

KANDIDAT

88

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:12
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

 JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

 JA, jeg samtykker NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn: Innlevering Bacheloroppgave.pdf

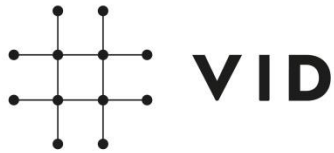
Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 450.19 KB

Opplastingstidspunkt: 08.04.2021 11:59

Status: Lagret

Besvart.



**Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering – Pasientsikkerhet i
hjemmesykepleien**

Hvordan kan systematiske kliniske undersøkelse og vurdering (SKUV) bidra til
økt pasientsikkerhet i hjemmesykepleien?

**Systematic clinical examination and assessment – Patient safety in home
health nursing**

How can systematic clinical examination and assessment contribute to
increased patient safety in home health nursing?

Kandidatnummer: 88 &150

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Høst 2018

Antall ord: 10 956

08.04.2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

I hjemmesykepleien er det behov for bedre klinisk kompetanse ettersom pasientene blir sykere og behov for avansert medisinsk oppfølging større. Samtidig er systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) på vei inn i sykepleierutdanningen i Norge. Som tema for vår bacheloroppgave ser vi nærmere på bruken av SKUV i hjemmesykepleien, med hensikt å undersøke om arbeidsmetoden kan bidra til økt pasientsikkerhet. Oppgaven er en litteraturstudie. Problemstillingen blir drøftet ut fra relevant forsknings – og faglitteratur, lovverk, retningslinjer og sykepleieteorier. Resultatene bekrefter at sykepleiere mangler tilstrekkelig klinisk kunnskap og kompetanse for å ivareta pasientgruppen i hjemmesykepleien. For å møte de økte kompetansekravene kan SKUV være et nyttig verktøy for både nye og erfarne sykepleiere og gir muligheter for å øke pasientsikkerheten. Forskning som bekrefter den faktiske effekten SKUV har på pasientsikkerhet etterspørres.

Nøkkelord: klinisk undersøkelse, klinisk vurdering, hjemmesykepleien, sykepleie, pasientsikkerhet

Abstract

There is a need for better clinical competence in home health nursing as patients become sicker and the need for advanced medical follow-up is greater. At the same time, systematic clinical examination and assessment (SKUV) is on its way into nursing education in Norway. As a theme for our bachelor thesis, we take a closer look at the use of SKUV in home health nursing, with the intention of investigating whether the method can contribute to increased patient safety. The thesis is a literature study. The issue is discussed on the basis of relevant research and professional literature, legislation, guidelines and nursing theories. Findings confirm that nurses lack sufficient clinical knowledge and competence to take care of the patient group in home health nursing. To meet the increased competence requirements, SKUV can be a useful tool for both new and experienced nurses and provides opportunities to increase patient safety. Research that confirms the actual effect of SKUV on patient safety is in demand for.

Keywords: clinical examination, clinical reasoning, home health nursing, patient safety, nursing,

Case:

«Våken, kvikk og klar møter jeg opp på min første praksisdag i hjemmesykepleien. Dagens første pasient er en eldre mann med fremskreden KOLS og svært preget av sin sykdom. I det vi går inn og sier god morgen merker vi umiddelbart at noe galt. Pasienten møter ikke blikket vårt og formidler ikke et eneste ord. Han er tydelig tungpustet og strever voldsomt. Svetten piper fra pannen og pulsen stiger i det vi ser at oksymeteret viser en metning på 45%. Veileder tar raske steg ut mot kjøkkenet og slår inn 113. Ambulansen og legevaktslegens blålys skimtes fra pasientens leilighet en kort stund etter. Med hurtige steg og utstyr på slep entrer de leiligheten. Pasienten får oksygen og inhalasjonspreparater med god effekt. Mer oksygen enn han tåler, med en metning som synker så fort det skrur ned. Legevaktslegen mistenker lungebetennelse med påfølgende kolsforverring. Dette blir pasientens 12 innleggelse dette året. Han ser fortvilet på personalet, gir tydelig uttrykk om at han ikke ønsker å være med, men vet det er nødvendig for å bli bra igjen.»

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Egen forforståelse og relevans for sykepleie	2
1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensinger	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2 Metode	4
2.1 Vitenskapsteori	4
2.2 Valg av metode	4
2.3 Litteratursøk	5
2.4 Kildekritikk	7
2.5 Etske overveielser	8
3 Presentasjon av relevant faglitteratur, lovverk, retningslinjer og sykepleieteori	9
3.1 Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering	9
3.1.1 Systematisk pasientundersøkelse avdekker forverring og kan redde liv	10
3.2 Lover, yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper	10
3.3 Samhandlingsreformen - rett behandling, på rett sted til rett tid	11
3.3.1 Konsekvenser av samhandlingsreformen	12
3.4 Hjemmesykepleierens rolle	13
3.5 Klinisk sykepleiekompetanse	13
3.6 Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleiefaget	14
3.7 Patricia Benner og klinisk sykepleiepraksis	15
3.8 Florence Nightingale - Observasjon kan redde liv	16
4 Resultat	17
4.1 A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries	17
4.2 Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?	17
4.3 Physical Assessment: A Continuing Need for Clarification	18
4.4 The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study	18
4.5 The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence	19
4.6 The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review	20

4.7 Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education	20
4.8 Reflection on actions: Identifying facilitators of and barriers to using physical assessment in clinical practice.....	21
5 Drøfting	22
5.1 Konsekvenser av samhandlingsreformen – endring av hjemmesykepleierens rolle.....	22
5.1.1 Sykere pasienter og økende krav til klinisk sykepleiekompetanse	22
5.1.2 Samsvarer forventet og faktisk sykepleiekompetanse?	25
5.2 Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering	25
5.2.1 Bruken av SKUV sett med internasjonale øyne	26
5.2.2 I hvilken grad bruker sykepleiere SKUV som arbeidsmetode?	27
5.2.3 Nytteverdien av SKUV	29
5.3 Hvordan er SKUV relevant for hjemmesykepleien og vil det bidra til økt pasientsikkerhet?.....	32
6 Konklusjon.....	35
Litteraturliste	36
Vedlegg 1 – Litteratormatrise	40

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Caset som ble introdusert innledningsvis er noe vi begge kjenner oss igjen i, og er en av flere årsaker til at vi har valgt systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) som tema. Interessen for å skrive om SKUV i bacheloroppgaven blomstret etter våre praksisperioder i hjemmesykepleien. Her opplevde vi et tydelig behov for systematisering, hvor vi så at kunnskap om SKUV kunne fremmet pasientsikkerheten hos pasientene.

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er pasientsikkerhet et alvorlig globalt problem som påvirker folkehelsen (2019a). Globalt blir fire av ti pasienter utsatt for unødig skade i primærhelsetjenesten, hvor 80% av dem kunne vært forebygget (Verdens helseorganisasjon, 2019b). Utfordringen rundt pasientsikkerhet påpekes også av sykepleiere i Norge som hevder at dagens primærhelsetjeneste sliter (Fisher et al., 2020). Pasientgrupper med behov for helhetlig og sammenhengende tjenester er særs sårbare for svakheter i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2019a, s. 16).

Årlig mottar ca. 163.000 personer hjemmesykepleie (Statistisk sentralbyrå, 2020). En hjemmesykepleietjeneste som hevdes å ha for dårlig bemanning og utilstrekkelig kompetanse, som ikke er i stand til å oppfylle samhandlingsreformens mål (Fisher et al., 2020). Tjenesten har en unik mulighet til å drive effektiv sykdomsforebygging, behandling og oppfølging av sykdom (Fisher, 2021). Til tross for det anses hjemmesykepleien i Norge som en basal omsorgstjeneste med fokus på å dekke de mest "iøynefallende" behovene og å bare "ta vare på" pasientene (Fermann & Næss, 2016, s. 239; Fisher, 2021).

"At pasienter ikke får tidsriktig vurdering fra legevaktslege fordi hjemmetjenestens vurderinger ikke stoles på, kan bidra til unødvendig sykdomsutvikling"
(Fisher, 2021).

1.2 Egen forforståelse og relevans for sykepleie

Ut fra vår oppfatning kan SKUV bidra til å gjøre sykepleiere tryggere på sine kliniske undersøkelser og vurderinger. Kunnskap om SKUV kan også bedre formidling av informasjon til fastlege, Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevakt. Basert på det vi har ervervet oss av kunnskap om SKUV, er vår oppfatning at arbeidsmetoden vil bidra til økt klinisk kompetanse i hjemmesykepleien. I tillegg vil sykepleierne bli mer selvstendige. Heike Fisher, som er sykepleier og ansvarlig for SKUV i hjemmesykepleien, støtter våre synspunkter i en av hennes kronikker. Hun hevder at SKUV er en verdifull kompetanse i hjemmesykepleien (Fisher et al., 2020). Formålet med bacheloroppgaven er å finne svar på om SKUV kan bidra til å øke pasientsikkerheten i hjemmesykepleien.

1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensinger

På bakgrunn av caset, egne erfaringer og nysgjerrighet på det kliniske aspektet og fokuset i hjemmesykepleien, har følgende problemstilling blitt utformet:

Hvordan kan systematisk klinisk undersøkelse og vurdering bidra til å øke pasientsikkerheten i hjemmesykepleien?

Ved hjelp av systematiske søk i databaser, faglitteratur og empiri skal vi se nærmere på bruken av SKUV i hjemmesykepleien. Hovedfokuset rettes mot sykepleiere, bedre klinisk kompetanse og økt pasientsikkerhet. Pasientgruppen i oppgaven defineres ikke mer enn hjemmeboende med behov for hjemmesykepleie. Noe oppmerksomhet rettes imidlertid mot eldre hjemmeboende med komplekse sykdomsbilder da det er en dagsaktuell utfordring. Grunnet oppgavens omfang har vi bevisst valgt å ikke drøfte pårørendes rolle. Vi vil heller ikke gå i dybden på hvordan SKUV utføres, men nevner det i korte trekk. SKUV vil i større grad knyttes opp mot samhandlingsreformen og dens økte krav til kompetanse og ansvar i kommunehelsetjenesten.

1.4 Begrepsavklaring

Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering et norsk begrep og er en pasientundersøkelse som består av inspeksjon palpasjon, perkusjon og auskultasjon (Nordtvedt & Grønseth,

2016, s. 30). Forkortelsen ble først presentert i Norge av sykepleierne Brevik og Tymi (2013), men har sin opprinnelse i de internasjonale begrepene «physical assessment», «physical assessment skills (PAS)», «clinical reasoning» og «head-to-toe assessment».

Begrepet pasientsikkerhet defineres som frihet fra behandlingsrelatert skade eller risiko for skade (Sperre et al., 2010, s. 6). Hjemmesykepleien er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende personer. (Fjørtoft, 2016, s. 13–17). Det gjelder mennesker som trenger helsehjelp i kortere eller lengre perioder på grunn av sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjonen for øvrig. Med begrepet helsehjelp menes handlinger utført av helsepersonell med et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Begrepet kvalitet dukker ofte opp i forbindelse med pasientsikkerhet og helsetjenester. Kvalitet i helsetjenesten handler om i hvilken grad aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for ønsket helserelatert velferd i en befolkning (Kirkevold, 2016, s. 271–272). Tjenestene skal utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.

2 Metode

I metodekapittelet vil vi presentere hvilken vitenskapsteoretisk fremgangsmåte vi har benyttet for å besvare problemstillingen. Kapittelet tar også for seg metoden vi har brukt samt aktuell faglitteratur og forskning. Avslutningsvis belyses kilde- og metodekritikk og forskningsetiske overveielser.

2.1 Vitenskapsteori

I oppgaven vil vi anvende naturvitenskapelig, humanvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig kunnskap. Naturvitenskapen er en forklarende kunnskap som leter etter sammenhenger mellom årsak og virkning (Dalland, 2017, s. 39–40). Slik kunnskap er helt avgjørende for å forstå hvordan menneskekroppen fungerer, og sykdom utvikler seg. Òg blir aktuell for oppgaven da bruk av SKUV handler om å utføre undersøkelser for å oppdage endring og forverring av tilstand. For å få frem pasienters og sykepleieres erfaringer rundt bruken av SKUV, benytter vi også humanvitenskap. Slik kunnskap benevnes som “forståelsestolkning”, som kan hjelpe oss til å forstå oss selv og andre menneskers erfaringer, tanker, følelser og atferd (Dalland, 2017, s. 44–45).

Samfunnsvitenskapen handler om hvordan ulike forhold medvirker til muligheter, utfordringer og begrensninger som innvirker på menneskene (Thidemann, 2020, s. 61). Kunnskapen kommer frem fra pasientenes perspektiv i form av kortere liggetid i sykehus og oppfølging etter utskrivelse. Fra sykepleieperspektivet knyttes kunnskapen opp mot undervisning og veiledning i SKUV.

2.2 Valg av metode

Metode anvendes som et redskap for å undersøke og belyse et ønsket emne og problemstilling (Dalland, 2017, s. 51–52). Hvilken metode som er mest hensiktsmessig avhenger av hva som vil besvare problemstillingen og hvilken kunnskap som kan besvare den på best mulig måte. Oppgaven anvender litteraturstudie som metode. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren oppdatert og god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør samt beskrive hvordan en har kommet fram til kunnskapen (Thidemann, 2020, s.77-79). En litteraturstudie systematiserer eksisterende kunnskap fra

flere skriftlige kilder om et aktuelt tema. Ved å gjennomføre litteratursøk etter eksisterende forskning vil vi samle, analysere, kritisk vurdere og tolke funn. De følgende resultatene oppsummeres og presenteres senere i oppgaven. Forskningsartikler av både kvalitative og kvantitative metoder kan inkluderes i litteraturstudien, da ulik bruk av metode kan belyse flere sider av temaet og besvare problemstillingen.

Flere av forskningsartiklene vi har inkludert er engelskspråklige. Vi har selv oversatt med hjelp fra elektroniske ordbøker når vi møtte på ukjente ord og uttrykk. Når vi selv oversetter kan vi tolke begrepsbruk opp mot konteksten feil, og stiller oss derfor noe kritisk til egen formidling av budskapet på norsk. Vi har derfor valgt å presentere enkelte sitater på engelsk for å understreke viktige poeng.

2.3 Litteratursøk

I starten av søkeprosessen utførte vi innledende søk i Google Scholar, Oria og sykepleien.no for å få en oversikt over hva som allerede er skrevet om temaet. Gjennom disse søkene fant vi noen artikler og referanser som ble benyttet videre i oppgaven. Vi fant også mange variasjoner i begrepsbruken av SKUV og hjemmesykepleien på engelsk. Noe som gav oss utfordringer når vi skulle gjennomføre systematiske søk i elektroniske databaser. For å kartlegge aktuelle søkeord benyttet vi PICO skjema. Deretter satt vi opp synonymene for SKUV og hjemmesykepleien i blokk søk. OR ble brukt mellom synonymene, mens AND ble brukt for å kombinere blokkene. Søk ble utført ved bruk av tekstord og emneord. De samme tekstordene ble brukt i alle søk, mens emneord varierte ut fra hvilken database det ble søkt i. Søkene ble utført i de elektroniske databasene CINAHL, SveMed+ og Pubmed.

Endelige søkeord som ble benyttet var *nurs**, *physical assessment*, *nursing assessment*, *clinical reasoning*, *community health nursing* og *clinical competence*. Søkekombinasjonene gav flere relevante treff. Både internasjonale og skandinaviske forskningsartikler med ulike vinklinger rundt aktuelt tema.

Vi har avgrenset søket med å sette krav til at artiklene er nyere enn 2010, engelsk eller norskspråklig og fagfelleurdert. På studiet har vi lært at forskning ikke bør være mer enn ti år gamle. Avgrensningen kan derfor ha medført tap av informasjon, da SKUV har blitt

implementert til ulike tider internasjonalt. Det at vi er noviser når det kommer til litteratursøk kan også ha medført at vi har gått glipp av relevante artikler. Videre var det ønskelig at forskerne har en tilknytning til sykepleieryrket. Av internasjonal forskning valgte vi å inkludere forskningsartikler fra land med tilnærmet likt helsevesen som i Norge. Land som ble inkludert var Storbritannia, Sverige og Finland, Australia, New Zealand, Singapore og USA. Sistnevnte stiller vi oss noe kritisk til da utformingen av helsevesenet er noe ulikt.

Aktuelle forskningsartikler ble i første omgang valgt på bakgrunn av relevant overskrifter. Deretter leste vi sammendragene for å se på artiklenes relevans opp mot problemstillingen. Vi satt da igjen med totalt 19 artikler. Etter en grovvurdering ved å se på bruk av innledning, metode, resultat og konklusjon (IMRaD-struktur), satt vi igjen med 11 artikler som vi leste i fulltekst. Artiklene ble kritisk ved bruk av sjekklister ut ifra faglig relevans, hvor tre av dem ble ekskludert. Åtte relevante forskningsartikler ble inkludert og satt opp i en litteraturmatrise (vedlegg 1) som forenklet den videre bruken av dem.

Flere av forskningsartiklene er bygget opp av kvalitative metoder. Noen av artiklene er litteraturstudier som har innhentet data fra både kvalitativ og kvantitativ forskning. Litteraturstudiene ble inkludert ettersom forskerne har gjort grundige systematiske litteratursøk, og deretter sammenfattet resultatene i en oversikt. På den måten fikk vi en oppsummering av SKUV fra flere forskningsartikler i en og samme studie. Samtidig er vi oppmerksom på at litteraturstudiene er forskernes tolkning av andres arbeid. Det tas i betraktning når vi benytter og tolker innholdet selv.

Hensikten med kvalitativ tilnærming er å få frem sammenhenger og helhet (Dalland, 2017, s. 52–53). Forskere som bruker slik tilnærming betegnes ofte som “tolkere”, som er viktig å tenke på når en skal vurdere og analysere deres forskning. Metoden havner innenfor det humanvitenskapelige og forstående kunnskapsperspektivet. Kvantitativ tilnærming har som hensikt å foreta sammenligninger og finne mønstre (Thidemann, 2020, s. 75–76). Dette ved å innhente målbare og objektive data. Metoden havner innenfor det forklarende naturvitenskapelige perspektivet med fokus på breddekunnskap.

2.4 Kildekritikk

Dalland beskriver ordet kilde som opphav til kunnskap, som må gjennomgå en prosess for å kontrollere om den er brukbar (2017, s. 149). Prosessen kalles kildekritikk hvor en kritisk vurderer litteraturen en har innhentet. Hensikten er å bestemme relevans, styrke og begrensninger i den informasjonen (Thidemann, 2020, s. 26). Videre skal litteraturen bedømmes ut ifra deres pålitelighet og faglighet. (Dalland, 2017, s. 55). Pålitelighet handler om å vise hvorfor arbeidet vi har gjort er til å stole på, og er et kriterium for kvalitet. Fagligheten er det vi anser som faglig relevant for vårt tema og problemstilling. Åpenhet om resultatene av undersøkelsene vi har gjennomført blir også en essensiell del av oppgaven.

For å kvalitetssikre funnene våre har vi benyttet sjekklister fra Helsebiblioteket som stiller kritiske spørsmål til de ulike forskningsdesignene (2016). Alle forskningsartiklene vi har benyttet er publisert i vitenskapelige tidsskrifter, blitt uavhengig vurdert av fagpersoner og holder vitenskapelig standard (Dalland, 2017, s. 154). Som vil si artiklene er fagfelleurdert. Vi har satt søkelys på forskningsartikler som kan vise til økt pasientsikkerhet. Vi har ikke aktivt lett etter forskning som viser til noe annet, men imidlertid inkludert forskningsartikler som tar for seg barrierer for bruk av SKUV blant sykepleiere. Dette vil brukes som et motargument i drøftingen. Videre kildekritikk som er relevant for oppgaven beskrives i resultatdelen.

Etter skolens krav til bacheloroppgaven vil vi anvende sykepleieteori. Vi velger å bruke to sykepleieteoretikere da vi ikke kan plassere problemstillingen under én spesifikk teori. Vi vil benytte oss av både primær- og sekundærlitteratur. Dette for å sikre teoretikerens egne sitater og refleksjoner som kan potensielt mistolkes i et mellomledd. Sekundærlitteraturen benyttes for å få en oversikt og forståelse for teorien i sin helhet. Vi bruker bøker og relevant faglitteratur hentet fra pålitelige nettsteder og skolens bibliotek. Bøkene anses som pålitelig da det er en del av pensumlitteraturen for sykepleierstudenter. Fagartikler har som formål å gjøre akseptert og gjeldende kunnskap kjent (Thidemann, 2020, s.67) Fagartikkelen *Systematisk pasientundersøkelser avdekker forverring og kan redde liv*, beskrives under aktuell faglitteratur. Den er ikke fagfelleurdert, som kan utgjøre en svakhet for oppgaven. Vi har likevel valgt å inkludere den da artikkelen tar for seg fordeler ved bruk av SKUV.

Fagartikkelen er publisert i tidsskriftet Sykepleien. Det er et anerkjent elektronisk fagblad som støtter opp om dens aktualitet og troverdighet.

For å ta med politiske aspekter i oppgaven bruker vi offentlige publikasjoner, herunder lover, etiske retningslinjer og prinsipper, reformer og rapporter. De er hentet fra regjeringen.no, lovdata, Det Norske Sykepleierforbundet og Helsedirektoratet som forsyner oppdatert og troverdig informasjon. Vi har også sett på lovverket og reformen i pensumbøker for å få bedre oversikt.

2.5 Etiske overveielser

En litteraturstudie tar utgangspunkt i allerede skrevet studier og kunnskap. Av etiske hensyn er det viktig å referere til kilder korrekt, og skolens retningslinjer tilsier bruk av APA 7th referansestil. Videre har tre av våre åtte forskningsartikler kommentert etiske hensyn og har godkjenning fra etiske komiteer. Det kan anses som svakheter ved studiene at de mangler det. Alle studiene tar hensyn til valgfrihet ved deltakelse og anonymisering av innsamlet data. Det er viktig for oppgavens troverdighet at ikke bare artikler som støtter egne synspunkter tas med, men som gjengir det virkelige resultat. Vi har også valgt å presentere en pasientcase i oppgaven. Ingen opplysninger som kan identifisere partene nevnes for å anonymisere de involverte.

3 Presentasjon av relevant faglitteratur, lovverk, retningslinjer og sykepleieteori

3.1 Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering

Internasjonalt har SKUV vært en del av utdanningen til sykepleiere i flere år. Det kom først til USA på 1970-tallet, og deretter i Australia, New Zealand, England og Canada fra 1990-tallet (Egilsdottir et al., 2019; Raleigh & Allan, 2016). I Norge har SKUV vært forbeholdt videreutdanninger for sykepleiere, og kom for første gang inn i bachelorprogrammet i 2013 ved Universitetet i Nordland (Breivik & Tymi, 2013). Flere utdanningsinstitusjoner har fulgt etter og har gjort SKUV til en del av læringsutbytte ved sykepleierstudiet i Sørøst-Norge og Trondheim (NTNU, 2019; USN, 2018).

SKUV er en systematisk metode der sykepleiere benytter fysiske undersøkelsesferdigheter for å vurdere pasientens kliniske tilstand, ta gode beslutninger og iverksette tiltak for å tilfredsstille pasienters grunnleggende behov (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 30). Metoden kan hjelpe sykepleiere til å avkrefte eller bekrefte hypoteser ut ifra sykepleierintervjuet (Breivik & Tymi, 2013). SKUV er en del av den totale datainnsamlingen i sykepleieprosessen og består av de fire undersøkelsesferdighetene inspeksjon, perkusjon, palpasjon og auskultasjon (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 30):

Inspeksjon (å observere) foregår kontinuerlig under hele undersøkelsen og omfatter observasjon av pasienten ved hjelp av syn-, lukte- og hørselssansen. Det kan omhandle observasjon av respirasjonsmønster, hudfarge eller lukt og konsistensen av pasienters ekspektorat etter hoste.

Perkusjon (å banke) er en teknikk der en banker indirekte på en del av kroppsflaten for å skape vibrasjoner som fremkaller resonans. Dette benyttes for å vurdere luftinnhold og grenser for underliggende organer.

Palpasjon (å føle) innebærer å berøre pasientens kroppsdel med hendene for å avdekke eventuelle sykkelige forandringer som hevelse i huden ved lett palpasjon, eller oppdage en overfylt blære ved dypere palpasjon. Palpasjon avdekker også om huden er kald og klam, eller pulsens frekvens og fylde.

Auskultasjon (å lytte) innebærer å lytte aktivt etter lyder fra pasientens kroppshuler, for eksempel lunger, hjerte eller abdomen. Auskultasjon utføres ved bruk av stetoskop, men er også nyttig uten, hvor en lytter etter eksempelvis respirasjonslyder, klynking eller surkling fra sår i brystregionen.

3.1.1 Systematisk pasientundersøkelse avdekker forverring og kan redde liv

Murphy, Hivand og Danielsen hevder at SKUV kan gi sykepleierne presis faglig støtte til subjektive observasjoner (2019). Sykepleiernes helhetlige vurdering av pasienten formes av deres subjektive forståelse i samspill med objektive observasjoner. SKUV gir et sammenligningsgrunnlag av pasientenes endringer ettersom sykepleiere kan sammenligne tidligere og aktuelle observasjoner av sin pasient. På bakgrunn av det blir sykepleierne bedre i stand til å oppdage, varsle og iverksette tiltak tidligere ved forverring hos pasienten. På den måten unngås unødig skade av pasientene som følge av helsetjenesten de får eller ikke får. SKUV gir anledning til å fremme pasientsikkerhet, sørge for riktig behandling og rett behandlingsnivå.

“Det er bekymringsverdig at sykepleiere ikke alltid er trygge på hva de skal gjøre når pasienten blir dårlig.” (Murphy et al., 2019)

Sykepleierne får best gehør for sin bekymring når de presenterer objektive funn til leger (Murphy et al., 2019). Formålet med SKUV er å oppdage det unormale eller uforventede og kan legge grunnlag for legenes etablering av diagnoser. Sykepleierne er pliktig til å handle på bakgrunn av det som oppdages samt rapportere videre. Undersøkelsesteknikkene kan brukes til å høre sideulikheter på lungene, obstruktive respirasjonslyder, manglende tarmlyder, se og kjenne en utspilt buk eller mistenke manglende vannlating. Sykepleieren kan straks iverksette målrettede prosedyrer som for eksempel thoraxleie og blærescanning.

3.2 Lover, yrkesetiske retningslinjer og etiske prinsipper

Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i sin utøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Etikken oppfordrer sykepleier til å handle godt for pasientene, og beskytte dem mot behandling eller dårlig

omsorg som kan være til skade (Brinchmann, 2016, s. 85). Dette utgjør velgjørenhet- og ikke skade prinsippet.

Vedrørende lovverket, skal sykepleiere forholde seg til Helsepersonelloven (1999) og dens krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Loven viser til sykepleiernes ansvar om å sikre at egen utøvelse av faget blir gjort på en forsvarlig måte, etter det som forventes ut fra egne kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Hvilke kvalifikasjoner en har vil variere da det omfatter både formelle og reelle kvalifikasjoner, egne erfaringer og kompetanse (Kirkevold, 2016, s. 278). Helsepersonelloven (1999) beskriver også hvordan virksomhetene er ansvarlig for sykepleiernes muligheter til å overholde sine lovpålagte plikter, samt tilretteleggelse for gode arbeidsforhold og læringskultur.

Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester stiller kommunene ansvarlig for å sikre forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten (2011). Den skal sikre at hver enkelt pasient får et helhetlig og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud samt medvirke til muligheter for videreutdanning.

3.3 Samhandlingsreformen - rett behandling, på rett sted til rett tid

Samhandlingsreformens hensikt er å bidra til bedre pasientforløp ved at pasientene får rett behandling, på rett sted og til rett tid (St. meld. nr. 47 2008-2009). Helsereformen kom ut i 2012 på bakgrunn av en rapport som viste at samhandling mellom både helsepersonell og institusjoner var et problem (NOU 2005: 3, 2005). Det ble også identifisert sterk vekst av pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, diabetes og kreft (Kristoffersen, 2016, s. 195). Problemene ble sett i form av manglende innsats for å begrense og forebygge sykdom, demografisk utvikling og endring av sykdomsbilde, med større behov for koordinerte tjenester (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13-14). Fokuset ble derfor flyttet fra å bare behandle sykdom og senkomplikasjoner, til å forebygge og begrense gjennom tidlig intervensjon (s.22-24).

Helsereformen har medført at en større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene fremfor i sykehus og stiller krav til samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (St. meld. nr. 47 2008-2009). Ansvarsforskyvningen sees tydelig ettersom størst økning i

tjenestemottakere fra 2018 til 2019 var mottakere av helsehjelp i hjemmet (Helsedirektoratet, 2019b). Det samme belyses i Stortingsmelding 26 (2014-2015, s. 14-15), hvor det hevdes at helsetjenesten vil møte flere pasienter med mer faglig og komplekse behov. For å møte pasientens økte behov for behandling og oppfølging trengs det flere med helse- og sosialfag, høyere helsefaglig kompetanse, og større tverrfaglig bredde enn før.

3.3.1 Konsekvenser av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens endringer i spesialisthelsetjenesten har påvirket kommunehelsetjenesten som følge av kortere liggetid på sykehus og tidligere utskrivningsklare pasienter (Helsedirektoratet, 2019a, s. 57). Reformen har gitt økt arbeidsmengde i kommunene som følge av flere og sykere pasienter (Haukelien et al., 2015; Meld. St. 26 (2014-2015)). Oppgavene har blitt mer komplekse sammenlignet med tidligere, både i forhold til medisinske prosedyrer, større krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring. Sammenlagt har dette ført til behov for større kompetanse og kapasitet, som kommunene ikke har vært i stand til å bygge opp før samhandlingsreformen trådte kraft.

Foreløpig kompetanseheving foregår i form av kursing, og i mindre grad av systematisk utdanning av sykepleiere som spesialister (Haukelien et al., 2015). Som et resultat er utfordringer som økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikring noe kommunehelsetjenesten står overfor. Sykepleierne i kommunen opplever en bemanning som ikke er tilfredsstillende i forhold til økte oppgaver og krav. Det er også behov for å avlaste sykepleierne fra de enkle pleieoppgavene og rekruttere flere sykepleiere med videreutdanning. Slik at de kan ta seg av pasienter med behov for mer spesialisert sykepleie. Videre kommer det fram at samhandlingsreformens mål om å styrke forebygging og redusere sykdom ikke har nådd frem.

Samhandlingsreformen setter større krav til sykepleiere på bakgrunn av mer komplekse og medisinske krevende pasienter. Dette kravet møtes i liten grad i kommunene og på utdanningsnivå. I hjemmesykepleien er det også et prekært behov for mer kompetanse (Fisher, 2021). Av den grunn anses dette som relevant for oppgaven.

3.4 Hjemmesykepleierens rolle

Hjemmesykepleierens ansvar og funksjon er i endring, med oppgaver som blir stadig flere og nye (Fermann & Næss, 2016, s. 239; Fjørtoft, 2016, s. 222-224). Syke eldre hjemmeboende har økende behov for jevnlig og systematisk individuell kartlegging og vurdering som følge av mer komplekse og skiftende hjelpebehov. Det er nødvendig for å oppdage endringer, men blir stadig oversett av både hjemmesykepleiere og fastleger. Videre kan det medføre at pasientene utvikler funksjonssvikt som ikke behandles før tilstanden blir akutt og sykehusinnleggelse blir nødvendig. Økt tidsressurs og sykepleierkompetanse i vurdering og prioritering av pasientsituasjonen er nødvendige behov i hjemmesykepleien.

I hjemmesykepleien finner en pasienter med funksjonstap, multisykdom, akutt sykdom og funksjonssvikt (Fermann & Næss, 2016, s. 239). Omorganisering og endringer av hjemmesykepleien vil få konsekvenser for yrkesrollen, med et kompetansebehov som er mangeartet og må styrkes (Fermann & Næss, 2016, s. 260; Fjørtoft, 2016, s. 222). Hjemmesykepleierne har ansvar for kvaliteten på helsehjelpen som gis, og må være både handlekraftige, stolte og uredde for å ivareta hjemmesykepleiens grunnleggende verdier (Fjørtoft, 2016, s. 223–224). I flere og nye oppgaver beskrives blant annet velferdsteknologi og helseteknologi. Teknologien muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 223-224). Videre er kommunikasjon og samarbeid til ulike seksjoner i primærhelsetjenesten (eksempelvis legevakt og fastlege) viktige oppgaver, som muliggjør gode pasientforløp og oppfølging. Klinisk kompetanse er etterspurt og ønsket hos pasientene, særlig hos de aller sykeste. Klinisk kompetanse og trygghet på sin egen rolle er nødvendig for å kunne håndtere de stadige forandringene og omorganiseringene som fremtidens sykepleiere må tilpasse seg etter.

3.5 Klinisk sykepleiekompetanse

Klinisk sykepleie kan forstås som praktisk omsorg for den som lever med sykdom, truende sykdom eller ettervirkninger av sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 17–22). Det omfatter kompetanse til å observere og vurdere pasienters sykdomstilstand, hvor det vektlegges å kunne fange opp tidlige tegn til endringer. Datainnsamlingen blir et viktig grunnlag for alle kliniske vurderinger og beslutninger som tas, og for hvilke handlinger som

settes i verk. Endringer som tyder på forbedring eller forverring er ofte vage og nesten usynlige. Videre handler klinisk sykepleiekompetanse om å utføre kvalifisert oppfølging av medisinsk behandling og prosedyrer.

Klinisk sykepleie er et bredt fag og handler om å skape sammenhenger mellom teori og praksis, basert på kunnskap om anatomi og fysiologi, sykdomslære og medisinsk kunnskap (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 20–22). I tillegg til å lindre ubehag, skal sykepleiere assistere legene ved å være deres øyne og ører. En skal observere, dokumentere og rapportere for å sikre at observasjoner som kan påvirke pasientens sykdomsforløp følges opp videre. God klinisk sykepleie kjennetegnes av å kunne tilpasse pleien og rette oppmerksomheten mot hver enkelt pasient, skape en trygg relasjon og benytte sykepleieprosessen. For å kartlegge en pasients situasjon fordres bruk av systematisk undersøkelse og innsamling av subjektive og objektive data. Det opparbeides ved å stille spørsmål, observere og gjøre undersøkelser av pasienten.

I dag er mye av den kliniske praksisen overtatt av monitoreringsteknologi (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 24). Til tross for dette er klinikerens hender, øyne og øre like viktig for å gi gode og presise vurderinger av pasienters tilstand. Å kunne foreta kliniske vurderinger er avgjørende og benevnes som “kjernen” i klinisk kompetanse og praksis.

3.6 Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleiefaget

Noe av det viktigste for dagens helsetjenester er trygg og sikker pleie for alle pasienter. Pasienter skal ikke utsettes for unødig fysisk eller mental skade eller risiko som følge av den helsetjenesten som ytes eller ikke ytes (Kirkevold, 2016, s. 273).

Pasientsikkerhet har vært sentralt i sykepleiefaget siden Nightingale sin tid. (s.268). Hun presenterte allerede da et fokus på å avdekke kvalitetsbrister, iverksette tiltak og evaluere effekten av dem. I dag gjennomføres dette via årlige stortingsmeldinger fra regjeringen (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5). Det blir vektlagt at pasienter skal få rask, trygg og god hjelp når de trenger det, og at de skal oppleves som en likeverdig part i behandlingsforløpet. Videre formuleres målet om høy kvalitet som bunn i sikker, inkluderende, tilgjengelig og rettferdig helsetjeneste, og skal medbringe samordning og kontinuitet. Et satsingsområde

for trygg helsehjelp beskrives i pasientsikkerhetsprogrammet “i trygge hender 24/7” (Helsedirektoratet, 2019c). Handlingsplanen har som mål å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten via målrettede tiltak, kompetanseheving og kvalitetsforbedring. En av innsatsområdene er tidlig oppdagelse av forverret tilstand.

3.7 Patricia Benner og klinisk sykepleiepraksis

Patricia Benner er en anerkjent sykepleieteoretiker og har utviklet flere teorier som har vært med å forme dagens sykepleierutdanning og yrke. (Brykczynski, 2011, s. 149). Benner har bred kompetanse innen medisinsk- kirurgisk sykepleie, intensivbehandling og hjemmesykepleie. Hun fokuserer på klinisk sykepleiepraksis, herunder viktigheten av å forstå forholdet mellom praksis og teori (s.152-154). Hennes refleksjoner har fått stor plass i dagens litteratur og bidrar fremdeles til forståelse av kliniske situasjoner. Hun beskriver nødvendigheten av et godt klinisk blikk og kliniske ferdigheter for å kunne nå et ekspertnivå innen sykepleiefaget. Videre vektlegger hun fire aspekter hvor to av dem kan knyttes opp til vår problemstilling; å kunne gjenkjenne kliniske forandringer og utvikle klinisk kunnskap knyttet til spesifikke pasientgrupper (s.162). Bruk av SKUV fordrer klinisk sykepleiekompetanse for å kunne utføre god sykepleie praksis, hvilket gjør Benners teori relevant for problemstillingen vår.

Det er viktig å ta i betraktning at Benners perspektiver på klinisk sykepleiepraksis er fenomenologisk, som vil si at det er basert på hennes erfaring fra et førstepersonsperspektiv (Hovd, 2020). Benner hevder at klinisk vurdering og omsorgspraksis krever oppmerksomhet på den spesifikke pasient over tid, hvor endringer hos pasienten, egne erfaringer og innlært kompetanse tas med i betraktning (Brykczynski, 2011). Benner beskriver i sitt verk hvordan sykepleiere på ekspertnivå benytter perseptuell årvåkenhet i større grad en konseptuell oppmerksomhet (Benner, 1995, s. 190). Det vil si at sykepleierne gjennom sine erfaringer er i stand til å se endringer i pasientens tilstand gjennom subtile tegn og ansiktsuttrykk før det gir utslag i målbare vitalia. Derimot er sykepleiere på nybegynnernivå nødt til å gå ut fra objektive, veloverveide betraktninger vedrørende så mange variabler som mulig. Likevel understreker hun viktigheten av at sykepleierne evner å oppdage endringer i pasientens tilstand før objektive og målbare symptomer kommer til syne (s. 99-100). Effekten av denne

kompetansen avhenger videre av sykepleiernes evne til å få legen til å reagere hensiktsmessig.

Benner hevder at sykepleiernes diagnostiske- og overvåkende funksjon smelter sammen i vurderingsfasen, og er en del av sykepleieprosessen (Benner, 1995, s. 105). Innsikten i pasientsituasjonene som sykepleiere besitter må suppleres ved hjelp av en grundigere og mer standardisert beskrivelse av situasjonen. Benner syntes det er merkelig hvordan det forventes at sykepleiere skal kunne stå i alvorlige og kritiske situasjoner, innledningsvis uten lege, uten at dette inngår i sykepleiernes rolle eller utdanning (s.153). Spesielt med tanke på at det ofte er sykepleierne som oppdager de første tegnene til forverring. Hun sier det er besynderlig at sykepleiere ikke gjennomfører undersøkelser i den innledende beslutningsprosessen før legen ankommer. Spesielt da det ofte er sykepleierne som må treffe raske beslutninger i denne fasen, samtidig som de må få tak i lege og eventuelle andre ressurser. Styring av livstruende nødssituasjoner uten legebistand inngår ikke i sykepleiernes planmessige og formelle rolle, men er likevel et krav og noe sykepleierne må stå ansikt til ansikt med i sin hverdag.

3.8 Florence Nightingale - Observasjon kan redde liv

Nightingale er en anerkjent sykepleieteoretiker og blir sett på som stifteren av den moderne sykepleien (Pfetscher, 2011). Nightingale er relevant for vår problemstilling da hennes sykepleieteori påpeker viktigheten bak konkrete fakta og vurderinger, og hvordan dette danner grunnlag for sykepleiernes vurderinger av pasienten (Nightingale & Skretkowicz, 1997, s. 149). "Sykepleieren skal være en fornuftig og rask observatør", skriver Florence Nightingale i *Notes on nursing* (Nightingale & Skretkowicz, 1997, s. 167-168). Formålet med observasjonen er ikke å samle mye og unyttig informasjon, men å redde liv og styrke helse. Nightingale mener det er viktig å lære sykepleiere hvordan de skal observere, hvilke symptomer som tyder på forbedring eller forverring, og hva som er nyttige observasjoner og ikke (s.149). Samtidig som en skal vite hva som forhindrer eller bidrar til sykdom, ulykke og død. Nightingale var opptatt av ordentlig utdanning innen sykepleiefaget, og mener det er en forutsetning for å kunne gi god og riktig pleie til pasientene (Pfetscher, 2011, s. 110–115).

4 Resultat

I resultatdelen vil vi presentere forskningsartiklene vi har valgt for å besvare problemstillingen vår. Vi benytte IMRaD-struktur for å beskrive hver enkelt forskningsartikkel.

4.1 A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries

(Raleigh & Allan, 2016)

Avanserte kliniske undersøkelser er blitt en del av sykepleieres rolle i England. Casestudiet har formål å utforske perspektiver på bruken av kliniske undersøkelsesferdigheter av spesialiserte sykepleiere i kommunene. Forskerne har en kvalitativ tilnærming med fokusgruppe- og semistrukturerte intervjuer av 22 deltakere. Deltakerne består av sykepleiere, leger, høgscolektorer og ledere ved sykepleierutdanningen. Funnene viser at kompetansen og evnen til å utføre SKUV er forventet i avansert sykepleiepraksis, samt en viktig del av sykepleierutdanningen for å møte dagens utfordringer i kommunehelsetjenesten. Sitater fra intervjuene presenteres for å få fram deltakernes perspektiver på bruken av SKUV som vil bli mye brukt i oppgavens drøftekapittel. Studiet konkluderer med at bruk av SKUV i kommunene er nyttig for pasientene og tjenesten, og for å møte de komplekse behovene som ikke dekkes av allmennleger.

En svakhet i studiet er at det ikke tar for seg pasientperspektivet. Overførbarheten kan diskuteres da studiet er begrenset til bare ett område, men den er også relevant fordi noe av primærhelsetjenesten i England kan være overførbart til Norge.

4.2 Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?

(Breivik & Tymi, 2013)

Bakgrunnen for studiet bunner i de oppståtte kompetanseutfordringene i kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen. Formålet er å undersøke

hvordan eksisterende forskningslitteratur beskriver SKUV og hvilke implikasjoner det har for sykepleiefunksjonen og utdanningen. Metoden er litteraturstudiet og er skrevet av universitetslektorer ved universitetet i Nordland. Forskerne har gjort systematiske litteratursøk i anerkjente databaser, med fokus på kvantitative studier og systematiske oversiktsartikler. Funnene beskriver SKUV som bestående av inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon, som en del av den totale datainnsamlingen. Som følge av endringer i helsetjenesten, er det et ønske om økt kompetanse og gode rollemodeller i praksis. Det konkluderes med at SKUV vil bedre klinisk vurderingsevne og bedre beslutningsprosessen blant sykepleiere og anses derfor faglig relevant for vår problemstilling.

4.3 Physical Assessment: A Continuing Need for Clarification

(Fennessey & Wittmann-Price, 2011).

Er et litteraturstudium som oppsummerer tidligere forskning for å gi en mer omfattende forståelse av kliniske undersøkelser og vurderinger i sykepleieres praksis. Forskerne har gjort et omfattende litteratursøk for å undersøke hvilke ferdigheter som benyttes og hvordan det kan knyttes til klinisk kompetanse og beslutningstaking. Resultatene viser at det er mange forskjellige begreper knyttet til klinisk undersøkelser og vurderinger, noe som skaper usikkerhet i begrepets omfang. Kliniske undersøkelser anses som en del av sykepleieprosessen, og kan angivelige forbedre sikkerheten og omsorgen for pasientene. Det fordrer at undersøkelsene gjøres rutinemessig. For at sykepleierne skal kunne ta i bruk arbeidsmetoden fordres en klar definisjon av hva som legges i begrepet "physical assessment" og dens tilhørighet i sykepleieprosessen. Studiet er relevant for oppgaven da det belyser både fordeler og utfordringer ved bruk av SKUV. En svakhet ved oppgaven er at metodekapittelet beskrives kort.

4.4 The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study

(Zambas, Smythe & Koziol – Mclains, 2016)

Presise sykepleievurderinger er viktig for å opprettholde pasientsikkerheten i sykehus, hvor

bruk av avanserte undersøkelsesteknikker kan gjøre sykepleierne bedre rustet til å behandle komplekse pasientcaser og håndtere kliniske utfordringer. Formålet med studiet er å undersøke hvilke konsekvenser bruken av avanserte kliniske undersøkelser og vurderinger medfører. Det er en kvalitativ studie med pragmatisk og hermeneutisk tilnærming. Innhenting av data ble gjort via dybdeintervju av fem erfarne sykepleiere fra medisinske og kirurgiske avdelinger. Resultatet viser at bruken fører til at sykepleierne leter mer aktivt etter tegn og symptomer som kan bekrefte deres intuisjon og tolkning av pasientens kliniske tilstand. Bruk av avanserte undersøkelsesteknikker veileder sykepleierne i hva de ser, hva de skal se etter, tolking av funnene og responsen de utfører. Det konkluderes med at undersøkelsesteknikkene er viktig for å kunne tolke de kliniske situasjonene nøyaktig og bidrar til å stille riktige diagnoser og medisinske behandling.

Studiet tar for seg sykepleieperspektivet via gjenfortellinger som kan utgjøre en svakhet da det øker faren for mistolkninger eller at viktige detaljer går tapt. En får heller ikke høre historiene fra pasientene eller legene sin side. Studiet tar for seg fem intervjuer av sykepleiere på sykehus. Vi stiller derfor spørsmål om overføringsverdien, men anser likevel artikkelen som relevant for å belyse sykepleieperspektivet.

4.5 The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence

(Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015).

Er et nordisk litteraturstudium med hensikt å undersøke forholdet mellom regjeringens forventninger til og faktisk sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenestene. Forskerne benytter seg av "scoping review" som metode med fokus på bredde, fremfor dybdekunnskap. De analyserer norske politiske dokumenter om forventninger og krav til sykepleiere i kommunen. Videre stilles opp mot nordisk forskning som beskriver omfanget av eksisterende sykepleiekompetanse. Funnene viser en tydelig ubalanse mellom forventet og faktisk sykepleiekompetanse. Det er mangel på muligheter for kompetanseøkning innen sektoren, samtidig som det er et pressende behov for å kunne gi tilfredsstillende pleie til pasienter i kommunene. En svakhet ved studiet er at det bare tar for seg forskning på sykepleiekompetanse i Sverige og Finland, som deretter settes opp mot norske politiske

dokumenter. Vi velger likevel å inkludere forskningsartikkelen for å belyse kompetansebehovet i kommunene. Vi mener den er overførbart til Norge da hjemmesykepleiens organisering er tilnærmet lik som i Sverige og Finland (Meld. St. 26 (2012-2013), s. 38-39).

4.6 The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review

(Munroe, Curtis, Considine & Buckley, 2013).

Er en litteraturstudie med hensikt å undersøke hvordan det å systematisere undersøkelser påvirker pasientomsorgen. Gjennom systematiske søk i databaser og manuelle søk inkluderte forskerne 12 studier med kvalitative og kvantitative tilnærminger. Studiene omhandler strukturerte sjekklister, verktøy og rammeverk utformet for paramedisinere, sykepleiere og leger. Resultatene viser at ved å systematisere pasientundersøkelser øker kliniske kompetanse og ferdigheter, men få av de støtter aspektet om bedre pasientsikkerhet – og utfall. Likevel konkluderes det med at strukturerte rammeverk kan bedre pasientomsorgen og pasientutfall. Studiet viser effekten av systematisering av undersøkelser som vi kan knytte opp mot bruk av SKUV i hjemmesykepleien. Den anses derfor som relevant selv om den ikke har en direkte tilknytning til SKUV.

4.7 Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education

(Tan, Lim, Levett-Jones, Chuaw & Liaw, 2021).

Er en systematisk oversiktsartikkel med formål å få en bedre forståelse for utfordringene ved undervisning i og bruk av SKUV i praksis. Forskerne har gjort systematiske søk i velkjente databaser og inkluderte 22 studier fra tidsperioden 1970 til 2019. Både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert. Resultatene viser til seks hovedbarrierer for bruk av SKUV. Disse er rolleforvirring, avhengighet av teknologi, kollegial støtte og kultur, variasjoner i praksis på tvers av spesialitetene, mangel på selvtillit og kunnskap, og til sist undervisning i for stort omfang basert på den biomedisinske modellen.

Forskerne konkluderer med at det er behov for å bedre undervisningen som gis. Fokuset bør rettes mot å lære færre ferdigheter på dybdenivå. Undervisningen om SKUV bør bevege seg vekk fra den biomedisinske modellen og heller tilpasses sykepleieprosessen.

Forskningsartikkelen anses som relevant for oppgaven da vi ønsker å se på utfordringer og argumenter som kan tale imot bruk av SKUV.

Systematiske oversikter legger strenge kvalitets-og utvalgskriterier og er en anerkjent metode for å sammenstille resultater av alle relevante studier innen et avgrenset fagområde (Dalland, 2017, s. 163). Vi anser derfor artikkelen som troverdig.

4.8 Reflection on actions: Identifying facilitators of and barriers to using physical assessment in clinical practice

(Byermoen, Brembo, Egilsdottir, Heyn, Moen & Eide, 2021)

Dette er et observasjonsstudium og er en del av et større prosjekt vedrørende implementering av grunnleggende systematiske kliniske undersøkelser og vurderinger (G-SKUV) i Norge. Og knyttet opp mot økt klinisk kompetanse og pasientsikkerheten i sykepleierutdanningen. Formålet med studiet er å undersøke hvor stor grad studentene benytter G-SKUV samt hvordan studentenes vurderinger av situasjoner påvirker hvilke ferdigheter de benytter. Forskerne har en kvalitativ tilnærming med to typer datainnsamling: observasjon og lyd- og videoopptak med påfølgende semistrukturerte intervjuer i etterkant. Dette for å identifisere likheter, forskjeller og mønstre samt skape innsikt i deltakernes handlinger. Fasilitatorer, forutsetninger og barrierer for bruk av G-SKUV ble også identifisert. Resultatet viser at implementering av G-SKUV i grunnutdanningen kan gjøre studentene bedre rustet til å oppdage kliniske tegn og handle deretter. Det gir studentene mulighet til å lære av sine kliniske erfaringer og bruke det videre i sine vurderinger av pasienter. Vi har valgt å inkludere artikkelen da den er relativt ny og tar for seg bruk av SKUV i Norge, i motsetning til de andre forskningsartiklene.

5 Drøfting

I drøftingen bruker vi funnene i forskningsartiklene som utgangspunkt. Funnene knyttes opp mot presentert faglitteratur, lovverk, retningslinjer, sykepleieteorier og egne refleksjoner. Vi velger å ha en inndeling på drøftetekapittelet for å besvare problemstillingen fra flere vinkler. I det første kapittelet vil vi undersøke om fag- og forskningslitteraturen oppdager et behov for mer systematiske kliniske undersøkelser i hjemmesykepleien. Deretter tar vi for oss hvordan SKUV kan være nyttig for sykepleiere og pasienter, som avslutningsvis knyttes opp mot hjemmesykepleien og pasientsikkerhet.

5.1 Konsekvenser av samhandlingsreformen – endring av hjemmesykepleierens rolle

Vi har allerede sett hvordan samhandlingsreformen har medført konsekvenser for sykepleierne i hjemmesykepleien (Haukelien et al., 2015). Følgende kapittel tar ikke for seg alle konsekvensene, men knyttes opp mot de som har ført til endringer i hjemmesykepleierens rolle.

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) nevner i likhet med forskningsartiklene og faglitteraturen, to fellesnevner til hvorfor sykepleieprofesjonen er i endring (Bing-Jonsson et al., 2015; Breivik & Tymi, 2013; Raleigh & Allan, 2016; Fjørtoft, 2016, s. 222). For det første er antall eldre pasienter med et større og mer komplekst sykdomsbilde voksende. For det andre har dette medført større kompetansekrav hos sykepleiere.

5.1.1 Sykere pasienter og økende krav til klinisk sykepleiekompetanse

Pasientgruppen under kommunehelsetjenesten er voksende og er et tydelig resultat av samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2019b; Haukelien et al., 2015). Andre årsaker sees i form av flere og sykere pasienter, velferdsteknologi og medisinsk behandling som blir stadig bedre (Fjørtoft, 2016, s. 223-224). Det skjer også en endring i helsehjelpen hjemmeboende pasientene har behov for. De blir tidligere utskrevet fra sykehus ettersom oppholdene blir kortere og behandlingen mer intensiv (Breivik & Tymi, 2013; Raleigh og Allan, 2016). Egne erfaringer fra ortopedisk/kirurgisk avdeling på sykehus bekrefter dette. Pasienter med hoftebrudd har færre liggedøgn postoperativt enn før og returnerer raskere

tilbake til kommunehelsetjenesten. Enten via korttids- eller rehabiliteringsopphold eller hjem med behov for oppfølging av hjemmesykepleien.

Pasientene i hjemmesykepleien krever mer oppfølging av medisinsk behandling og større omfang av rehabilitering i tillegg til tradisjonell pleie (Bing-Jonsson et al., 2015). Forskerne antyder at hjemmesykepleiere får flere oppgaver og utfører mer avansert sykepleie og behandling. Større arbeidsbelastning og behov for avansert sykepleie i møte med komplekse pasientgrupper er også et faktum. Ifølge Raleigh og Allan (2016) har de samme konsekvensene med færre liggedøgn og mer behandling i hjemmet, dukket opp i England etter innføringen av lignende helsereformer som beskrives i studiet til Bing – Jonsson et al. For å imøtekomme endringene og bedre ivareta pasienter med kroniske sykdommer har sykepleierne utvidet sin rolle. Dette ved å ta i bruk avanserte kliniske undersøkelser og diagnostikk, samt ansvar for resepter og styringsplaner. Studiene beskrevet viser til en skiftende hjemmesykepleietjeneste med økt kompleksitet, arbeidsmengde og behov for større kapasitet og klinisk kompetanse.

I litteraturstudiet til Breivik og Tymi (2013) kommer det frem at sykepleierne ønsket mer avansert kompetanse, nettopp fordi dagens pasienter har mer komplekse sykdomsbilder. Sykepleierne var ikke fornøyd med egne ferdigheter og ønsket mer kompetanse i undersøkelser av lunge, hjerte, perifer sirkulasjon og abdomen. Pasientene, særlig de aller sykeste, ønsker også bedre klinisk kompetanse blant sykepleierne (Fjørtoft, 2016, s. 24). Det kommer frem av rapporten til Haukelien et al. (2015) at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har for lite kompetanse til å møte de økte utfordringene i kommunene. Studiet til Bing – Jonsson et al. (2015) viser samtidig at det ikke nødvendigvis er den formelle kompetansen som mangler. Heller opplevd kompetanse i form av manglende opplæring til pasienter med helhetlig behov for helsehjelp.

Gjennom egne praksisperioder sitter vi med inntrykk av at dagens hjemmesykepleie handler mer om å behandle fremfor å forebygge. Det bekreftes av faglitteraturen som viser til problemer tilknyttet manglende oppdagelse av forvirring og utvikling av akutt funksjonssvikt (Fermann & Næss, 2016, s. 238–239). Dette gjenspeiles også i det innledende caset. Kunne forverringen hos pasienten vært unngått dersom sykepleierne hadde hatt mer klinisk kompetanse?

En lege som ble intervjuet i forskningsartikkelen til Raleigh og Allen (2016) forteller følgende: "The community matron, sees a lot of patients who keep bouncing in and out of hospitals and tries to prevent that. Her early identification with these patients relies heavily on physical assessment skills" (s.2029). Her poengterer legen at sykepleiere kan oppdage forverring tidligere dersom de bruker kliniske undersøkelser. Videre kan det forhindre hyppige reinnleggelse på sykehus og sikre bedre utnyttelse av helsetjenestene. På bakgrunn av det vil klinisk kompetanse og trygghet på egen rolle være viktig (Fjørtoft, 2016, s.224). Tro på egne ferdigheter er også en forutsetning for å utvikle kompetansen ifølge Breivik og Tymi (2013). Benner (1995, s.105) bekrefter at det er sykepleierne som oftest oppdager tegn til forverring og som må treffe raske beslutninger i påvente av lege. Samtidig påpeker hun at sykepleiere bør gjennomføre undersøkelser av pasienter i den innledende fasen. Hennes tanker kan belyse utviklingen som er nødvendig i dag, hvor det sees et behov for bedre kliniske ferdigheter og kompetanse i hjemmesykepleien (Haukelien et al., 2015). Hvilke krav stilles så til klinisk sykepleiekompetanse?

Artikkelen til Bing-Jonsson et al. (2015) slår fast at hjemmesykepleiere skal kunne forhindre sykdom, sikre tidlig intervensjon ved forverring samt riktig pleie og behandling. Både ved akutte hendelser, behandling og rehabilitering. De mener at listen over krav til sykepleiere fra myndighetenes side havner på et svært avansert nivå, som ikke kan forventes av vanlige sykepleiere. Dette antyder et behov for flere spesialiserte sykepleiere i hjemmesykepleien. I England sees dette ved at sykepleiernes kliniske kompetanse videreutvikles for å bedre sykepleien til kronisk syke (Raleigh & Allan, 2016). Slik videreutvikling av kompetanse er nedfelt i lovverket. Kommunene er pliktig til å sikre sykepleiernes kompetanse og kvalifikasjoner, mens sykepleierne på sin side er ansvarlig for egen utøvelse (Helsepersonelloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ansvar for å sikre nødvendig kompetanse ligger derfor både på arbeidsgiver og sykepleierne som utførende ledd.

På bakgrunn av funnene er muligheter for videreutvikling innen klinisk kompetanse nødvendig for å innfri kompetansekravene og nå frem med samhandlingsreformen krav til forebygging og redusering av sykdom (Haukelien et al., 2015). Kravene har imidlertid økt før

kommunene var i stand til å bygge opp kapasiteten. Vi ser at misforhold mellom forventet og faktisk sykepleiekompetanse i kommunen kan være et resultat av dette.

5.1.2 Samsvarer forventet og faktisk sykepleiekompetanse?

Et gjennomgående tema i flere av forskningsartiklene er ubalansen mellom hva som forventes av sykepleiere og hva som reelt praktiseres i dag (Bing-Jonsson et al., 2015; Breivik & Tymi, 2013; Raleigh & Allan, 2016). Artikkelen til Bing-Jonsson et al. (2015) nevner at hjemmesykepleiere i Nordiske land har for lav kompetanse og identifiserte flere hendelser hvor pasientens forverring kunne vært unngått. Samme trenden sees i hjemmesykepleien i Norge (Fisher, 2020). Samtidig som disse trendene dokumenteres, kommer det frem at sykepleiere ikke bruker fullstendig systematiske kliniske undersøkelser i det daglige (Breivik & Tymi, 2013). I praksis brukes kun elementer ut fra klinisk setting og avhenger av avdelingens rutiner (Tan et al., 2021). Resultatet er ifølge Raleigh og Allan (2016) en disharmoni mellom det som læres i sykepleierutdanningen og det som utføres i praksis.

For å møte den økende kompleksiteten i hjemmesykepleien og for å tilfredsstille befolkningens krav til trygg, sikker og forsvarlig helsehjelp, kan det å nå de ambisiøse statlige forventningene til helsehjelpen virke nødvendige. Kan ubalansen mellom statlige forventninger, samhandlingsreformens krav og sykepleiers kliniske kompetanse møtes ved å ta i bruk SKUV?

5.2 Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering

I de inkluderte forskningsartiklene ser vi en klar enighet om innholdet i og omfanget av SKUV, også kjent som «physical assessment and clinical reasoning» på engelsk (Raleigh & Allan, 2016; Breivik & Tymi, 2013; Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Byermoen et al., 2021; Zambas et al., 2016; Tan et al., 2021). Fennessey og Wittmann-Price (2011) sin beskrivelse av SKUV viser hvor bred arbeidsmetoden er. De mener SKUV består av psykomotorisk, perseptuell og kognitiv kompetanse. Psykomotoriske ferdigheter er nødvendig for å utføre de fire undersøkelsesteknikkene og sammenligne kroppssidene med hverandre. Det krever også riktig plassering av hendene og stetoskopet. Det perseptuelle handler om å sammenligne og tolke de ulike lydene som en avdekker ved perkusjon og

auskultasjon, som videre vurderes og analyseres for å skille det unormale fra det normale. Sistnevnte inngår i den kognitive kompetansen.

Formålet med SKUV presenteres i pensumlitteraturen vår som viser til at dette er ferdigheter sykepleiere burde ha kunnskap om og kunne ta i bruk (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 30). Det står eksempelvis i hvert kapittel av *Klinisk Sykepleie* at en skal benytte SKUV under datainnsamlingen. Likevel får vi ikke undervisning i det i vår grunnutdanning. Før vi beveger oss inn på nytten av SKUV, trenger vi å utforske i hvor stor grad arbeidsmetoden faktisk benyttes. Vi starter med å se på den internasjonale bruken av SKUV.

5.2.1 Bruken av SKUV sett med internasjonale øyne

Kliniske undersøkelser og vurderinger har blitt brukt av sykepleiere internasjonalt siden 1970 tallet, og ble allerede på det tidspunktet regnet som en del av sykepleieprosessen (Fennessey & Wittmann-Price, 2011). I de siste tiårene har fokuset vært rettet mot å undervise i avanserte undersøkelsesteknikker, både i grunn- og videreutdanningen (Byermoen et al., 2021; Zambas et al., 2016). SKUV er altså ikke nytt innen sykepleien, men har ifølge Fennessey og Wittmann-Price (2011) vært utfordrende å bruke på en korrekt måte på grunn av usikkerhet rundt begrepsbruken og dets omfang. Slik usikkerhet har gitt rom for ulike tolkninger fra sykepleiernes side, hvor noen tolker SKUV som undersøkelser av bare ett organsystem, mens andre assosierer det med full topp til tå undersøkelse. Usikkerheten kan også sees i sammenheng med at SKUV er basert på den biomedisinske modellen (Breivik & Tymi, 2013; Fennessey & Wittmann-Price, 2011).

Ifølge litteraturstudien til Breivik og Tymi (2013) blir sykepleierstudenter i andre land undervist i 126 ulike undersøkelsesferdigheter. Alt fra vitale tegn til undersøkelser av reflekser og palpering av lever og milt. Det kommer fram at inspeksjon og generell observasjon er de mest brukte undersøkelsesmetodene, mens perkusjon av toraks og abdomen og auskultasjon blir brukt i mindre grad. En annen studie viste at bare 29% av totalt 120 lærte undersøkelsesferdigheter ble brukt på daglig eller ukentlig basis av praktiserende sykepleiere (Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Dette kan tyde på at undervisningen som foreligger ikke gjenspeiler behovet i praksis, eller at det blir lært bort for mye på en gang.

Vi finner lite forskning fra Norge om bruken av SKUV generelt i sykepleien. Studiene til Breivik og Tymi (2013) og Byermoen et al (2021) viser imidlertid at SKUV har blitt en del av grunnutdanningen til sykepleiere ved flere høyskoler og universiteter, samt en del av ferdighetstreningen og praksisen.

Etter å ha identifisert at SKUV brukes i større grad internasjonalt enn i Norge, har også temaene usikkerhet og barrierer dukket opp. Dette ønsker vi å undersøke videre.

5.2.2 I hvilken grad bruker sykepleiere SKUV som arbeidsmetode?

Av forskning kommer det frem at enkelte sykepleiere ikke anser SKUV som del av sin utøvelse av sykepleie og er ambivalent når det kommer til nytteverdien. (Breivik & Tymi, 2013; Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Munroe et al., 2013; Tan et al., 2021). Viktigheten av SKUV anerkjennes, men undersøkelsene blir derimot sett på som unødvendige og repetitive, da funnene uansett må valideres av leger (Tan et al., 2021). Det samme påpekes av en allmennlege i studiet til Raleigh og Allan: "Nurses need to know what they are doing and what they are talking about if they are to carry out the physical examination in the same way as GPs" (Raleigh & Allan, 2016, s. 2030-2031). Dette belyser trolig et område hvor sykepleiere har behov for mer støtte. Til tross for utsagnet er det viktig å påpeke at legene også var for undervisningen og bruken av SKUV, da de selv ikke har tid til å gjennomføre detaljerte pasientundersøkelser av de hjemmeboende pasientene.

Barrierer til bruk av SKUV kan sees i sammenheng med manglende opplæring, kollegial støtte, rollemodeller, tilrettelegging og læringskultur (Breivik & Tymi, 2013; Byermoen et al., 2021; Raleigh & Allan, 2016; Tan et al., 2021). Lav eller manglende selvtillit ble identifisert som en av hovedbarrierene for god SKUV praksis, samt tvil rundt bruken og dens innvirkning på pasientutfall (Byermoen et al., 2021; Raleigh & Allan, 2016; Tan et al., 2021).

Kommunikasjonsferdigheter og evne til å knytte relasjoner til pasientene påvirker også bruken av SKUV. Andre opplevde barrierer omhandler tidspress, økt arbeidsbelastning i form av administrasjon og dokumentasjon, mangel på ressurser, og avhengighet av monitoreringsteknologi (Breivik & Tymi, 2013; Raleigh & Allan, 2016; Munroe et al., 2013; Tan et al., 2021). Til tross for dette hevder Breivik og Tymi at det heller kan være

tidsbesparende å arbeide mer systematisk for å raskere oppdage endringer og forebygge komplikasjoner (2013). Sammenlagt kan dette antyde at “pleie ved sengen” er blitt begrenset, som minsker muligheten for å ta i bruk SKUV.

Avhengighet av teknologi for å bedømme pasientenes tilstand har vi begge erfaringer fra i praksis. Vi ser eksempelvis at grunnleggende ferdigheter som å palpere og telle puls erstattes med å lese det av på pulsoksymeteret og blodtrykksapparatet. Noe vi anser som urovekkende da vi har med levende mennesker å gjøre og ikke maskiner. En god kliniker kan ikke bare lese av verdier. Han må også bruke sine sanser for å gi presise vurderinger av pasientens tilstand (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 24). På en annen side er monitoreringsteknologi og helseteknologi noe som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 223). Dette kan tyde på at SKUV og velferdsteknologi bør være likeverdige partnere og brukes om hverandre.

Opplæring i for mange ferdigheter og bruk av den biomedisinske modellen utgjør barrierer ifølge studiet til Breivik og Tymi (2013), Fennessey og Wittmann-Price (2011), Raleigh og Allan (2016) og Tan et al. (2021). Sykepleierstudentene blir overveldet med informasjon og er ikke i stand til å benytte de ferdighetene som faktisk er essensielle og nødvendige. Det blir argumentert for at den biomedisinske modellen ikke er passende for kompleksiteten og det helhetlige fokuset en finner i sykepleiefaget. Det bør i større grad fokuseres på pasientens perspektiv, psykososiale forhold, holisme, helsefremming og forebygging (Breivik & Tymi, 2013; Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Tan et al., 2021). Med andre ord mangler det en sykepleiefokusert tilnærming til SKUV som beskrives av Tan et.al. (2021) på følgende måte:

“Acquiescing to a biomedical framework was described as akin to fitting square pegs into round holes” (s.7).

Vi har nå stadfestet at det foreligger en del utfordringer når det gjelder bruken av SKUV. Det fremkommer også at det kan være nyttig fordi det avlaster allmennlegenes arbeid. I neste underkapittel ønsker vi å undersøke flere nyttige sider ved SKUV.

5.2.3 Nytteverdien av SKUV

Ved å benytte SKUV kan en enklere bryte ned kliniske pasientsituasjoner som gir sykepleierne mulighet til å samle inn relevant data om pasientens helsetilstand, oppdage endringer og støtte eller avklare kliniske hendelser (Breivik & Tymi, 2013; Byermoen et al., 2021). I klinisk kompetanse og praksis er dette avgjørende for å tidlig oppdage forverringer og foreta presise kliniske beslutninger. Dette får betydning for pasientens pleie- og behandlingsforløp (Breivik & Tymi, 2013; Byermoen et al., 2021; Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Munroe et al., 2013; Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 24). I følge Benner krever det oppmerksomhet på den spesifikke pasienten over tid (Brykczynski, 2011). På sin side var Nightingale en tilhenger av presise data, og mener det gir grunnlag for sykepleiernes totale vurdering av pasienten (Nightingale & Skretkowicz, 1997, s. 149). I følge Munroe et al. (2013) gir det også et godt bilde på om pasienten har behov for rask behandling eller ikke

“Det er bekymringsverdig at sykepleiere ikke alltid er trygge på hva de skal gjøre når pasienten blir dårlig.” (Murphy et al., 2019).

Enhver sykepleier har sin egen tolkning av pasientens situasjon som avhenger av sykepleierens utgangspunkt (Zambas et al., 2016). En kan tenke seg at utgangspunktet forskerne refererer til består av sykepleiernes formelle og reelle kvalifikasjoner, erfaringer og kompetanse (Kirkevold, 2016, s. 278). Her er det i følge Benner forskjell på novise – og ekspertsykepleiere (1995, s.190). Tolkningen kan også forstås som sykepleiernes subjektive forståelse av pasientens tilstand, og vil påvirke i hvilken grad tegn og symptomer blir sett på som alvorlige (Murphy et al., 2019; Zambas et al., 2016). Det fører enten til handling eller inaktivitet. Hvor unnlattelse av å gi nødvendig helsehjelp går imot sykepleiernes lovpålagte krav (Helsepersonelloven, 1999). Det kan også påføre pasientene skade som ikke er forenlig med de etiske prinsippene (Brinchmann, 2016, s. 85), og øke risikoen for systemiske feil og gale kliniske vurderinger (Murphy et al., 2019; Zambas et al., 2016). Sykepleieres evne til å benytte avanserte kliniske ferdigheter for å tolke og gjenkjenne kliniske situasjoner og ta ansvar for pasientens utfall, blir derfor kritiske momenter.

Systemiske feil kan innebære å ikke få formidlet sine bekymringer på en god måte overfor leger, slik at tiltak ikke iverksettes (Zambas et al., 2016). Av den grunn har sykepleiere

begynt å “pakke inn” informasjon til legene ettersom deres bekymringer ofte ikke blir hørt. En kan her stille spørsmål om dette skaper et miljø hvor sykepleierne nøler med å ta kontakt med legene i viten om at de ikke vil høre på dem uansett. Til gjengjeld kan slike holdninger sette samordning og kontinuitet i fare, og gå utover kvaliteten på pleien som gis (Meld. St. 9 (2019-2020), s. 5). Dette kan indikere at sykepleiernes evne til å oppdage og vurdere pasienters tilstand er til ingen nytte dersom de ikke klarer å formidle det videre. Da forsvinner effekten av klinisk kompetanse og vurdering ifølge Benner (1995, s. 99-100).

Nøkkelen til å unngå at sykepleiere må “pakke inn informasjon” ligger i å presentere objektive og presise opplysninger gjennom SKUV (Breivik & Tymi, 2013). Felles språk og fagterminologi fører til bedre informasjonsflyt mellom leger og sykepleiere og gir bedre forutsetninger for å beskrive pasientens problemer (Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Raleigh & Allan, 2016). På den måten får sykepleierne best gehør for sine bekymringer, og er dessuten pliktig til å rapportere videre ved unormale funn (Murphy et al., 2019). Ifølge Raleigh og Allan (2016) kan SKUV også bedre samarbeidet, forståelsen og respekten for hverandres oppgaver. Her er det en fin linje mellom det som kan og bør sies, da enkelte leger blir fornærmet dersom sykepleiere konstaterer diagnoser fremfor å foreslå (s. 2030). Å stille medisinske diagnoser er heller ikke en del av SKUV (Breivik & Tymi, 2013).

Zambas et.al (2016) påstår at sykepleiere er viktige bidragsytere i avgjørelser som blir tatt om diagnostisering og behandling. Det er ikke uten grunn at sykepleiere blir sett på som legenes øyne og ører (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 20-22). Breivik og Tymi (2013) tar dette videre ved å hevde at SKUV angivelig hjelper sykepleiere til å avkrefte eller bekrefte hypoteser fra pasienthistorien. I noen tilfeller er disse bidragene med på å redde liv som blir belyst i fortellingen i studiet til Zambas et al. (2016). Her stiller sykepleieren seg skeptisk til legenes valg av diagnose, da det viser seg å ikke stemmer overens med pasienthistorien og barnets symptomer og tegn. På bakgrunn av en enkel palpering av puls som viste uregelmessigheter starter sykepleieren aktivt å lete etter andre røde flagg som kan bekrefte hennes bekymring. Disse fant hun presentert som forhøyet blodtrykk og hodesmerter som ikke ble lindret av analgetika. Barnet som ble diagnostisert med en viral infeksjon, viste seg å ha en hjerneblødning, og fikk berget livet sitt som følge av sykepleierens grundige detektivarbeid. Dette belyser hvordan sykepleierens subjektive forståelse av barnets kliniske

tilstand i samspill med objektive observasjoner, la grunnlag for en ny diagnose da den første ikke samsvarte med det som ble sett og hørt. I lys av dette eksempelet ser en viktigheten av klinisk sykepleiekompetanse og vi kan argumentere for at bruken av SKUV bidrar til bedre pasientutfall. Argumentet kan også støtte påstanden om at systematisk pasientundersøkelse avdekker forverring og kan redde liv (Murphy et al., 2019).

Studiet til Munroe et al. (2013) fremhever pasientperspektivet ved å hevde at bruk av strukturerte og systematiske sjekklister øker pasientsikkerheten og den kliniske utøvelsen. Når sykepleierne arbeidet mer systematisk handlet de raskere ved unormale funn og søkte oftere assistanse for deres bekymringer. Noe som gav høyere tilfredshet hos både sykepleierne og pasientene. Jevnlige systematiske undersøkelser og vurderinger av pasienter er et sårt behov i hjemmesykepleien som dessverre blir oversett (Fermann & Næss, 2016, s. 239).

I følge Munroe et al. (2013) forsinker manglende utførelse av pasientundersøkelser, utviklingen av en diagnose og riktige behandlingstiltak. Følgelig er det større risiko for uheldige utfall i form av forverringer og akutt funksjonssvikt med påfølgende sykehusinnleggelse (Fermann & Næss, 2016, s.239; Munroe et al., 2013). Som motstrider med samhandlingsreformens forebyggende hensikt (St. Meld. 47, (2008-2009)). Evnen til å forbedre sykepleiernes undersøkelses- og vurderingsprosess kan derfor ha direkte innvirkning på kvaliteten på omsorgen som gis (Munroe et al., 2013), og kan tale for bruken av SKUV.

Fennessey og Wittmann-Price (2011) hevder at de fysiske undersøkelsesteknikkene i SKUV bare er en liten del av den totale datainnsamlingen. Mens de virkelige avanserte ferdighetene er tolkningen og vurderingen av hva som høres, sees og føles, sett i sammenheng med den individuelle pasientens situasjon og historie (Fennessey & Whittman-Price, 2011; Zambas et al., 2016). Å ha fokus på målingene uten å inkludere pasientenes perspektiv er heller ikke forenlig med en holistisk tilnærming som er argumentert for i tidligere avsnitt. En holistisk tilnærming er den eneste måten innføringen av SKUV kan forsvares ifølge studiet til Brevik og Tymi (2013). Med forutsetning at SKUV bedrer pasientomsorgen. Fennessey og Wittmann- Price (2011) understreker viktigheten av å samarbeide med pasientene for at de skal få tillit til den som undersøker.

Vi har nå illustrert hva SKUV kan bidra med i sykepleieres praksis og hvordan dette kan gagne pasientene. I vårt siste kapittel ønsker vi å bruke drøftingen vi allerede har gjort for å se overføringsverdien til hjemmesykepleien og oppsummere det i sin helhet.

5.3 Hvordan er SKUV relevant for hjemmesykepleien og vil det bidra til økt pasientsikkerhet?

I innledningen benevnes pasientsikkerhet som et globalt problem (Verdens Helseorganisasjon, 2019). Det sees et klart behov for å innføre bedre strategier som kan optimalisere sikkerheten og kvaliteten i omsorgen pasientene mottar. Ikke minst forebygging av unødig skade og sykdomsutvikling. En mer systematisk fremgangsmåte til pasientundersøkelser kan være svare på dette ifølge Munroe et al. (2013). Studiet tar riktignok for seg sykehus, men det samme kan trolig belyses i hjemmesykepleien. Både på grunn av ny ansvarsfordeling som følge av samhandlingsreformen, og tilgang på mer avansert medisinsk utstyr og behandling i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s. 224; (St. meld. nr. 47 (2008-2009)); Tan et al., 2021). "I trygge hender 24/7" beskrives målrettede tiltak for å fremme pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019c). Kan SKUV være en av disse målrettede tiltakene?

I hjemmesykepleien finner en eldre pasienter med komplekse sykdomsbilder som stiller økte krav til sykepleiernes kompetanse. Pasientene har derfor behov for mer systematisk individuell oppfølging og kartlegging (Fermann & Næss, 2016, s. 238; Fjørtoft, 2016, s. 222). SKUV kan ifølge Raleigh og Allan (2016) øke den biomedisinske kunnskapen og bedre relasjonsbygging under pasientbesøkene. Det hjelper sykepleierne til å forstå pasientenes fysiske symptomer og plager, og bedre svare og reagere på deres bekymringer. I hjemmesykepleien står sykepleierne mye alene og har færre å rådføre seg med (Breivik & Tymi, 2013). Det fordrer selvstendighet og krever riktige vurderinger og prioriteringer (Fermann & Næss, 2016, s. 239). Ut ifra dette er det ikke vanskelig å se behovet for mer spesialiserte sykepleiere og klinisk sykepleiekompetanse for å følge opp pasientene på en trygg og god måte. Dessuten er det noe pasientene ønsker selv (Fjørtoft, 2016, s. 223-224).

Dersom vi snur hode til England, viser det seg at spesialiserte sykepleierne som har vært gjennom SKUV trening kan støtte allmennlegene i sitt arbeid med pasienter med kroniske sykdommer (Raleigh & Allan, 2016). Allmennlegene mener at det trengs flere sykepleiere som bruker SKUV. Sykepleierne kan bruke arbeidsmetoden til å identifisere pasienter i risiko for reinnleggelse i sykehus, og på den måten forebygge unødvendige innleggelser. Noe som kan oppfylle samhandlingsreformens mål ved å sikre riktig behandlingsnivå (Breivik & Tymi, 2013; St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 33-42). Tidlig oppdagelse og behandling kan også være med å sikre kravet om verdig og helhetlig pleie for alle (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011).

Ettersom andelen mennesker med kroniske sykdommer og pasienter med behov for behandling i hjemmet er i sterk vekst, kan SKUV også være et viktig bidrag for å møte utfordringene det byr på (Bing-Jonsson et al., 2016; Fjørtoft, 2016, s. 222; Kristoffersen, 2016, s. 195; Raleigh & Allan, 2016). Det er også nødvendig for å møte den skiftende ansvarsfordelingen ifølge Raleigh og Allan (2016). Sykepleiernes bruk av SKUV er nyttige for pasientene som ikke får dekt sitt behov av allmennlegene og vil gagne tjenesten. Vi har derfor grunn til å tro at SKUV kan styrke samhandlingen og kontinuiteten i hjemmesykepleien også i Norge.

SKUV fremstår som en viktig arbeidsmetode for å gjøre undersøkelsene mer systematiske, og for å tidlig gjenkjenne og oppdage forverring hos pasienter. Funnene tilsier at sykepleierne får mulighet til å utvikle et klinisk blikk og vurderingsevne, samt treffe bedre beslutninger gjennom SKUV (Breivik & Tymi, 2013; Fennessey & Whittmann-Price, 2016; Munroe et al., 2013). Videre gir det mulighet for tidlig intervensjon og kan opprettholde pasientsikkerheten. Nightingale var tilhenger av at sykepleiere skal vite hva som tyder på forbedring eller forverring (Nightingale & Skretkowicz, 1997, s. 149). Slik viten krever vurderinger og tolkninger, og er ifølge Zambas et al. (2016), nøkkelen til pasientsikkerhet. Ser vi dette i lys av Benners sykepleieteori, har vi grunn til å tro at SKUV gir sykepleiere grunnlag for å nå et ekspertnivå tidligere, og bli bedre rustet til å oppdage endringer før det slår ut i målbare vitalia (1995, s.190). Hos ferskere sykepleiere som er avhengig av målbare data, kan de få bedre utnyttelse av det (1995, s. 190).

Sykepleierrollen må utvikles for det beste for pasientene, som kan oppnås ved å ta i bruk SKUV (Breivik & Tymi, 2013). På bakgrunn av argumentasjonene fremlagt i drøftingskapittelet, har vi grunn til å tro at det er behov for mer spesialisering i hjemmesykepleien. I det innledende caset kan en argumentere for at SKUV ville medført tidligere oppdagelse av pasientens lungebetennelse. Sykepleierne kunne benyttet ferdigheter som auskultasjon til å lytte på pasientens lunger, og ut ifra det trolig oppdaget noe unormalt. Det unormale kunne blitt formidlet til pasientens fastlege, og satt i gang et tverrfaglig samarbeid for å sikre rett behandling, på rett sted til rett tid (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Og på den måten kanskje forhindre en livstruende forverring og innleggelse for tolvte gang.

6 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse behovet for SKUV i hjemmesykepleien samt finne ut om det øker pasientsikkerheten. Funnene tilsier at hjemmesykepleien har ansvar for flere og sykere pasienter med større behov for medisinsk oppfølging. Det sees et behov for flere spesialiserte sykepleiere og mer klinisk kompetanse, for å ivareta disse pasientene på en trygg og sikker måte. Kunnskap om SKUV er viktig for hjemmesykepleieren da de står mye alene. Det gir dem mulighet til å innhente presise data, gjøre grundigere vurderinger og bedre beskrive pasienters kliniske tilstand. På den måten kan deres bekymringer trolig tas mer på alvor. Som et resultat kan fallerende sykdomsutvikling forebygges og hyppige reinnleggelser forhindres. Dette gir muligheter for å øke pasientsikkerheten.

Bruken av SKUV fordrer felles forventning og oppfatning av hva det innebærer for sykepleiere, og må sees relevant for deres praksis. Støttende arbeidsmiljø, tilgang på rollemodeller, tilstrekkelig undervisning og bemanning, er avgjørende for god SKUV praksis. Vi undrer oss om pasientens akutte og livstruende tilstand i caset kunne vært forhindret dersom sykepleierne hadde jobbet mer systematisk og innført kliniske undersøkelser som en del av de daglige rutinene.

Gjennom å besvare problemstillingen har vi oppdaget at SKUV er mer enn først antatt. Vi har på forhånd trodd at den avanserte delen av SKUV er selve undersøkelsen, mens det er evnen til å tolke de kliniske funnene og gjøre vurderinger, som utgjør den faktiske avanserte prosessen. Funnene tilsier at pasientsikkerheten i hjemmesykepleien kan økes ved å bruke SKUV. Vi savner imidlertid forskning som bekrefter den faktiske effekten SKUV har for pasientsikkerhet og håper slike studier foretas i framtiden. Vi har blitt informert om at en artikkel som gjelder SKUV i hjemmesykepleien i Norge, er like rundt hjørne. Noe som bekrefter vår forforståelse om at SKUV er høyst relevant og dagsaktuell.

Litteraturliste

- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (1.utg.). TANO Munksgaard.
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I.-T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27 – 37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien*. 8(4), 324 – 332 <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81–96). Gyldendal akademisk.
- Brykczynski, K. A. (2011). Fra novice til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis. I *Sygeplejeteoretikere: Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. (1.utg, s. 149–179).
- Byermoen, K. R., Brembo, E. A., Egilsdottir, H. Ö., Heyn, L. G., Moen, A., & Eide, H. (2021). Reflection on actions: Identifying facilitators of and barriers to using physical assessment in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102913>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fennessey, A. & Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical Assessment: A Continuing Need for Clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45–50. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x>
- Fermann, T. & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238–264). Gyldendal akademisk.
- Fisher, H. (2021). Kompetansemyter i hjemmetjenesten. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/02/17/kompetansemyter-i-hjemmetjenesten/>
- Fisher, H., Saga, S., Knutshaug, T. & Brorstad, M. (2020). Det er mulig å forsterke primærhelsetjenesten. *Dagens Medicin*.

- <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/11/25/det-er-mulig-a-forsterke-primarhelsetjenesten/>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. (Rapport 362). Telemarksforsking. <https://www.telemarksforsking.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. I *Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Helhet og sammenheng - Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester* (IS-2765). <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019*. <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hovd, S. (2020, 10. juli). fenomenologi. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/phenomenologi>
- Kirkevoold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1, Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 267–309). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1, Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 193–265). Gyldendal akademisk.
- Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Helse – og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9->

- 20192020/id2681185/
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse – og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse – og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Munroe, B., Curtis, K., Considine, J. & Buckley, T. (2013). The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 2991–3005. <https://doi.org/10.1111/jocn.12226>
- Murphy, L., Hivand, K. & Danielsen, A. (2019). Systematiske pasientundersøkelser avdekker forverring og kan redde liv. *Sykepleien*, 107(79134), Artikkel e79134.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79134>
- Nightingale, F. & Skretkovicz, V. (1997). *Notater om sykepleie revidert med tillegg* (1.utg). Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie: funksjon, ansvar og kompetanse. I *Klinisk sykepleie 1* (5.utg). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt- En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- NTNU. (2019). *SKUV-metodikk - systematisk klinisk undersøkelse og vurdering av pasienter - Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*. <https://www.ntnu.no/ism/kurs/skuv>
- Pfetscher, S. A. (2011). Florence Nightingale: Moderne sygepleje. I *Sygeplejeteoretikere: Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. (1.utg, s. 105–125). Munksgaard.
- Raleigh, M. & Allan, H. (2016). A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 2025–2035.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13613>
- Sperre, I., Svendsby, P. O., Mølsted, K. & Thesen, J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester, 2019*. [Statistikk]. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar/2020-06-18>
- St. meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Tan, M. W., Lim, F. P., Siew, A. ling, Levett-Jones, T., Chua, W. L. & Liaw, S. Y. (2021). Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 99(7–10), s. 1-10 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104759>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- USN. (2018, januar 23). *Olav Thon gir millionpott til USNs sykepleierutdanning*. Universitetet i Sørøst-Norge. <https://www.usn.no/aktuelt/nyhetsarkiv/olav-thon-gir-millionpott-til-usns-sykepleierutdanning>
- Verdens helseorganisasjon. (2019a, 26. august). *10 facts on patient safety*. World Health Organization. Hentet 3.april 2021 fra <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>
- Verdens helseorganisasjon. (2019b, 13. september). *Patient Safety*. World Health Organization. Hentet 3. april 2021 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Zambas, S. I., Smythe, E. A. & Koziol-Mclain, J. (2016). The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic pragmatic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32090>

Vedlegg 1 – Litteratormatrise

Tittel	Forfatter, år, land og publikasjon	Studiedesign	Formål	Metode og utvalg	Hovedfunn/resultater
A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries	Mary Raleigh og Helen Allan (2016) England <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Casestudie	Utforske perspektiver på bruken av avanserte kliniske undersøkelsesferdigheter (Physical assessment skills (PAS)) av spesialiserte sykepleiere i kommunehelsetjenesten.	Kvalitativ studie. Dybdeintervju av 22 deltakere spredt rundt i sør-England. Deltakerne består av sykepleiere, leger, lærere og ledere. Innsamling av data ble gjort i perioden mars til august 2013.	Bruk av avanserte kliniske undersøkelsesferdigheter i kommunehelsetjenesten er et resultat av ansvarsforskyvning fra sykehus til kommunene. PAS/SKUV er forventet i avansert sykepleiepraksis og skal bidra til bedre fleksibilitet i helsetjenesten. Samt bedre utøvelse av sykepleie til pasienter med kroniske sykdommer.
The competence gap in community care: Imbalance between expected	Pia Cecilie Bing-Jonsson Christina Foss Ida Torunn Bjørk (2016) Norge	Litteraturstudie – "Scoping literature review"	Hensikten med studiet er å vurdere om det samsvarer mellom forventet og faktisk sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenestene i Norden.	Forskerne ser gjennom norske politiske dokumenter om forventning er til sykepleiere i kommunen og sammenligner det med	Det er en tydelig ubalanse mellom forventet og faktisk sykepleiekompetanse i kommunen i de nordiske landene. Resultatene viser at det er mangel på muligheter for kompetanseøkning

d and actual nursing staff competence	<i>Nordic Journal of Nursing Research</i>			internasjonale forskning, som beskriver hva sykepleierne faktisk kan og gjør. Det ble inkludert 12 politiske dokumenter og 10 forskningsartikler.	ng innen sektoren, men at det samtidig er pressende behov for å kunne ta tilstrekkelig vare på eldre pasienter i kommunen, spesielt de med komplekse sykdomsbilder.
Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?	Solveig Breivik og Anita Tymi (2013) Norge <i>Sykepleien.no</i>	Litteraturstudie	Hensikten med studiet er å finne forskningslitteratur som tar for seg temaet systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie for å undersøke hvordan dette emnet beskrives, samt å undersøke hvilke implikasjoner implementering av SKUV har for sykepleiefunksjonen og sykepleierutdanningen.	Forskerne gjennomførte systematiske litteratursøk i databasene SveaMed+, Medline, Scopus, Science Direct og Proquest Nursing & Allied Health Source. Inkluderte studier var av kvantitative metode eller systematiske oversiktartikler-	SKUV er en del av den totale datasamlingen i sykepleien. Implementering av SKUV i sykepleie kan bidra til oppøving av klinisk vurderingsevne og er et redskap for å treffe bedre beslutninger. Forskning fra land som har innført SKUV viser et gap mellom hvilke undersøkelser det undervises i ved sykepleierutdanningene og hva som benyttes i praksis. Det undervises i flere ferdigheter enn det som benyttes.
Physical Assess	Anita Fennesse	Litteraturstudie	Utforske sykepleieres kompetanse i kliniske	Systematiske søk i	Kliniske undersøkelser og

ment: A Continu ing Need for Clarifica tion	y og Ruth A. Wittman- Price (2011) USA <i>Nursing Forum</i>		undersøkelser og vurderinger opp mot sykepleieprosessen, og dens relevans for sykepleiepraksis. Se på dens relevans i nåværende sykepleiepraksis, kompetanse og klinisk beslutninger.	databasene EBSCO, Cinahl, Medline, PubMed og PsycINFO. Studier av sykepleiere og leger ble inkludert. 76 artikler ble inkludert.	vurderinger/SKU V blir henvist som det første steget i sykepleieprosess en. Arbeidsmetoden kan øke pasientsikkerhet og bedre pasientpleien. Det trengs videre oppklaring i hvilke undersøkelsesfer digheter som blir lært og hvilke som faktisk blir brukt i praksis.
Reflecti on on actions: Identify ing facilitat ors of and barriers to using physical assessm ent in clinical practice	Kirsten Røland Byermoe n,Espen Andreas Brembo H.Osp, Egilsdottir ,Lena Günterbe rg Heyn, Anne Moen, Hilde Eide (2021) Norge <i>Nurse Education in Practise</i>	Observasjon sstudie En del av et større prosjekt som omhandler implemente ring av grunnlegge nde systematisk klinisk undersøkels e og vurdering i praksis (G- SKUV).	Undersøke og identifisere fasilitatorer og barrierer til 3.års studenters bruk av G- SKUV. De undersøker følgende punkter: 1. I hvor stor grad studentene bruker grunnleggende fysiske undersøkelser i møte med pasienter i praksis 2. Hvordan studentenes vurderinger av situasjoner påvirker hvilke undersøkelsesteknikker de benytter.	Utforskende kvalitativ tilnærming med to typer datainnsaml ing: via observasjon og lyd- og videoopptak med påfølgende semistruktu rerte intervjuer i etterkant (SRI).	Studiet forsyner ny kunnskap om hvordan sykepleierstuden tene bruker G- SKUV og prosessen bak deres kliniske vurderinger. Ved å implementere pedagogiske lærestrategier som simulering på skolens fasiliteter, øvelse i praksis etterfulgt av debrief i sykepleierutdann ingen; kan studentene bli bedre rustet til å oppdage tegn (cues) og handle deretter. Det gir studentene mulighet til å lære av sine

					kliniske erfaringer og bruke det videre i sine vurderinger av pasienter.
The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review	Belinda Munroe, Kate Curtis, Julie Considine and Thomas Buckley (2012) Australia <i>Journal of clinical nursing</i>	Litteraturstudie	Evaluerer hvilken innflytelse systematiske pasientundersøkelser/sjekklister/verktøy har på pasientomsorgen, og om dette påvirker kvaliteten på pleien og pasientsikkerheten.	Forskerne har gjort systematiske søk i databaser og manuelle søk. Deretter har de framstilt funnene i en tematisk sammenstilling. Sjekklistene inkludert er utformet for paramedisiner, sykepleiere og leger i prehospitaltjenester eller akuttmottak.	Mer systematiske pasientundersøkelser øker klinisk kompetanse i fysiske undersøkelser og vurderinger, og kan potensielt forbedre pasientomsorg og pasientutfall. Men mer forskning på verktøy for sykepleiere må undersøkes.
The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: A hermeneutic	Shelaine I. Zambas, Elizabeth A. Smythe og Jane Koziol - Mclain (2016) New Zealand <i>International</i>	Kvalitativ studie med pragmatisk og hermeneutisk tilnærming	Undersøke konsekvensene av sykepleiernes bruk av avanserte kliniske undersøkelser og vurderinger ved en medisinsk og kirurgisk avdeling.	Dybdeintervju (unstructured interviews) for å skaffe detaljerte historier fra ekte pasienthendelser. Fem erfarne sykepleiere fra en medisinsk og en	Konsekvensene av avanserte kliniske undersøkelser er nøyere "detektivarbeid" hvor sykepleierne observerer og leter mer etter tegn og symptomer, utfordrer sin egen tolkning av situasjonen og utholdenhet.

<p>etic pragmatic study</p>	<p><i>Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i></p>			<p>kirurgisk avdeling ble intervjuet.</p>	<p>Bruken veileder sykepleierne i hva de ser, hva de skal se etter, tolkning av funnene og responsen/handlingen de utfører på bakgrunn av funnene. Det er tolkningen av hva som blir sett, hørt og følt i sin helhet som påvirker pasientsituasjon, og det er den følgende vurderingen og evnen til å se det helhetlige bilde som utgjør den avanserte delen av SKUV.</p>
<p>Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education</p>	<p>Mavis Weiting Tan, Fui Ping Lim, An Ling Siew, Tracy Levett – Jones og Wei Ling Chua (2021) Singapore <i>Nurse Education today</i></p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel</p>	<p>Oppnå bedre forståelse for barrierene rundt undervisning og praktisk bruk av kliniske undersøkelsesferdigheter/SKUV hos sykepleiere.</p>	<p>Forskerne gjennomførte systematisk søk i databaser etter artikler som omhandler barrierer til bruk av SKUV fra. Det ble inkludert 22 studier fra tidsperioden 1970 – 2019, både kvalitative og kvantitative data. 1970-2019.</p>	<p>Det ble identifisert seks barrierer til bruk av kliniske undersøkelsesferdigheter/SKUV. Studiet identifiserte behovet for å forbedre undervisningen. Det er også et behov for å evaluere den undervisningen som allerede gis hvor fokuset bør skiftes fra å lære mange ferdigheter til å lære færre, men med bedre forståelse for</p>

					hvorfor ferdighetene benyttes. Undervisningen bør bevege seg vekk fra den biomedisinske modellen og hellet mot sykepleieprosess en og en klinisk vurderingsmodell l.
--	--	--	--	--	--