



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Prosjekt innland, fagartikkel

I hvilken grad har SKUV blitt benyttet i dokumentasjon av inntakssamtaler hos fasttrack-pasienter?

Innleveringsdato: 03.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kull: HØST 2017

Kandidatnummer: 10161

Antall ord: 4 402



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

ABSTRAKT

Innledning: I 2017 startet sykepleieutdanningen ved NTNU Trondheim og ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital et samarbeidsprosjekt. Dette for at sykepleiere og sykepleierstudenter skal ta i bruk systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (SKUV) i hverdagen. Implementeringsfasen skulle vare i to år, og er nå over. Ortopedisk avdeling har nå et ønske om å se hvordan SKUV kommer frem i sykepleiedokumentasjonen.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å se i hvilken grad SKUV blir brukt i sykepleiedokumentasjonen.

Metode: Datamaterialet er basert på sykepleiedokumentasjonen av inntakssamtalen til pasientgruppen *fasttrack hoftebruddspasienter*. Sjekklister som ble brukt for datainnsamlingen baseres på SKUV sine undersøkelser. Svaralternativene var her *ja* og *nei*, for å finne ut hva som ble dokumentert i pasientjournalen etter inntakssamtalen.

Resultater: Funnene viser at det er mangler i dokumentasjonen av SKUV, samtidig som enkelte undersøkelser som allerede er satt i system hyppig blir dokumentert. Et overraskende funn i studiet er at dokumentasjonen under *disability* er større enn man kanskje skulle forventet.

Konklusjon: Studien viser at sykepleierne kan ha ulike barrierer for å utføre en fullstendig SKUV. Disse barrierene kan være mangel på tid, tillit til egne ferdigheter, rollefordeling og at sykepleierne ikke ser verdien i å gjennomføre undersøkelsene. For å endre dette må det bli lavere terskel for praktisering, man må kunne diskutere ulike problemstillinger relatert til SKUV, og verktøyene må normaliseres og integreres inn i hverdagsrutinene.



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

ABSTRACT

Introduction: In 2017, the nursing education at NTNU Trondheim and the orthopedic department at St. Olavs Hospital started a collaborative project. The reason behind this was for nurses and nursing students to start using systematic clinical examination (in Norwegian: SKUV) in their daily life. The implementation phase that lasted in two years is now over. The orthopedic department now has a desire to see how SKUV appears in the nursing documentation.

Purpose and problem: The purpose of this study is to see to what extent SKUV is used in the nursing documentation.

Method: The data is based on nursing documentation of the admission conversation to the patient group *fast-track hip fracture patients*. The checklist used for data collection is based on SKUV's research. The answer options were *yes* and *no*, with a goal to find out what was documented in the patient journal after the admission conversation.

Results: Evidence displays a lack of documentation of SKUV, while some examinations already being utilized are frequently documented. The documentation of *disability* are more frequent than expected, in which is a surprising discovery.

Conclusion: The study shows that nurses may encounter different barriers to be able to perform a complete SKUV. Some of the barriers encountered are the lack of time, confidence in one's own skills, distribution of roles, and that nurses do not find value in implementing the research. To change this, a lower threshold for practice is needed, one must be able to discuss issues concerning SKUV, and lastly, the tools must be normalized and integrated into everyday routine.



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Introduksjon

Dagens helsetjeneste er i konstant endring, og utviklingen er både uunngåelig og nødvendig (1). I 2009 presenterte Bjarne H. Hanssen Samhandlingsreformen- *Rett behandling – på rett sted – til rett*. Reformen legger opp til kortere liggetid på sykehuset, og flere av pasientene skal motta avansert behandling og pleie i hjemmet. Dette har påvirket helsetjenesten ved at det er økt press på sykehusutskrivninger, samtidig som man skal ha kunnskap til å avdekke komplikasjoner tidlig i forløpet (2). Endringer i helsevesenet medfører et økt behov for å heve kompetanse hos sykepleierne ved fysiske undersøkelser og vurderinger. Dette for å kunne avdekke forverring eller endret tilstand hos pasienten (3). Flere studier viser at det er et behov for endringer av sykepleiernes rolle og kompetanse (4–6). Frem til Breivik og Tymi presenterte *Systematisk, klinisk undersøkelse og vurdering* (SKUV) i sin studie i 2013, var det viet lite oppmerksomhet til slikt arbeid i Norge (7). I dag ser vi at det er en økende interesse rundt dette temaet i Norge og at flere sykepleierutdanninger rundt om i landet har tatt inn SKUV som læringsmål.

SKUV er definert som bruken av klassiske ferdigheter som inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon, og er del av den komplette datainnsamlingen (7). Ved NTNU er SKUV undersøkelsene strukturert etter ABCDE algoritmen, som er et viktig prioriteringssystem for undersøkelser og vurderinger av pasienter (8). Innsamlingen av data om pasientens helse og funksjon har bestandig vært en del av sykepleierens funksjon. Det som er nytt med SKUV er en større grad av systematikk i datainnsamlingen, samt bruk av teknikker som auskultasjon og perkusjon. Disse har tradisjonelt sett ikke blitt brukt i norsk sykepleiertjeneste. Ved SKUV bruker man i større grad validerte undersøkelsesskjemaer som for eksempel AVCPU og Glasgow Coma Scale, dette strukturerer både datainnhenting og vurderinger. Den komplette datainnsamlingen omhandler både subjektiv og objektiv informasjon om pasientens helsetilstand. SKUV er et meget essensielt verktøy for å kunne få konkrete og relevante resultater som kan settes i et system ettersom datainnsamling er et sentralt område i sykepleien. Subjektiv data fremkommer i samtale med pasienten, mens objektiv data fremkommer gjennom fysiske undersøkelser (7).

Innføring av SKUV ved ortopedisk avdeling

I 2017 ble det startet et samarbeidsprosjekt mellom NTNU og ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital, med formål om å implementere SKUV i sykepleiernes hverdag. Implementeringsprosjektet varte i to år. To sykepleiere fikk endret stillingsbeskrivelse for å aktivt arbeide med innføringen. Samarbeidsprosjektet tok utgangspunkt i Breivik og Tymis kunnskapsoppsummering. Dette la grunnlag for hvilke undersøkelsesteknikker det var behov for, for å øke kunnskap og



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

kompetanse hos sykepleierne (7,9). Avdelingen lagde egne SKUV lommekort basert på dette som kunne bli brukt som hjelp (VEDLEGG 1). Det ble arrangert kurs med fokus på undersøkelsesteknikker og vurdering av funnene. Kursene viste hvordan man kunne gjennomføre fullstendige SKUV-øvelser, som vil si at SKUV utføres i sin helhet. Kursene tok også for seg undersøkelser der det var behov for ytterligere informasjon om enkelte organsystem, for eksempel en abdominalundersøkelse.

Ortopedisk avdeling ved St. Olavs hospital har allerede vært gjennom flere runder med endringsprosesser. For noen år siden ble også National Early Warning Score (NEWS) innført i avdelingen. Dette er et enkelt verktøy som avdekker tidlig forverring hos pasienten. Aktuelle undersøkelser er respirasjonsfrekvens, oksygenmetning evt. oksygentilførsel, puls, systolisk blodtrykk, bevissthetsnivå og temperatur (4,10). Dette verktøyet skal benyttes av alle sykepleiere ved ortopedisk avdeling hos alle pasienter etter gitte intervaller.

Forutsetninger for å kunne utføre SKUV

Implementering av ny SKUV kompetanse kan være krevende ettersom det er nye teknikker og undersøkelser som skal brukes. Professor M. Titler beskriver at en kan møte ulike barrierer ved å skaffe og bruke ny kunnskap. Faktorer som innhold, formidlingsmetode, bruken av kunnskap og organisatorisk tilrettelegging spiller inn for best mulig implementering av ny kunnskap (11). For å bruke ny kunnskap i praksis beskrev Clint Douglas et al i sine studier ulike barrierer som hemmer utføringen av fysiske undersøkelser. Han vektla sju barrierer som de fleste av de deltagende sykepleierne kjente seg igjen i; 1. avhengig av andre og teknologi, 2. mangel på tid og avbrudd, 3. menighetskultur, 4. manglende tillit, 5. mangel på sykepleierens forbilde, 6. manglende innflytelse på pasientbehandling, 7. spesialiseringsområdet (12). Ifølge Breivik og Tymi er det tre kompetanseområder som må være til stede samtidig for å utføre en fullstendig SKUV. Første kompetanseområdet, det psykomotoriske, omhandler utføring av undersøkelsene (inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon) og samtidig evne å sammenligne kroppssider o.l. Det andre kompetanseområdet er perseptuell kompetanse som handler om å kunne høre forskjeller og sammenligne lyder som produseres av kroppen. Det siste er kognitiv kompetanse, der man skal være i stand til å tolke funnene (7). SKUV er en type klinisk kompetanse.

Det er mange ulike teoretiske vinklinger på klinisk kompetanse. Patricia Benner vektlegger at et godt klinisk blikk sammen med kliniske ferdigheter er viktig for sykepleie (13). Hun baserer sykepleierens utvikling på Dreyfus-modellen, fra novise til ekspert. Man må ha kunnskap om kliniske ferdigheter for å oppnå ekspertnivå, og Benner legger frem fire aspekter for å oppnå dette; *å gjøre*



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

kvalitative distinksjoner, engasjerende detektivarbeid og kliniske puslespill, å gjenkjenne kliniske forandringer og å utvikle klinisk kunnskap knyttet til spesifikke pasientgrupper. De to sistnevnte kan knyttes opp mot SKUV, da utvidet kompetanse og kompetanse i gjenkjennelse av kliniske forandringer er sentrale elementer for å bli en ekspertsykepleier (13).

SKUV som en del av datainnsamlingen ved innkomstsamtale med sykepleier

Datainnsamling av pasienter ved innkomst er en av mange oppgaver sykepleier har. Formålet er å samle inn og vurdere pasientens individuelle fysiologiske, psykologiske, sosiologiske og åndelige behov (14). Dette for å gi best mulig behandling og videre plan i pasientforløpet (15). Datainnsamlingen gir også helsepersonell en felles forståelse av pasienten, da dette blir dokumentert i samme struktur og terminologi (16,17). Ved tusenårsskifte ble det bestemt at alle regionale sykehus i Norge skal basere sykepleiedokumentasjonen etter den svenske VIPS-modellen, da denne tar utgangspunkt i datainnsamling og de grunnleggende behovene (17,18). June H. Larrabee et. al viser i sine studier at forbedring i sykepleiedokumentasjon skjer over tid, og ved å gjøre sykepleierne bevisst over dokumentasjonens innhold og mangler vil dette øke fokus på forbedring (19).

God dokumentasjon gir oversikt over pasientens tilstand, planlagt og tidligere behandling, samt effekten. Dokumentasjonen skal sørge for kontinuitet og kvalitet i pleien. Mangelfull dokumentasjon vil true pasientsikkerheten og forsvarligheten til de faglige vurderingene som blir gjort (10,20). All sykepleie som blir utført skal dokumenteres i pasientens journal. Ved ortopedisk avdeling ved St. Olavs hospital ønsket de at sykepleierne skulle gjøre en hel SKUV av fasttrack-pasienter som ble innlagt med lårhalsbrudd. Det ble utarbeidet en egen mal for innkomstsamtalene, basert på det SKUV og VIPS (VEDLEGG 2 og 3). Ønsket var å få sykepleierne til å ta i bruk SKUV i større grad i hverdagen.

Hensikt og problemstilling

Det er nå et behov for å se hvorvidt sykepleierne ved ortopedisk avdeling har tatt i bruk SKUV. Hensikten med studien er derfor å undersøke om sykepleierne ved ortopedisk avdeling dokumenterer SKUV i datainnsamlingen ved innkomstsamtalen. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling: **I hvilken grad har SKUV blitt benyttet i dokumentasjon av innkomstsamtaler hos fasttrack-pasienter?**



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Metode

I denne studien ønsket jeg å finne ut om bruk av SKUV i pasientbehandlingen kom til syne i dokumentasjonen av inntakssamtalen ved ortopedisk avdeling. For å undersøke dette har jeg gått gjennom en rekke pasientjournaler, og gjennomført en kvantitativ analyse av dette. Valget av metoden bidrar til å samle inn tallfestede og målbare data, og vil dermed sikre en representativ tilnærming. Dette er viktig for å kunne besvare problemstillingen.

Utvalg og datainnsamling

Ved den ortopediske avdelingen er det tre pasientgrupper som har satt SKUV i system ved dokumentasjon ved inntakstjournal; fasttrack hoftebruddspasienter, amputasjonspasienter og pasienter med infeksjonsmistanke. Jeg valgte å fokusere på fasttrack hoftebruddspasienter. Pasientgruppen tilhører hovedsakelig ortopedisk traumatologisk sengepost med noen unntak der pasienten har vært innlagt på ortopedisk elektiv eller rekonstruktiv sengepost i påvente av plass på OTS. Utvalget innad i denne pasientgruppen ble valgt ut fra operasjonskode som ble brukt på pasientene, uavhengig av kjønn, alder og sykdomsdebut. Fokuset har vært på hva sykepleierne har dokumentert. På bakgrunn av SKUV lommekort og mal for inntak på fasttrack-pasienter, ble det utformet en sjekkliste som ble benyttet under gjennomgangen av pasientjournalene (VEDLEGG 4).

Det ble bestemt at vi skulle ta utgangspunkt i 60 pasienter fra det aktuelle utvalget i tidsrommet september til november. Vi fikk tilgang til avdelingens pc-er for å gå gjennom aktuelle pasienter for den gitte perioden. På grunn av lockdown i forbindelse med Covid-19 situasjonen, var jeg kun fire dager på sykehuset for å samle data. Deretter måtte vi forlate sykehusområdet og avslutte datainnsamlingen. Som et resultat av dette ble datamaterialet basert på 45 pasientjournaler.

Sjekkliste og analyse

Sjekklisten som ble brukt til datainnsamlingen er utarbeidet ut ifra SKUV sitt lommekort, se vedlegg. Det er sortert etter ABCDE-prinsippet med svaralternativ JA og NEI, avhengig av om det er dokumentert i inntakstjournalen. Materialet ble ført inn og sortert i dataprogrammet Microsoft Excel. Det ble deretter foretatt deskriptive analyser for å vise resultatene og ble videre satt inn i ulike diagrammer etter hensikt. En deskriptiv analyse beskriver studien uten å forklare årsaken (21).

Etiske overveielser

Opgaven baserer seg på taushetsbelagt dokumentasjon og anonymisering av sykepleierne/helsepersonell i datamaterialet. Av den grunn ordnet fagutvikleren



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

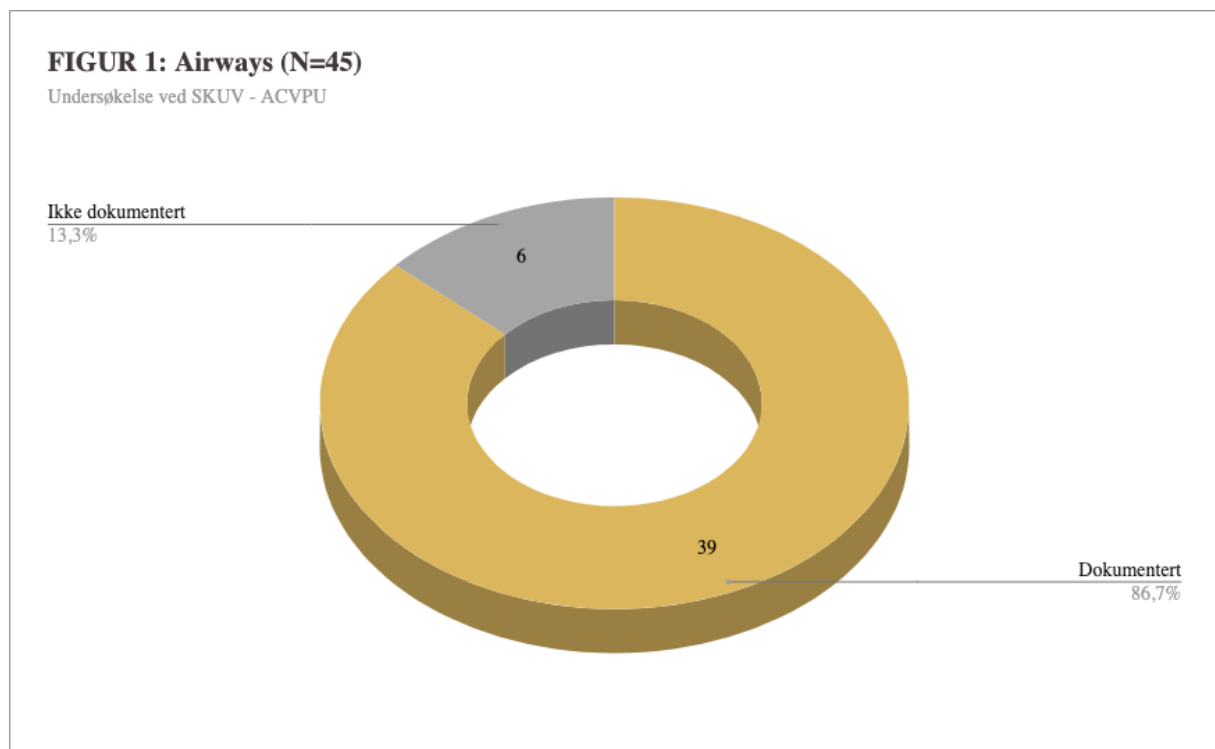
på ortopedisk avdeling tilgang til aktuelle journaler via Puls PC på sykehuset, noe som videre ga oss tilgang til pasienters Pid-nummer. Dette gjorde at vi ikke hadde mulighet til å spore verken pasienter eller helsepersonell (22), og deres anonymitet ble dermed ivaretatt.

For å sikre at datainnsamlingen ble utført forsvarlig i henhold til forskningsetikkloven og helseforskningsloven ble det sendt inn en forespørsel til Regional etisk komité (REK). REK ga tilbakemelding om at vi ikke trengte å søke om godkjenning, da dette var et fagutviklingsprosjekt.

Resultater

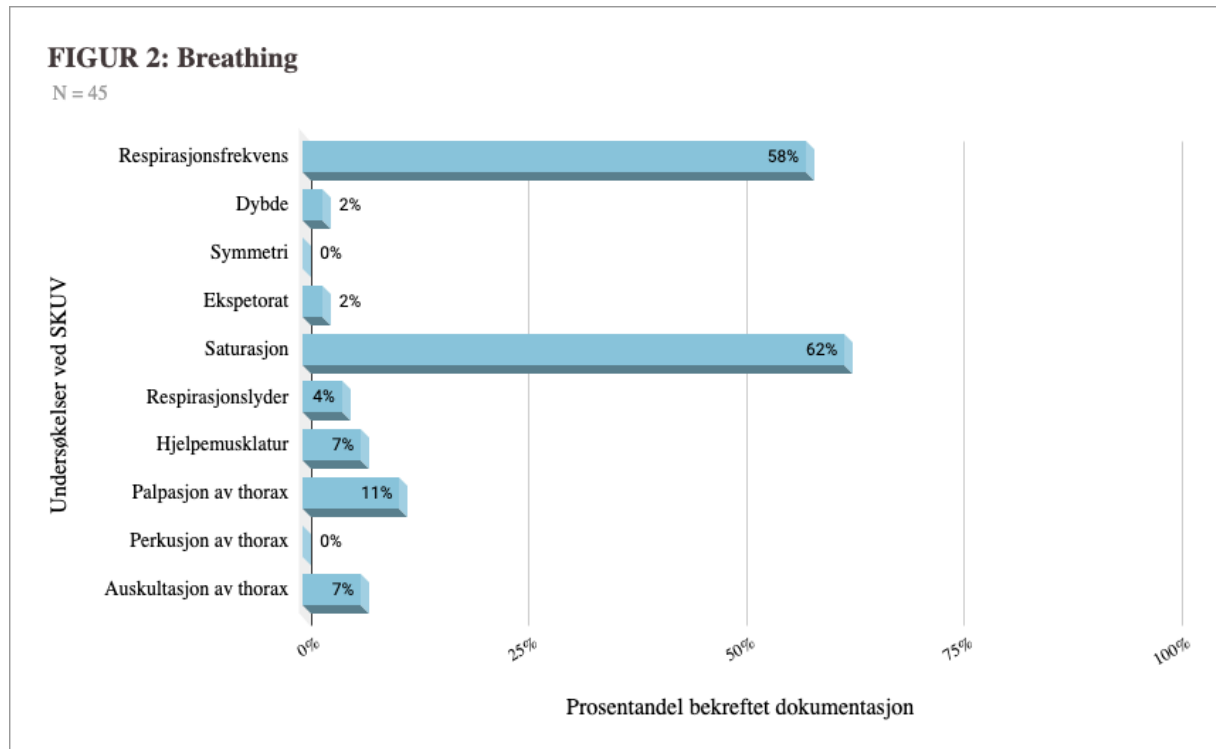
I dette studiet har jeg gått gjennom 45 pasientjournaler. I det følgende vil jeg presentere resultatet av datainnsamlingen i fem ulike figurer. Hver av figurene belyser et av de fem elementene i ABCDE-prinsippet; *airways*, *breathing*, *circulation*, *disability* og *exposure*.

I pasientjournalene ved dokumentasjonen av ACVPU, under *airways*, kom det frem at 13,3 % ikke har blitt dokumentert (figur 1). Undersøkelsen er en indikator på om pasienten er våken og bevisst. Denne prosentandelen er antallet pasienter, innenfor utvalgte pasientgruppe, som det ikke er dokumentert inntakstamtalen av en sykepleier fra ortopedisk avdeling.

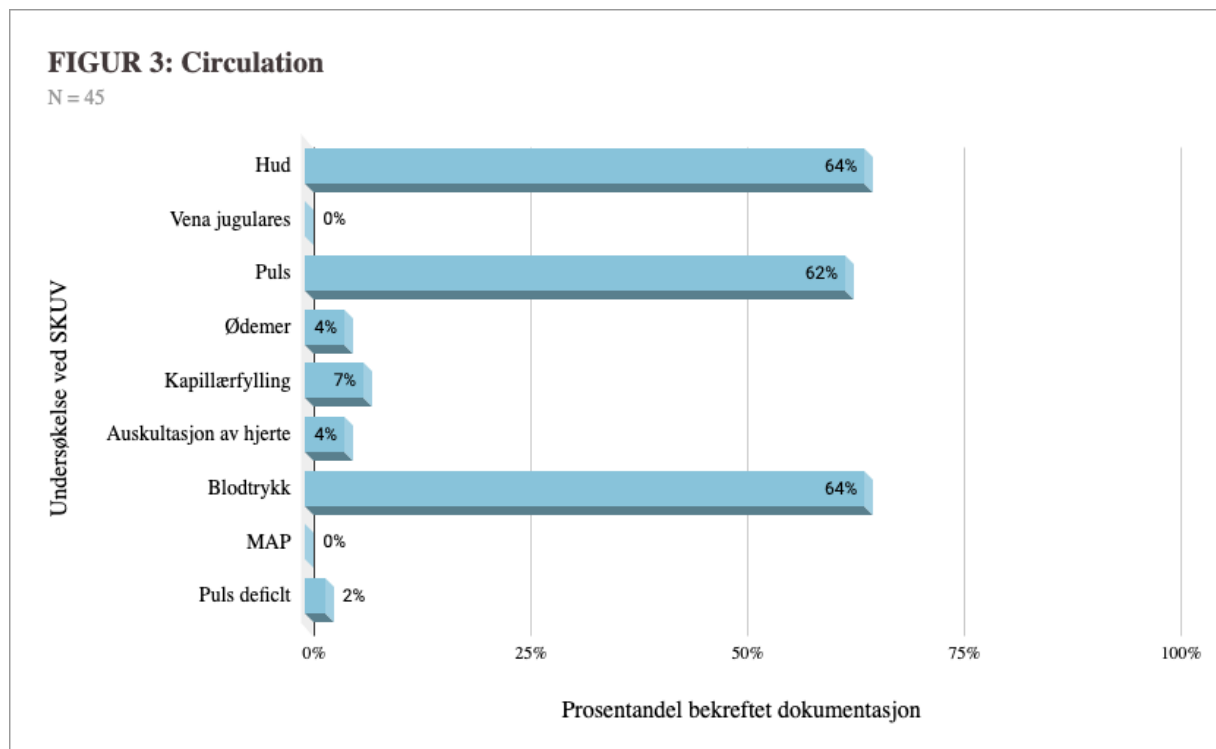


Figur 1. Dokumentert undersøkelse av A ved SKUV

Knyttet til *breathing* og *circulation*, figur 2 og 3, er det tydelig overvekt av utførelsene ved enkelte undersøkelser. For eksempel så talte sykepleierne respirasjonsfrekvensen i 58% av tilfellene. Videre ble undersøkelsene saturasjon (62 %), puls (62 %), blodtrykk (62 %) og hud (64 %) dokumentert i journalene. Det blir i liten grad dokumentert observasjoner knyttet til respirasjonsdybde, symmetri av thoraxbevegelser, ekspektorat, respirasjonslyder, bruk av hjelpemuskulatur og palpasjon, perkusjon og auskultasjon av thorax (0-11 %).

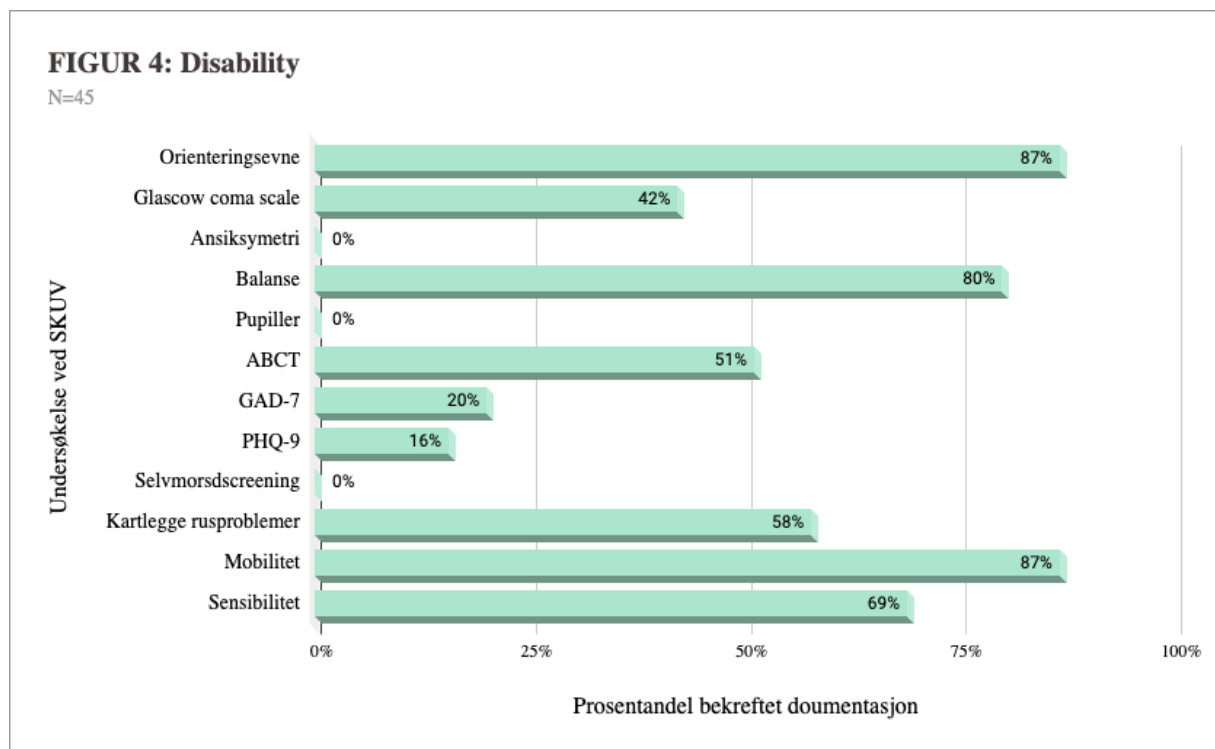


Figur 2. Dokumenterte undersøkelser av B ved SKUV



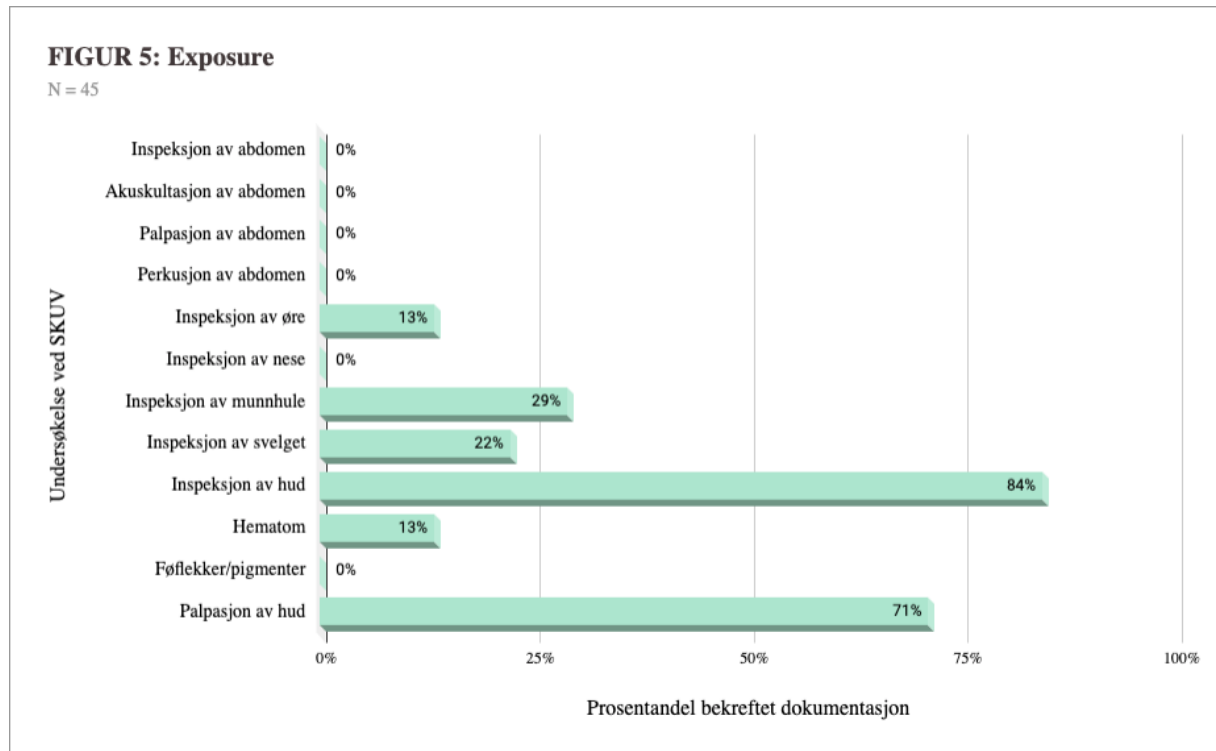
Figur 3. Dokumenterte undersøkelser av C ved SKUV

Resultatet knyttet til *disability* (figur 4) illustrerer stor variasjon i hva som blir undersøkt ved disability. Se bort ifra ansiktssymmetri (0 %) og pupiller (0 %) er det GAD-7 (20 %), PHQ-9 (16 %) og selvmordscreening (0 %) som har lavest prosentandel i dokumenterte journaler. De tre sistnevnte elementene er direkte knytte til pasienten sin psykiske helse.



Figur 4. Dokumenterte undersøkelser av D ved SKUV

Undersøkelsene som blir hyppigst brukt knyttet til Exposure (figur 5) er at huden blir inspisert (84 %) og palpert (71 %). I andre rekke kommer inspeksjon av øre, munnhulen, svelget og hematom (12-29 %). Resterende undersøkelsene knyttet til Exposure var fraværende i pasientjournalene.



Figur 5. Dokumenterte undersøkelser av E ved SKUV



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Diskusjon

Målet med studien har vært å undersøke om SKUV blir brukt i sykepleiedokumentasjon på ortopedisk avdeling. Fokuset har vært på journalføring av innkomstsamtaler til fasttrack-pasienter.

Hovedfunnene i studiet er at det er mangler i dokumentasjonen. Det er størst mangler på undersøkelser som inneholder nye undersøkelsesteknikker. Et av funnene som var forventet, var at undersøkelser som allerede var satt i system ble brukt hyppig. Et annet funn som kom frem i studiet, var at enkelte områder som disability hadde blitt dokumentert hyppig i pasientjournalene. I det følgende ønsker jeg å trekke inn forskning og litteratur, samt egne og andres erfaringer som kan belyse funnene.

Forutsetning for å bruke SKUV

"Jeg mangler mot og er redd for å skrive feil" (17)

"Det er så lenge siden jeg ble utdannet og har liten selvtillit på å skrive"(17)

Sitatene ovenfor er hentet fra en sykepleier som deltok i Kari Dahls studie om *"Den problematisk sykepleiedokumentasjonen"*, med vinkling på det personlige aspektet (17). Det er nok mange som kjenner på usikkerhet og manglende tro på egne kunnskaper og ferdigheter. Dette gjelder for nyutdannede, men også for mer erfarne sykepleiere i en hverdag som endrer seg raskt. Årsaken til dette kan være ulike barrierer, som Clint Douglas nevner i studiet sitt, for eksempel *avhengig av andre og teknologi, manglende tillit og spesialområde* for å nevne noen (12). Disse barrierene kan være en av grunnene til at SKUV ikke er blitt dokumentert i like stor grad som man skulle ha ønsket.

Kunnskapsoppsummeringen til Breivik og Tymi viste at sykepleierne ikke var fornøyd med egne ferdigheter, og at det er mangler på rett kompetanse for å utføre en fullstendig SKUV. De er ikke fortrolig med egne ferdigheter ved undersøkelsene, og unnlot derfor å utføre undersøkelsene (7).

Dokumentasjonen viser at over halvparten av undersøkelser fra SKUV er fraværende eller er dokumentert i under 15 % av journalene. Dette gjelder særlig undersøkelser som inneholder *perkusjon* og *auskultasjon*. Dette er undersøkelser som vanligvis blir utført av leger, og dermed vil det for mange muligens bli sett på som dobbeltarbeid, og kanskje også en mulig profesjonskonflikt. Som sitatet øverst i kapitlet viser, kan sykepleiere være redd for å skrive feil (17). Dette kan man kjenne seg igjen i, uavhengig av rolle eller profesjon. Det er da viktig med gjensidig tillit og respekt, samt gi pasienten og andre profesjoner opplevelse av at det man gjør er nyttig. For at sykepleierne skal bli eksperter, så må de ha klinisk



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

kunnskap, evnen og muligheten til å bruke kunnskapen (13). For å komme dit, er det viktig med rollemodeller og mengdetrening, der en bygger tillit til seg selv og mellom profesjoner. Sykepleierne styrker tillit til egne ferdigheter når de har kollegaer som bekrefter at de har rett utføring av undersøkelsen (5). I sammenheng med dette påpeker Douglas (12) og Aldridge-Bent (23) viktigheten av at sykepleierne, som skal bruke kliniske vurderinger og undersøkelser, ser dette som relevant for sin praksis.

Å tilegne seg praktisk kompetanse innenfor SKUV, er et tiltak for å forbedre hverdagen for sykepleiere og pasienter. Irene Sørås skrev i sin bok om forbedringsarbeid; *"Implementering av ny kunnskap eller rutiner og å få til varige endringer kan være en utfordring"* (24). Dette kan man se igjen i sykepleiedokumentasjonen på avdelingen. Funnene viser at det allerede implementerte verktøyet, NEWS, er en gjenganger i dokumentasjonen. 55-65 % av pasientjournalene har dokumentert undersøkelser av respirasjonsfrekvens, saturasjon, blodtrykk, puls og temperatur. Disse undersøkelsene blir brukt i den daglige dokumentasjonen på sengeposten, og har vært brukt i systemet lengre enn SKUV. NEWS skal gi en rask indikator på endringer hos pasientenes tilstand. SKUV derimot, gir et helhetlig bilde av flere aspekter hos pasienten og er dermed mer hensiktsmessig i det lange løp. På den andre siden har man færre elementer i NEWS, og faste retningslinjer på oppfølgingen av funnene. En hel SKUV undersøkelse flyter mer, og avhenger av at sykepleieren selv ser nødvendigheten av undersøkelsene. Her trengs det noen som går foran som et godt eksempel, en rollemodell.

Å ha gode rollemodeller er viktig for å fremme bruk av ny kunnskap og nye ferdigheter. Rollemodellene bruker SKUV og oppfordrer til øving og praktisering av undersøkelsesteknikker. Mangel på rollemodeller var en barriere sykepleierne nevnte i Douglas studier (12). På ortopedisk avdeling er det naturlig at de to sykepleierne som fikk endret stillingsbeskrivelse for å implementere SKUV, skulle vært rollemodeller, men det trengs muligens flere sykepleiere som motiverer for innføring av SKUV. Dette bør være personer med sentrale roller på avdelinger og som skaper trygghet. De trenger ikke nødvendigvis å ha en offentlig rolle, men være tilgjengelig "på gulvet" blant resten. Da er terskelen lavere for å spørre om man er usikker. Undersøkelser viser at om man er usikre på SKUV, så unngår man det. Dette kan da ende i en ond sirkel, som fører til manglende dokumentasjon.

At NEWS-undersøkelsen har en såpass sentral plass i sykepleieres praksis, kan sees i sammenheng med ordtaket; *gammel vane er vond å vende*. Man kan også trekke inn en av de sju barrierene - usikkerhet på egen kompetanse (12). Det er enkelt å holde seg til det man kjenner, og kanskje spesielt når man er usikker på



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

hvordan man skal utføre og dokumentere nye undersøkelsesmetoder. I følge Benner vil *ekspertsykepleieren* se forverringer ved pasienten tidlig, og iverksette behandling tidlig (13). Det er da ugunstig at sykepleierne ikke har fått innarbeidet SKUV i rutinene. Undersøkelser som ikke er innarbeidet tar lengre tid og kan føre fokus bort fra pasienten, i og med at å utføre en full SKUV kan være krevende. På tross av dette er det flere av sykepleierne som har deltatt på SKUV kurs som har funnet den nye kunnskapen viktig. Dette har skapt økende interesse for å praktisere SKUV, men det er fremdeles mangler knyttet til mengdetrening for å bli trygg i utførelse av undersøkelser og vurdering av helsetilstand. Denne erfaringen understøttes av Baid og Bartlett sin forskning som sier at økt klinisk kompetanse blant sykepleierne krever oppfølging over tid (25).

Ortopedisk avdeling er som kjent en av mange somatiske avdelinger ved St. Olavs Hospital, og av erfaring forsvinner fokuset på psykiske helse på somatiske avdelinger. Dette kan man se i resultatene, under *disability* (figur 4). Spørsmålene som går på pasientens psykiske helse er bare dokumentert på under 20 % av journalene. Det er tre screeningverktøy som går inn under disse spørsmålene; *GAD-7* (angst), *PHQ-9* (depresjon) og *selvmordscreening*. Det som er mest bemerkelsesverdig er at ingen av pasientjournalene viser at det er blitt gjennomført selvmordscreening. På den andre siden er det et overraskende funn at undersøkelsen ABCT og kartlegging av rusproblematikk er dokumentert i over halvparten av journalene. Man kan under seg over denne forskjellen i dokumentasjon på selvmordscreening og rusproblematikk. Er det fordi sykepleierne synes det er ubehagelig å bevege seg inn på temaet, eller er de redd for å spørre? Jeg har ikke funnet forskning som kan underbygge disse funnene, men det hadde vært spennende å se om sykepleiedokumentasjonen på ortopedisk avdeling har endret seg før og etter implementeringsprosjektet i 2017-2019. Dette for å se om SKUV har endret sykepleiernes bevissthet ovenfor dette fagfeltet.

Rammer for dokumentasjonen

Helsepersonell er pliktig til å dokumentere, ifølge *Helsepersonelloven* og *Forskrift om pasientjournal*. Vurderinger, tiltak og gitt behandling skal dokumenteres i pasientens journal (26,27). Sykepleierne ved ortopedisk avdeling er ikke etter loven pliktig til å dokumentere SKUV, men de skal arbeide for å fremme og forebygge pasientens helse. SKUV er et verktøy som gjør at man på en helhetlig og systematisk måte kan dokumentere pasientens helsestatus på et gitt tidspunkt. For å følge tilstandsendringer eller situasjonsbestemte hendelser må det dokumenteres, og det må være oversiktlig og forståelig overfor pasient og kollegaer. I flere tidligere studier viser forskningen til at sykepleiedokumentasjon nettopp mangler helhet og struktur, samt en felles terminologi (28,29). Gjevjon et



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

al mener at disse manglene vil gjøre det vanskelig å få effektiv og oversiktlig dokumentasjon (28). Mangler kan føre til problemer i tjenestetilbudet, innenfor kontinuitet og koordinering. I noen tilfeller kan mangelfull dokumentasjon være en direkte trussel mot pasientens helse. Det er derfor nødvendig med hensiktsmessig og effektive dokumentasjonssystemer, der det blir tatt bevisst ansvar for systematisk dokumentasjon i henhold til pasientens helse (30). Häyrinen et al er også opptatt av at det er behov for felles struktur og terminologi for å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på dokumentasjonen (31).

"Tiden strekker ikke til, vi har flere arbeidsoppgaver og mindre tid til rådighet" (17)

Dette var en av kommentarene fra sykepleierne i Dahl sitt studie. Hun trakk frem at en av flere faktorene som påvirket dokumentasjonen hos sykepleierne var organisatoriske forhold og tilrettelegging i hverdagen (17). Claudia Maier beskriver i sine studier at det i fremtiden vil være mangel på primæromsorg og en stor grad av oppgaveforskyvning over til sykepleierne. Studiet er en sammenligning av flere studier fra over 39 land, der resultatet viste at sykepleierne ved to tredjedeler av de deltagende landene opplevde oppgaveforskyvning. Oppgavene var for eksempel henvisninger, medisinsk tester og omfang av pasientgrupper (9).

Lite tid kan være en faktor som gjenspeiles i mangelen på dokumentasjon av SKUV på fasttrack-pasientene i vår undersøkelse. Arbeidshverdagen til en sykepleier kan være uforutsigbar, og det er ikke alltid lett å planlegge og disponere tid til alle oppgavene en skal utføre. Dersom oppgaver oppleves som akutte og tidkrevende, må det bli gjort prioriteringer. I en tverrsnittstudie av Dietmar Ausserhofer et al., basert på sykepleiere fra 12 europeiske land, ble det undersøkt hvilke prioriteringer av arbeidsoppgaver som ble gjort. Der så man at sykepleierne prioriterte oppgaver som ga pasienten raskt virkning på helsen, for eksempel medikamenthåndtering og enkle målinger av vitale parametere. De nedprioriterte oppgaver hvor sykepleierne var usikre på både tidsbruk og innhold, eksempelvis samtaler, undervisning og dokumentasjon (6,32). Tidspresset gjør at undersøkelser ikke blir utført og dokumentert. Arbeidsbelastningen på sykepleierne blir også for stor. Lesa og Dixon understreker i sitt studiet at arbeidsoppgavene kommer i en prioriteringskonflikt, og at man ikke har tid til å lære nye ferdigheter og undersøkelser, samt å kunne innarbeide ny kompetanse (5). Douglas poengterer også at *mangel på tid* var en barriere for bruk av nye ferdigheter, som SKUV (12).

Ausserhofer et al sier at riktig prioritering av arbeidsoppgaver må tilrettelegges av ledelsen (32). Det er derfor motstridende at ledelsen ved St. Olavs Hospital kutter



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

på rapporteringstiden og har som mål å effektivisere utskrivelse av pasientene, begrunnet i økonomiske forhold (2). Man kan stille spørsmål om hvilken sammenheng det er mellom å kutte på essensielle områder for å sikre kvalitet, samtidig som St. Olavs hospital har som et av sine hovedmål, i *Utviklingsplan 2019-2035*, å ha høy kvalitet og oppdatert kompetanse (33). Disse endringene øker presset om at sykepleiere skal oppfylle disse forventningene fra ledelsen.

En annen mulig forklaring på at det er mangler i dokumentasjonen av SKUV, er at det ikke er innarbeidet som en rutine hos sykepleierne, eller på avdelingen. Sykepleierne har ikke en felles forståelse av undersøkelsene og er dermed usikre på bruken av SKUV. Her er det også viktig at man ser hvilke fordeler for pasienten det er at sykepleierne bruker SKUV, og at den kan føre til det blir prioritert i hverdagen. Ettersom man er pliktig til å dokumentere all sykepleie som er utført, vil man over tid kunne se endringer i dokumentasjonen. Larrabee undersøkte i sine studier etterlevelsen av implementering i sykepleiedokumentasjon. Studien så på effekten av å iverksette et nytt dokumentasjonssystem for sykepleiere, Nursing information system (NIS). Resultatet viste ikke at dokumentasjonen i sin helhet var forbedret, men at enkelte undersøkelser, som blodtrykksmåling, som var en del av NIS, var forbedret. På bakgrunn av Larrabee sine resultater fortsatte sykepleierne å evaluere dokumentasjonens helhet, for å se hvilke områder som kan forbedres. Denne kontinuerlige evalueringen økte bevisstheten hos sykepleierne, noe som viste seg å bedre dokumentasjonen i sin helhet over tid (19).

Larrabee sine funn kan ses i sammenheng med et uventet funn i studien på ortopedisk avdeling, nemlig resultatene ved dokumentasjonen av undersøkelsene relatert til *Disability* (figur 4). Der sju av tolv SKUV undersøkelser er dokumentert i pasientjournalen, på over 40 % av den utvalgte pasientgruppen. Forventningen før studien ble gjennomført, var at disse tallene skulle være lavere. Av egne erfaringer fra somatiske avdelinger, blir nevrologiske og mentale undersøkelser ofte glemt. Parallellt kan man trekke til Larrabees studie at implementering av noe nytt kan skape en ny bevissthet hos sykepleierne (19). På ortopedisk avdeling har sykepleierne kanskje blitt mer bevisst på dette området, ettersom at det kommer til syne i dokumentasjonen. Implementeringen av SKUV kan ha gjort at sykepleierne mer bevisst på disse undersøkelsene. Dette er noe man kunne ha sett nærmere på gjennom en ny studie, der man så på dokumentasjon fra før implementeringsprosjektet.



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Studiens styrker og svakheter

I denne studien ønsket vi å undersøke i hvilken grad SKUV ble brukt av sykepleiere ved innkomst i ortopedisk avdeling ved å gå gjennom innkomstsamtale med sykepleier i pasientjournaler. I denne studien vet vi derfor ikke eksakt hvilke undersøkelser som er gjort eller hvilke data som er samlet inn av sykepleierne, kun det som sykepleierne har dokumentert av undersøkelser. Det er uansett bare undersøkelser som er dokumentert som senere vil ha en klinisk verdi i studien. En annen svakhet med studien er at sjekklisten ikke fanger opp ulike varianter av dokumentasjon, for eksempel "*pasienten er respiratorisk og sirkulatorisk stabil*". For å løse dette ble det bestemt at dersom dokumentasjonen ikke beskriver funn eller at det ikke er tatt stilling til, er det fraværende.

Datainnsamlingen er gjort på kun én pasientgruppe ved ortopedisk avdeling og reflekterer ikke nødvendigvis den gjennomsnittlige dokumentasjonen på avdelingen. På tross av dette var det bestemt, i samråd med avdelingens fagutviklere, at fokuset skulle være på fasttrack-pasienter. Dette fokuset har også avdelingen hatt på dokumentasjon ved innkomstsamtaler av fasttrack-pasienter.

På grunn av Covid-19 og Lock Down på sykehuset, ble det begrenset med tilgang og dermed tilgang til færre pasientjournaler. 45 pasientjournaler er likevel nok til å kunne si noe om en trend. I tillegg var både sykepleierne og fagutviklerne veldig behjelpelig under hele prosessen.



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Konklusjon

Denne studien har belyst i hvilken grad SKUV har blitt dokumentert i pasientjournalene, etter innkomstsamtalen ved innleggelse. Hovedfunnene viser at det er mangler i dokumentasjonen. Halvparten av undersøkelsen blir ikke er dokumentert. Det kan være ulike grunner til disse funnene. Resultatene kan muligens forklares ut fra ulike barrierer for å bruke SKUV i hverdagen, mangel på tid, kompetanse og rollemodeller. Å bruke ny kompetanse kan være problematisk, da det ikke er innarbeidet i rutinene og man kan være usikker på egne ferdigheter og vurderinger. Likevel er SKUV et verktøy som kan heve blikket hos sykepleierne ovenfor pasienten, og gjøre dem mer bevisst på hvordan man kan kartlegge hele pasienten.

I videre forskning relatert til SKUV og etterlevelse av implementeringsprosjektet, kan en kvalitativ tilnærming gi nærmere forståelse og dypere innsikt for lignende problemstillinger. Da får en med sykepleiernes egne vurderinger og kommentarer til hvordan de jobber med SKUV. Det hadde også vært interessant å se spesifikt på ivaretagelsen av pasientens psykiske helse på somatisk sykehus, da dette kan bli nedprioritert.



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Referanseliste

1. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015. 376 s.
2. Omsorgsdepartementet H. St. Meld. nr. 47 (2008-2009) [Internett]. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2009 [sitert 3. juni 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
3. Secrest JA, Norwood BR, Dumont PM. Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. *Journal of Professional Nursing*. 1. mars 2005;21(2):114-8.
4. Liaw SY, Scherpbier A, Klainin-Yobas P, Rethans J-J. A review of educational strategies to improve nurses' roles in recognizing and responding to deteriorating patients. *International Nursing Review*. 2011;58(3):296-303.
5. Lesa R, Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*. 2007;54(2):166-72.
6. Drange BB, Vae KJ, Holm AL. Sykepleiedokumentasjon - en utfordring ved trykksårforebygging - Erfaringer fra et praksisutviklingsprosjekt. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2015;5(02):208-17.
7. Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien*. desember 2013;(4):324-332.
8. Haugen JE. Akuttmedisinsk sykepleie: utenfor sykehus. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014. 320 s.
9. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. desember 2016;26(6):927-34.
10. Kristofferesen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Grunnleggende sykepleie Bind 1. 3. utg. Grimsbø GH, redaktør. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. 373 s.
11. Titler MG. The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. I: Hughes RG, redaktør. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internett]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [sitert 30. april 2020]. (Advances in Patient Safety). Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2659/>
12. Douglas C, Osborne S, Reid C, Batch M, Hollingdrake O, Gardner G. What factors influence nurses' assessment practices? Development of the Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(11):2683-94.



Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

13. Benner P. Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis [Internett]. Norbok. Oslo: TANO; 1995 [sitert 11. mai 2020]. 212 s. (Sykepleieteori). Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2010061620020
14. Toney-Butler TJ, Unison-Pace WJ. Nursing Admission Assessment and Examination. I: StatPearls [Internett]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [sitert 14. mai 2020]. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493211/>
15. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø GH. Grunnleggende sykepleie 2: grunnleggende behov. 1. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2019. (Grunnleggende sykepleie; bd. 2).
16. Hellesø R, Hjortnæs A-K, Holm R, Husby E, Børmark S. Godt samarbeid bærer frukter- utvikling av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal [Internett]. 2009 [sitert 8. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/godt-samarbeid-baerer-frukter-utvikling-av-sykepleiedokumentasjon-i-elektronisk>
17. Dahl K. Den problematiske sykepleiedokumentasjonen [Internett]. 2009 [sitert 2. juni 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/den-problematiske-sykepleiedokumentasjonen>
18. Hellesø R, Ruland CM. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. Journal of Clinical Nursing. 2001;10(6):799-805.
19. Larrabee JH, Boldreghini S, Elder-Sorrells K, Turner ZM, Wender RG, Hart JM, mfl. Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital. Comput Nurs. april 2001;19(2):56-65; quiz 66-8.
20. Molven O. Sykepleie og jus. 6. utgave. Oslo: Gyldendal; 2019.
21. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007. 297 s. (Helse- og sosialfag : høgskole).
22. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 24. april 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
23. Aldridge-Bent S. Advanced physical assessment skills: implementation of a module. Br J Community Nurs. 1. februar 2011;16(2):84-8.
24. Sørås I. Organisasjonsutvikling i sykehus: forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis. Oslo: Universitetsforl; 2007. 120 s.
25. Baid H, Bartlett C, Gilhooly S, Illingworth A, Winder S. Advanced physical assessment: the role of the district nurse [Internett]. Nursing Standard; [sitert 5. mai



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

- 2020]. Tilgjengelig på:
<https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2009.05.23.35.41.c6958>
26. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt1 - Lovdata [Internett]. [sitert 25. april 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#%C2%A740
 27. Forskrift om pasientjournal - Lovdata [Internett]. [sitert 28. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-12-21-1385>
 28. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs.* januar 2010;19(1-2):100-8.
 29. Naustdal A-G, Netteland G. Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/sjukepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv>
 30. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014. 560 s.
 31. Häyrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of Electronic Nursing Documentation--Nursing Process Model and Standardized Terminologies as Keys to Visible and Transparent Nursing [Internett]. Bd. 79, *International journal of medical informatics.* *Int J Med Inform;* 2010 [sitert 23. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20617569/>
 32. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, Geest SD, Rafferty AM, mfl. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 1. februar 2014;23(2):126-35.
 33. Utviklingsplan [Internett]. St. Olavs hospital. [sitert 3. juni 2020]. Tilgjengelig på: <https://stolav.no/om-oss/utviklingsplan>