kliniske vurderinger vanskeligere (1, 4). Diffuse symptomer krever bred sykepleiefaglig tilnærming, der sykepleieren utfører kartlegging og forundersøkelser, ofte før lege blir kontaktet (23, 24).

I tillegg er det vesentlig at øyeblikkelig hjelp-situasjonene blir oppfanget og håndtert som nettopp det. Når samarbeidende personell gjør gode observasjoner og rapporterer disse videre til en sykepleier, er det ofte sykepleierens kompetansenivå som avgjør det videre forløpet i helsehjelpen.

Sykepleieren er i mindretall av de ansatte på et sykehjem, men har størst ansvar for de kliniske vurderingene og de rette tiltakene. Studien kan være et bidrag til å synliggjøre ikke bare hvor avhengig sykepleieren er av kompetansen til samarbeidende personell, men også hvor viktig tilstedeværelse er på avdelingene, slik annen forskning på kompetanse i kommunene har vist (9).

Antallet sykepleiere i studien er for lavt til å ha overføringsverdi, men sykepleierne er så godt representert at sykehjemmet kan betrakte resultatet som gyldig for yrkesgruppen.

Sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever høye krav til kompetanse (14, 16, 24–26). Japanske forskere viser at sykepleieres kompetansenivå ikke stiger linjert med erfaring, men har en bratt stigende kurve de første fem årene.

Etter ti år stabiliseres nivået hvis det ikke skjer endringer som etterutdanning, endrede arbeidsoppgaver eller andre karrieremessige forhold (27). Dette støttes av både internasjonal og skandinavisk forskning (25, 26, 28).

Samtlige studier understreker arbeidsgiverens ansvar for å gi sykepleiere muligheten til kompetanseheving tilsvarende det tjenesten forventer av dem.

International Council of Nurses definerer sykepleierens spesifikke rolle og funksjon som en livslang dynamisk tilstand: «Nurses require appropriate initial and ongoing education and training as well as lifelong learning to practice competently within their scope of practice» (29, s. 2).

«Forventningene til helsefagarbeidernes respons var den samme som til assistentene.»

I studien vår var forventningene til helsefagarbeidernes respons den samme som til assistentene fordi yrkesgruppene omtales samlet som «alt annet helsepersonell» i retningslinjen. En slik sammenfatning av forventning til to yrkesgrupper på sykehjem kan oppfattes som en nedvurdering av helsefagarbeiderens ansvar og funksjon, da yrkesgruppen har en utdanning med autorisasjon, noe assistentene ikke har.

Både helsefagarbeidere og assistenter har imidlertid samme ansvar ifølge retningslinjens kriterier for rapporteringsansvar til sykepleier, og fasiten for disse yrkesgruppene blir dermed lik. Assistenten omtales i helsepersonelloven som «medhjelpere» og er underlagt fagutdannet helsepersonells kontroll og tilsyn (15).

Studiens resultater kan, selv om antallet assistenter er lavt, være en påminner om å gi assistentene kunnskap om symptomer på sykdom og hva de skal gjøre når slike symptomer oppstår, så lenge de er en del av helseteamet.

Et behov for økt kompetanse

Resultatene av pilotstudien kan indikere et behov for høyere vurderingskompetanse hos deltakende helsepersonell, noe de fleste også ønsket.

Resultatet tyder på at sykehjemmets ledere bør satse på kompetanseheving innen observasjon, vurdering og rett handling ved sykdomsforverring hos pasienten for alle yrkesgruppene.

Hvilke bakgrunnsdata påvirket kompetansenivået?

Kompetansenivået ble kun påvirket av deltakernes yrkesbakgrunn. Verken alder, år med erfaring, kurs eller videreutdanning påvirket analyseresultatene. Det kan antas at et lite utvalg var årsaken til manglende statistiske sammenhenger, derfor kan resultatet ikke gis stor verdi.

Styrker og svakheter ved studien

Vi benyttet et validert måleverktøy med god kvalitet for å unngå feil som påvirket resultatet. De fleste tilgjengelige kompetansemålingsverktøyene inneholder selvvurderinger (20).

Verktøyet vi brukte, benytter en skåring som er rett eller gal på kliniske spørsmål og gir objektive mål på kompetansen. Dermed unngås tendenser til å over- eller undervurdere eget kompetansenivå (30). Objektive mål er anbefalt og styrker resultatets pålitelighet (22, 30).

Cronbachs alfa testet den indre konsistensen på skalaen, og verdiene var tilstrekkelige til å konstatere god pålitelighet, selv om antallet deltakere var lite.

Spørreskjemaet inneholdt svaralternativer som kan være kilde til ulik tolkning, og dermed forårsake skjevheter og feil i svarene. Det ble ikke beskrevet i spørreskjemaet hva for eksempel «sykepleiefaglige tiltak» eller «rådføre seg med kollega» innebar.

Likeledes kunne det være usikkert hva «øyeblikkelig hjelp» betyr: tilkalle sykepleier/tilsynslege/legevakt straks eller ambulanse? Spørreskjemaet har derfor et område som kan forbedres.

Det kan forårsake systematiske feil å utarbeide ny fasit. Dette faremomentet er forsøkt imøtekommet ved å innhente innspill på spørsmålene fra avdelingsledelsen, og ved at sykehjemmets egen retningslinje ligger til grunn for rette svar for ulike yrkesgrupper.

Hensikten med studien var å kartlegge vurderingskompetansen på et gitt sykehjem. Siden sykehjemmet hadde et bestemt antall ansatte, ble studiens størrelse tilsvarende. Et begrenset antall deltakere (N = 56) medførte forskningsmessige utfordringer. En svarprosent på over 50 regnes som tilfredsstillende for en studie, selv om den ideelt sett burde vært høyere (22).

Grunnen til lav deltakelse kan være at en avdeling var nyåpnet, og tidspunktet for datainnsamling var derfor ikke optimalt. Ingen trakk seg underveis, og det var få mangler i utfylte svar.

Et lite utvalg med få deltakere i hver gruppe og bortfallets størrelse svekket likevel kvaliteten på de statistiske analysene og resultatets overføringsverdi.

Konklusjon

Helsepersonellet på sykehjemmet viste varierende grad av klinisk vurderingskompetanse, der sykepleierne representerte det høyeste kompetansenivået. Studien belyser viktigheten av et godt og avklart samspill mellom yrkesgruppene. Resultatet indikerer et behov for kompetanseheving på flere alvorlige, ofte komplekse kliniske situasjoner inkludert øyeblikkelig hjelp-situasjoner for alle yrkesgruppene.

Den utførte kartleggingen er et eksempel på hvordan virksomheter i kommunehelsetjenesten kan definere, måle og evaluere klinisk vurderingskompetanse.

Ved å gjennomføre en liknende spørreundersøkelse kan kompetansenivået sjekkes ut og gi grunnlag for å planlegge kompetansetiltak for å imøtekomme kravene til en omsorgsfull og sikker tjeneste (24, 31). Definerte kompetanseplaner kan virke positivt og avklarende på samspillet mellom yrkesgruppene.

Det er behov for tilsvarende kartlegginger i større utvalg for å teste validiteten og reliabiliteten til spørreskjemaet med den nye fasiten, og se om andre bakgrunnsdata enn yrke vil påvirke resultatene.

Ved å presisere hva svaralternativene betyr, videreføre forenklet terminologi og utvide spørreskjemaet med åpne tekstsvaer kan muligens deltakernes egne observasjoner og vurderinger komme klarere frem. Fasiten bør være forankret og definert som gyldige kompetansemål.

I fremtidig forskning på kompetanse bør assistenter stimuleres til å delta for å få mer kunnskap om denne yrkesgruppen.

Vi vil takke statistiker Leiv Sandvik ved Universitetet i Sørøst-Norge for kvalitetssikring av det statistiske arbeidet. Takk til sykehjemets ledelse for tillatelse og hjelp til å rekruttere deltakere til spørreundersøkelsen, og en stor takk til helsepersonellet som deltok.

Referanser

1. Eskeland KO. Alderspsykiatri og omsorgsarbeid. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
2. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;27(11-12):2248–59. DOI: [10.1111/jocn.14058](https://doi.org/10.1111/jocn.14058)
3. Mjørud M, Engedal K, Barca ML, Ytrehus S. Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. *Sykepleien Forskning*. 2011;6(2):178–86. DOI: [10.4220/sykepleienf.2011.0101](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0101)

4. Kovach CR, Logan BR, Joosse LL, Noonan PE. Failure to identify behavioral symptoms of people with dementia and the need for follow-up physical assessment. *Research in Gerontological Nursing*. 2012;5(2):89–93.

5. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Haesler E, Beattie E, Hill KD, Poulos CJ. The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care: a systematic review. *Nurse Education Today*. 2018 aug.;67:27–45. DOI: [10.1016/j.nedt.2018.04.019](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.019)

6. Neerland B, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013;133(15):1596–600.

7. St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1> (nedlastet 31.10.2019).

8. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjork IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*. 2016;15:5. DOI: [10.1186/s12912-016-0124-z](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z)

9. Ugreninov E, Solstad Vedeler J, Heggebø K, Gjevjon ER. Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2017. Rapport 7. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3545405/cache=20171809144820/NOVA-Rapport-7-17-Konsekvenser-av-sykepleiermangel-i-kommunene-web.pdf> (nedlastet 30.01.2019).

10. Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe J. Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Helsehjelp til eldre: kunnskapsoppsummering. Bergen: Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet; 2017. Delrapport.

Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf (nedlastet 30.01.2019).

11. Morphet J, Innes K, Griffiths DL, Crawford K, Williams A. Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: can they be avoided? *Emergency Medicine Australasia*. 2015;27(5):412–8.

12. Ågotnes G. The institutional practice: on nursing homes and hospitalizations. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.

13. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept – a focused review of literature. *Nurse Education Today*. 2005;25(5):355–62.

14. Bing-Jonsson PC. Forskning på kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunene i Norge: Hva bør vi egentlig kunne og hvordan finne ut av det? *Demens & Alderspsykiatri*. 2017;21(1).

15. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 03.10.2019).

16. Stanyon MR, Goldberg SE, Astle A, Griffiths A, Gordon AL. The competencies of Registered Nurses working in care homes: a modified Delphi study. *Age and Ageing*. 2017;46(4):582–8.

17. Nortvedt P, Grimen H. Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.

18. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten> (nedlastet 13.12.2020).
19. Flodgren GM, Bidonde J, Berg RC. Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-he/#resultat> (nedlastet 14.02.2019).
20. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Nursing older people-competence evaluation tool: development and psychometric evaluation. *Journal of Nursing Measurement*. 2015;23(1):127–53. DOI: [10.1891/1061-3749.23.1.127](https://doi.org/10.1891/1061-3749.23.1.127)
21. Fagerland MW, Sandvik L, Mowinckel P. Parametric methods outperformed non-parametric methods in comparisons of discrete numerical variables. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11(1):44. DOI: [10.1186/1471-2288-11-44](https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-44)
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
23. Wyller TB. *Geriatri. En medisinsk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
24. Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1> (nedlastet 15.09.2019).

25. Cooper E, Spilsbury K, McCaughan D, Thompson C, Butterworth T, Hanratty B. Priorities for the professional development of registered nurses in nursing homes: a Delphi study. *Age and Ageing*. 2017;46(1):39–45.

26. Miraglia R, Asselin EM. The Lasater Clinical Judgment Rubric as a framework to enhance clinical judgment in novice and experienced nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2015;31(5):284–91.

27. Takase M. The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: a tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(9–10):1400–10.

28. Karlstedt M, Wadensten B, Fagerberg I, Poder U. Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scand J Caring Science*. 2015;29(2):307–16.

29. International Council of Nurses (ICN). Position statement. Scope of nursing practice. Genève; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Bo7_Scope_Nsg_Practice.pdf (nedlastet 10.01.2019).

30. Schlösser T, Dunning D, Johnson KL, Kruger J. How unaware are the unskilled? Empirical tests of the «signal extraction» counterexplanation for the Dunning-Kruger effect in self-evaluation of performance. *Journal of Economic Psychology*. 2013;39:85–100. DOI: [10.1016/j.joep.2013.07.004](https://doi.org/10.1016/j.joep.2013.07.004)

31. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 30.01.2019).

