



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Fagartikkel

«I hvilken grad kommer SKUV til syne i journalføring 1. postoperative dag hos fast-track pasienter?»

"To what extent does SKUV appear in recordkeeping on the 1st postoperative day at fast-track patients?"

Kandidatnummer: 10024

Antall ord: 4692ord

Sammendrag

Innledning:

Systematiske kliniske undersøkelser og vurdering (SKUV) er definert som bruken av klassiske ferdigheter som inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. Den komplette datainnsamlingen omhandler både subjektiv og objektiv data om pasientens helsetilstand, der SKUV er et essensielt verktøy for å få systematikk i konkrete og relevante undersøkelser (1). Målet med studien var å se i hvilken grad SKUV undersøkelsene kommer til syne i daglig journalføring etter innføringen av verktøyet blant sykepleiere på ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital.

Metode:

Denne studien har benyttet en kvantitativ dokumentgransking som metode, ved å samle inn og analysere i hvilken grad sykepleierne bruker SKUV i journalføringen av NEWS 1. postoperative dag på dagvakt/kveldsvakt. Dette med hjelp av en sjekkliste (vedlegg 2), sjekklisten studien har utarbeidet er basert på SKUV lommekortet fra NTNU og St. Olavs Hospital (vedlegg 3).

Resultat:

Hovedfunnene i datainnsamlingen viser 100% uttelling på alle undersøkelsene som inngår i NEWS. Men enkelte undersøkelsesteknikker som auskultasjon og perkusjon blir lite dokumentert utført.

Diskusjon:

Studien vet ikke hvorfor resultatet er slik det er, men det er ulike faktorer som kan påvirke resultatet. Det er nok en kombinasjon av lite tid, lite behov for videre undersøkelser hos pasientene og usikkerhet rundt bruken av SKUV hos sykepleierne. Studien har noen svakheter ved at dokumentasjonen tilsier bare om undersøkelsene er gjort eller ikke, dette gjør at studien ikke kan konkludere med hvorfor resultatet er slik det er, noe som bør utforskes videre.

Konklusjon:

Studien kan konkludere med at undersøkelsene innenfor auskultasjon og perkusjon blir gjort i svært liten grad, mens undersøkelsene innenfor inspeksjon og palpasjon er hyppigere brukt. Avdelingen er flinke til å bruke undersøkelsene i NEWS, men har et forbedringspotensial når det kommer til bruk av perkusjon og auskultasjon.

Abstract

Introduction:

Systematic clinical examination and assessment (in Norwegian, SKUV) is defined as the use of the classical skills; inspection, palpation, percussion and auscultation. The complete data set is a combination of both objective and subjective knowledge about the health of the patient, where SKUV is an organizing tool essential to creating structure in specific and relevant examinations (1). The aim of the study was to investigate to which degree the use of SKUV is implemented in daily routines of medical charting among nursing staff at the orthopedic ward at St.Olavs Hospital.

Method:

The methodology of this study is based on quantitative data analysis. The data sample was collected at the orthopedic ward at St. Olavs Hospital. The study will analyze how the nurses use SKUV in medical charting during the first post-operative shift. The study used a checklist (attachment 2), the checklist is based on the SKUV pocket card from NTNU and St.Olavs Hospital (attachment 3).

Results:

The main findings of the analysis show a complete use of techniques of the NEWS system in patient examinations, although certain procedures – auscultation and percussion, are reported less.

Discussion:

Different factors might influence the result of the study. It might be a combination of too little time for the nurses, the patients perhaps not needing additional examination and uncertainty surrounding the use of SKUV among nurses. It should also be noted that the analysis has certain weaknesses, as it is only a quantitative collection of data. The analysis does not go further into why the results show less use of two of the techniques, and this should be researched further.

Conclusions:

In conclusion, the examinations of auscultation and percussion in patients is underreported, although the use of inspection and palpation is more frequently reported. The department shows a solid use of the techniques in NEWS; however, there is room for improvement in use of percussion and auscultation.

Innledning

Ulike reformendringer og statlige føringer har ført til et større behov for å revidere funksjonen og oppgaver til helsepersonell. Der blir nå enda viktigere å utdanne sykepleiere med høyere klinisk kompetanse som innebærer økt fokus på ferdigheter innenfor undersøkelser og systematiske helsevurderinger av pasienter (1).

Systematiske kliniske undersøkelser og vurdering (SKUV) er definert som bruken av klassiske ferdigheter som inspeksjon (å se), palpasjon (å kjenne), perkusjon (å banke) og auskultasjon (å lytte) (1, 2 s.43). SKUV er en del av den komplette datainnsamlingen sykepleiere gjør av pasienten, det som er nytt med SKUV er at man bruker fysiske undersøkelser i større grad enn tidligere i datainnsamlingen. Det er mer bruk av validerte spørreskjemaer som for eksempel Glasgow Coma Scale for å strukturere datainnhenting og vurderingen, samt en større grad av systematikk i undersøkelsene. Av fysiske undersøkelser er det hovedsakelig auskultasjon og perkusjon som er mest nytt for sykepleiere, ettersom dette ikke har vært en tradisjon i den norske sykepleieutøvelsen tidligere.

Den komplette datainnsamlingen omhandler både subjektiv og objektiv data om pasientens helsetilstand. SKUV er et essensielt virkemiddel for å kunne få konkrete og relevante resultater som settes i et system ettersom datainnsamling er et sentralt område i sykepleien. Subjektive data fremkommer i samtale med pasienten, mens objektive data fremkommer gjennom fysiske undersøkelser (1, 3). I praksis og i forskningslitteraturen forøvrig, brukes blant annet uttrykk som head-to-toe assessment, fysiske undersøkelser og avansert klinisk vurdering, derav er begrepet SKUV relativt nytt og lite kjent.

Ortopedisk klinikk: en arena for implementering av ny kunnskap

Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering, SKUV, er et verktøy som ble introdusert ved sykepleierutdanningen ved NTNU Trondheim i 2017. Det ble deretter etablert et samarbeidsprosjekt med de ortopediske avdelingene ved St. Olavs Hospital med hensikt å skolere ferdigutdannede sykepleiere i SKUV. Prosjektet med å implementere SKUV skulle vare i to år, der to sykepleiere fikk en endret stillingsbeskrivelse for å arbeide aktivt mot innføringen. Implementeringsfasen for SKUV er nå over og studien skal undersøke nytteverdien av prosjektet.

Jeg har et godt innblikk i avdelingen ettersom jeg var der i kirurgisk praksis høsten 2019, og jeg har jobbet på avdelingen siden da. En av hovedgrunnene til at jeg har valgt denne studien er nettopp at jeg kjenner avdelingen godt og har allerede en viss antagelse for de ulike faktorene som spiller inn for å få gjennomført SKUV.

Avdelingen har tidligere implementert National Early Warning Score (NEWS). NEWS er en algoritme som hjelper helsepersonell til å enklere kunne vurdere kliniske observasjoner med tanke på forverring i helsetilstand eller alvorlig sykdom (eks. Sepsis). Algoritmen tar for seg fysiologiske parametere som respirasjonsfrekvens, SpO₂, tilført oksygen, blodtrykk,

hjerterefrekvens, bevissthetsnivå og kroppstemperatur. Poengsummen til pasienten legger til rette for hvor ofte pasienten skal revurderes, og/eller kontinuerlig overvåkes (vedlegg 1).

Journalnotatet i dokumentasjonen går under problem og tiltak (P/T) og heter NEWS, og det blir tatt utgangspunkt i undersøkelsene som er i SKUV og organisert etter ABCDE-prinsippet. ABCDE er en mye brukt huskeregel for systematisk iverksetting av undersøkelser og tiltak i forbindelse med pasientens luftveier, respirasjon, sirkulasjon, nevrologiske status og temperatur. ABCDE står for A-Airways, B-Breathing, C-Circulation, D-Disability, E-Exposure. Hovedregelen er at man undersøker og setter i gang tiltak på A før man går videre til B, og så videre. Dette gjør at man unngår å fokusere på diagnosen tenkning, men heller konsentrerer seg på hva som kan være en trussel mot pasientens liv der og da (2 s.32-42).

NEWS kartlegger de vitale parameterne til pasienten der og da, men NEWS har noen begrensninger ved at verktøyet kun fanger opp endringer i vitale tegn. Endringer i vitale tegn inntreffer når kroppens homeostase og kompensasjonsmekanismer ikke lengre er i stand til å opprettholde regulerende og kompenserende mekanismer, noe som vil si at vi mister informasjon om tidlig forverring ved at vi støtter oss på et verktøy som bruker begrenset pasientinformasjon. Behovet for SKUV kommer tydelig frem når sykepleierens intuitive bekymring vekkes eller når NEWS vurderingene ikke indikerer endring (3, 4). Dersom vi igjennom hele pasientforløpet har fokus på systematisk klinisk observasjon og vurdering vil vi være i stand til å tidlig skaffe data om endringer i pasients helsetilstand (4). SKUV brukes for å kartlegge et utgangspunkt, dette forutsetter at sykepleieren systematisk observerer forandringer hos pasienten og er kjent med dens normaltilstand og ikke minst behandlingsmål. Dette er en forutsetning for å tidlig kunne oppdage eventuell forverring (1).

Utfordringer i forhold til å ta i bruk ny kompetanse i yrkesutøvelsen

Det finnes ulike faktorer som kan begrense eller skape utfordringer for å kunne gjennomføre de undersøkelsene man ønsker. En av disse faktorene som kan gjøre det vanskelig er new public management (NPM), som ofte blir omtalt som en reformbølge som har preget offentlig virksomhet de siste 30 årene. Det er en fellesbetegnelse for en rekke metoder og prinsipper for organisering og styring av offentlig virksomhet. Essensen i NPM er at virksomheter innen offentlig sektor har alt å vinne på å kopiere privat sektor og markedet, særlig når det gjelder tidsbruk og ressursutnyttelse, forstått som kostnadseffektivitet (5 s.202).

I likhet med NPM har også samhandlingsreformen påvirket yrkesutøvelsen siden implementeringen i 2012. Samhandlingsreformen er en koordinerings- og retningsreform, og har som mål å fremme helhetlige pasientforløp, mere fokus på forebygging, økt brukerinnflytelse og sikre en bærekraftig utvikling (6, 8). Samhandlingsreformen gir tydelige føringer mot en utvikling hvor pasienter raskt skal utskrives fra sykehus og over til videre behandling i primærhelsetjenesten (6). Dette omhandler i stor grad å sikre høy faglig kvalitet og effektiv ressursutnyttelse, der tanken var at det kunne bidra til bedre planlegging, utvikling og styring i helsetjenesten (8).

NPM og samhandlingsreformen har hatt stor påvirkning for den helhetlige sykepleieutøvelsen ettersom prinsippene innebærer stort fokus på at flere pasienter skal motta helsehjelp fra kommunale helseforetak for å dempe utgiftene ved sykehusene og øke effektiviteten. Dette fører som sagt til kortere sykehusopphold, dermed mer intensiv pleie og behandling på sykehusene. Kommunenes helse- og omsorgstjenester overtar da stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, der de mottar flere og sykere pasienter som kan gi kompetanseutfordringer for kommunene. Dette krever at sykepleiere i alle sektorene av helsetjenesten må ha fokus på kvalitative gode vurderinger av den enkelte pasient for å sikre best mulig praksis (1, 7 s.299-304, 8).

En annen faktor som kan skape utfordringer for å ta i bruk SKUV ble belyst i en studie av Fennessey og Wittmann-Price (9) der de fant ut at for å utføre SKUV må man beherske tre kompetanseområder, nemlig 1) psykomotorisk ferdigheter, 2) kognitiv kompetanse, og 3) perseptuell kompetanse. Psykomotoriske ferdigheter er essensiell for å kunne utføre inspeksjon, perkusjon, palpasjon og auskultasjon, dette er for å kunne sammenligne kroppssidene til den enkelte pasient og for eksempel vite hvor man skal plassere stetoskopet og hendene sine for å få nøyaktige målinger. Kognitiv kompetanse handler om å skille det unormale fra det normale. Perseptuell kompetanse innebærer for eksempel å sammenligne og lytte forskjell på ulike lyder fra kroppen. Dette forutsetter god opplæring og veiledning av overnevnte ferdigheter til sykepleierne for å unngå usikkerhet og for at det skal være et verdigfullt og funksjonelt verktøy (1, 9).

Sykepleieutøvelsen i dag blir ofte rammet av ansvarsoversvømmelse, eller ubegrenset ansvar. Det vil si at sykepleiere blir pådyttet, eller påtar seg oppgaver og ansvar fra andre yrkesgrupper. Til forskjell fra for eksempel legene har ikke sykepleierne eller andre yrkesgrupper hatt tradisjon for å delegerer oppgaver og ansvar til andre profesjoner. Sykepleierne har ikke samme profesjonsstatus og dermed ikke samme mulighet til å avgrense sine oppgaver. De er forventet å være både legens assistent og selvstendig yrkesutøvere som spesialister på pleie og omsorg. Når sykepleierne i stor grad pålegges å utføre oppgaver på vegne av andre skapes det tidspress og utfordringer knyttet til de oppgaver som sykepleieren er pålagt å gjøre. Dette kan gi uttrykk for følelser som frustrasjon og irritasjon (10). En studie fra et universitetssykehus i Spania viser til nettopp at de største stressfaktorene for sykepleierne er arbeidsoverbelastning, hyppige avbrudd i utførelsen av oppgavene, nattarbeid og å utføre forskjellige oppgaver på samme tid (11). I Norge har det i de siste årene vært en debatt om differensiering av arbeidsoppgavene til sykepleiere (10), dette er en diskusjon som går igjen i de fleste andre land.

I en studie fra et universitetssykehus i Nederland, ble det gjort en studie på hvilke oppgaver sykepleierne og sykepleiestudentene utfører på vakt, dette for å kartlegge arbeidsmengden til sykepleierne og finne ut hva de bruker arbeidstiden sin på. Resultatet av studien var at sykepleierne brukte mellom 40.1% og 55.8% på direkte pasientkontakt med sine egne pasienter. I tillegg til dette brukte sykepleierne mellom 11% og 14.1% på kollektiv helsehjelp til pasientene på avdelingen. Dermed brukte sykepleierne totalt mellom 52.1% og 68% av tiden sin på oppgaver som innbar direkte pasientkontakt (12). Studien gir et innblikk i at

sykepleiere allerede har mange arbeidsoppgaver som går på direkte pasientkontakt og da befinner seg fysisk store deler av tiden inne på pasientrommene.

Hensikt og problemstilling

I samarbeid med ortopedisk avdeling var målet med denne studien å undersøke om sykepleierne benyttet SKUV i daglig journalføring av fast-track pasienter 1. postoperative dag, og om verktøyet brukes slik det er tenkt. Dette har munnet ut i denne problemstillingen:

I hvilken grad kommer SKUV til syne i daglig journalføring 1. postoperative dag i form av P/T ved NEWS hos fast-track pasienter på ortopediske avdelinger ved St. Olavs hospital i perioden sep-nov 2019?

Metode

Denne studien har benyttet en kvantitativ dokumentgransking som metode. Oppgaven har samlet og analysert i hvilken grad sykepleierne bruker verktøyet SKUV i journalføring av NEWS 1.postoperative dag på dag- og kveldsvakt ved ortopediske avdelinger ved St. Olavs hospital. Metodevalget bidrar til å samle inn tallfestede og målbare data, som vil sikre en hensiktsmessig tilnærming til å besvare problemstillingen (13 s.52-54).

På bakgrunn av bruk av taushetsbelagt dokumentasjon og anonymisering av helsepersonell gav fagutvikleren på ortopedisk klinikk studien tilgang til dokumentasjonen via PulsPCene på St.Olavs hospital, ved hjelp av Pid-nummer. Dette gjorde det mulig å få opp aktuelle pasienter ettersom søket var begrenset til rett diagnosekode for hoftebruddspasienter som er inkludert i fast-track forløpet (14).

Studien gikk igjennom journalført informasjon om sykepleie utført 1. postoperative dag ved hjelp av en sjekkliste (vedlegg 2). Sjekklisten ble utarbeidet basert på SKUV lommekortet fra NTNU og St. Olavs (vedlegg 3) som igjen baserer seg på et utvalg undersøkelsesmetoder som Breivik og Tymi fant i sin systematiske kunnskapsoppsummering av hvilket utvalg av undersøkelsesmetoder som var nyttige/viktige for sykepleiere å kunne. (1). Som man ser på sjekklisten er den utarbeidet slik at man krysser av ja eller nei om det ble dokumentert eller ikke. Det er noen punkter i lommekortet som ikke er med i sjekklisten ettersom det ikke var relevante undersøkelser og dermed lite trolig at det ville blitt utført, studien valgte også å kombinere noen punkter fordi det gjorde sjekklisten mere oversiktlig og dermed lettere å kunne analysere. For eksempel å samle undersøkelsene i abdomen som går på smerter/ubehag, trykkøm, slippøm, avverging og myk/hard undersøkelsene under palpasjon av abdomen (vedlegg 2).

Før studien startet med dokumentgranskingen ble det sendt inn en fremleggs vurdering til regional etisk komité (REK). REK konkluderte med at ettersom prosjektet var et fagutviklingsprosjekt var det ikke nødvendig å søke om formell godkjenning fra REK. I denne studien har det likevel blitt gjort etiske vurderinger ved at det ikke benyttes

personidentifiserbare data, all data er anonymisert. Det vi si at i denne studien vil verken pasientene som data er hentet fra eller sykepleier som har nedtegnet journal kunne bli identifisert.

Dokumentasjonen som er analysert er hovedsakelig hentet fra en ortopedisk avdeling – ortopedisk traumatologi, med noen unntak der pasienten har vært innlagt på ortopedisk elektiv eller rekonstruktiv på grunn av mangel på sengeplass hos traume. I samråd med veileder og fagutvikler ble det bestemte at studien skulle i utgangspunktet granske journalnotatene til alle aktuelle hoftebruddspasienter i perioden september - november 2019, der var det 87 aktuelle pasienter og en tilnærmet likevekt av menn og kvinner i alderne 69-93år.

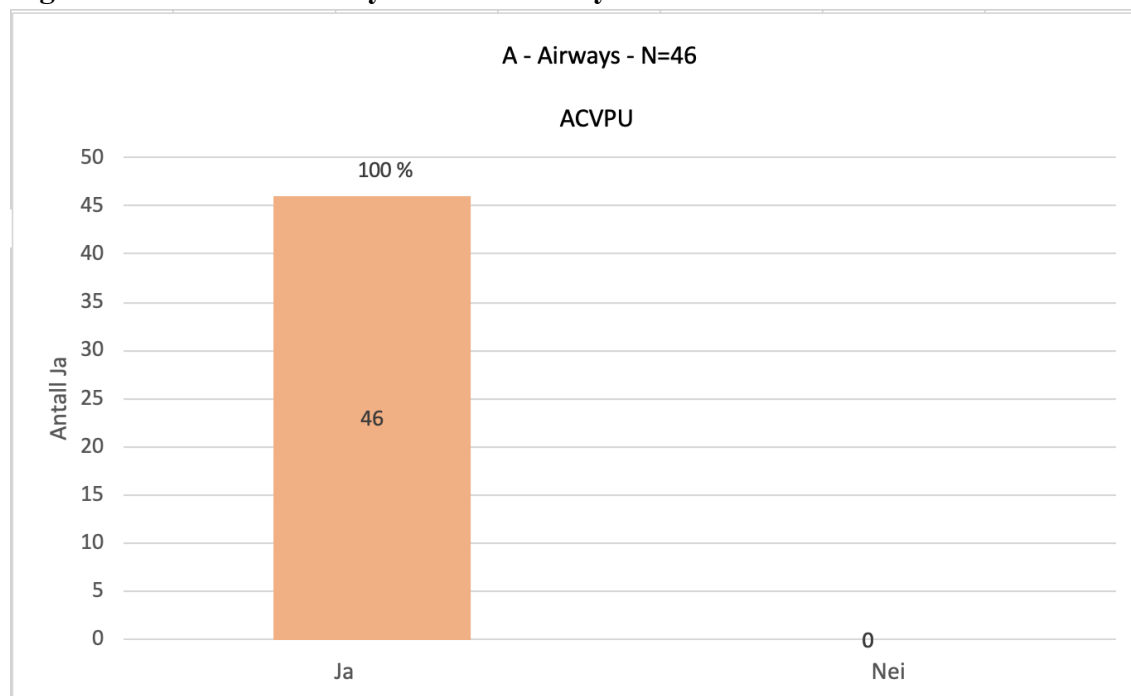
Excel ble brukt som verktøy for å gjøre deskriptive analyser av datamaterialet og lage figurer som belyser resultatet på en oversiktlig måte der prosentandelen viser andelen av undersøkelser som er dokumentert gjennomført per pasient.

Resultat

Som beskrevet i metod delen var planen å granske de 87 aktuelle journalene, men studien fikk kun gransket 46 pasientjournaler før restriksjoner ved Covid-19 pandemien inntraff. Restriksjonene innebar et forbud mot å oppholde seg på St. Olavs hospital, der tilgangene til PulsPCene og dermed journalene var.

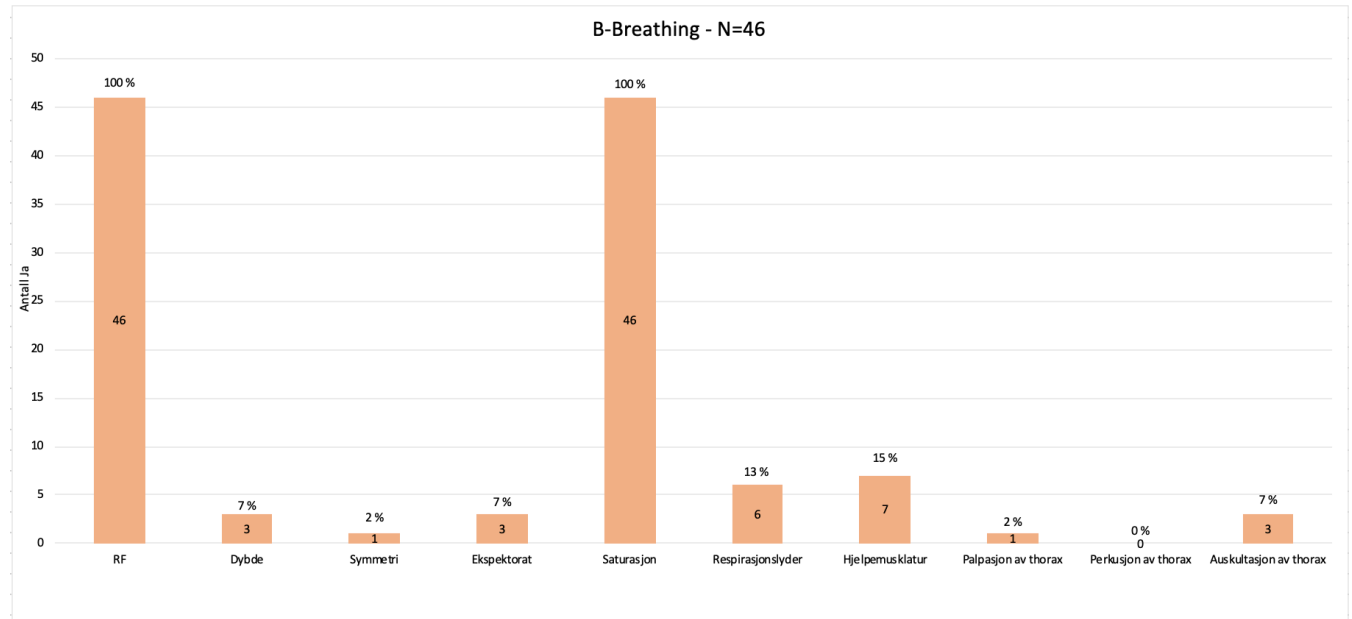
Under er det fem ulike figurer som belyser studien sine deskriptive data. Figurene er delt inn i de fem ulike delene av ABCDE-prinsippet som det er tatt utgangspunkt i, under hver figur blir essensen av innholdet i figuren forklart.

Figur 1. Undersøkelser knyttet til A-Airways. N=46



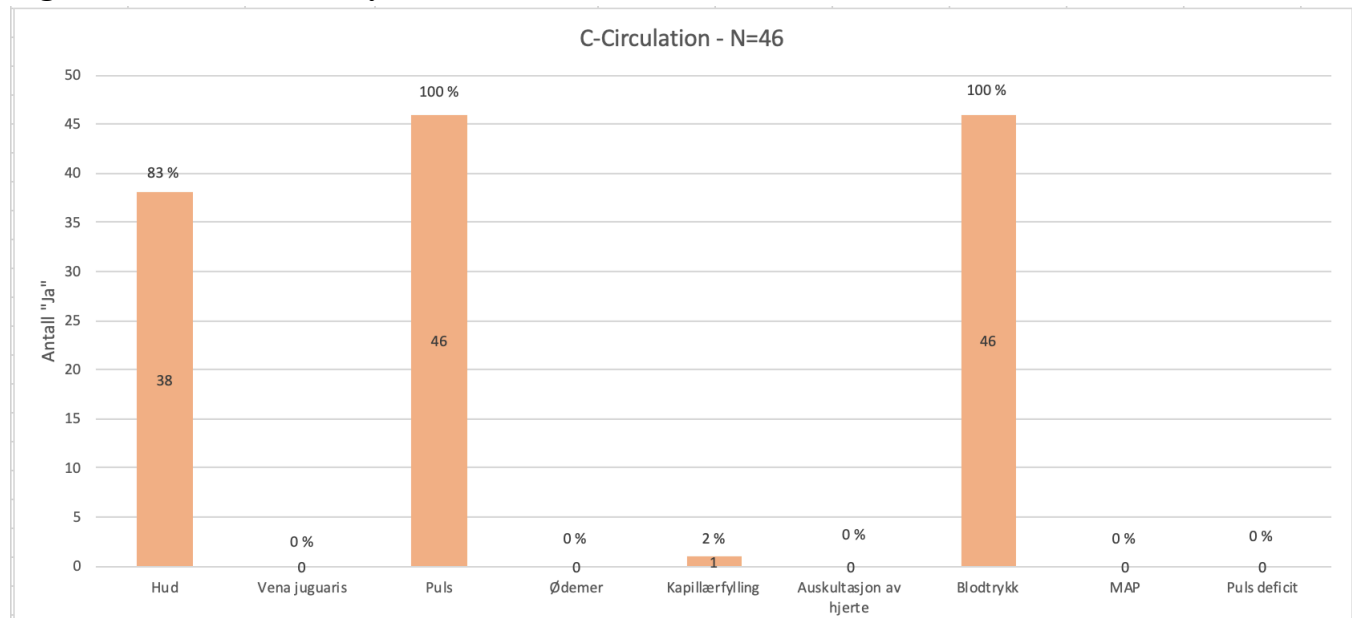
Figuren over viser at ble det dokumentert ACVPU hos alle pasientene (100%).

Figur 2. Undersøkelser knyttet til B-Breathing. N=46



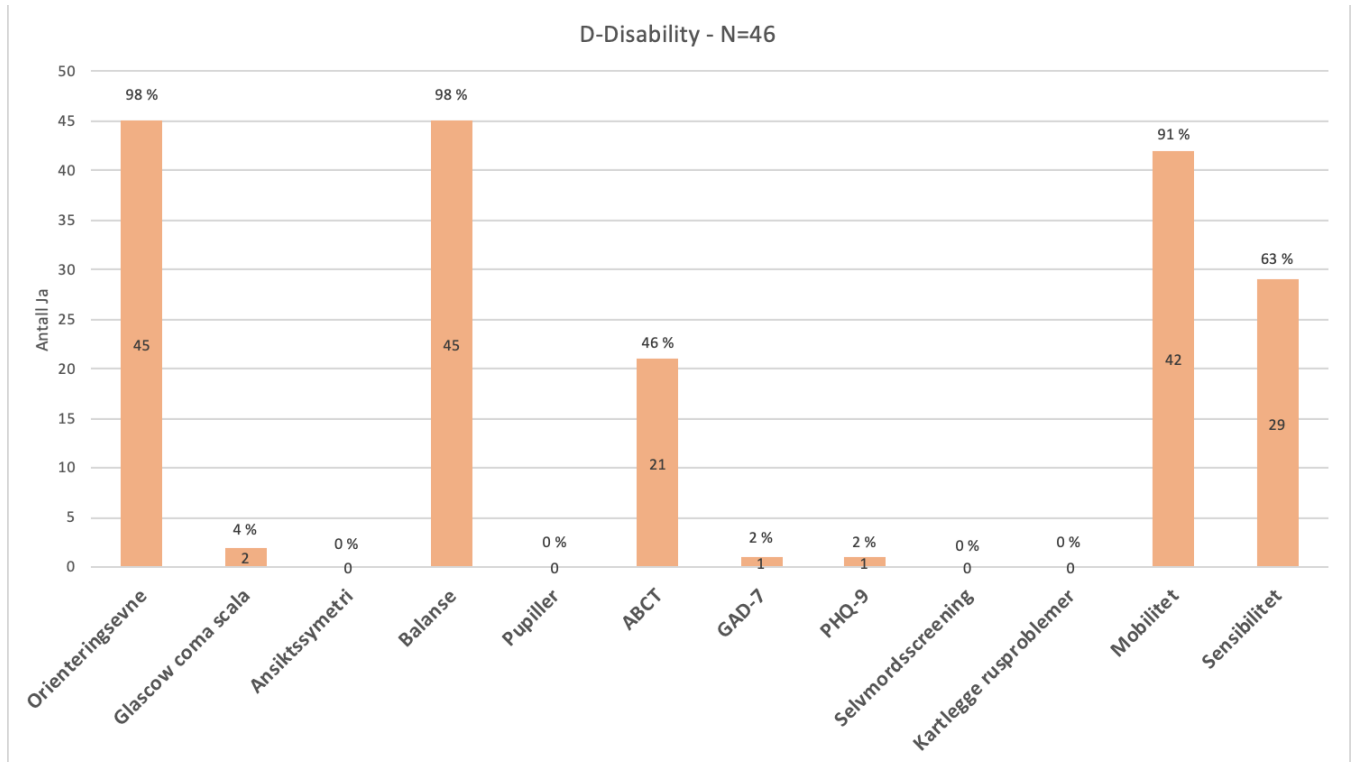
Figur 2 viser at undersøkelsene RF og saturasjon blir gjort. Figuren viser også at det i mindre grad blir dokumentert at de andre undersøkelser i SKUV blir utført.

Figur 3. Undersøkelser knyttet til C-Circulation. N=46



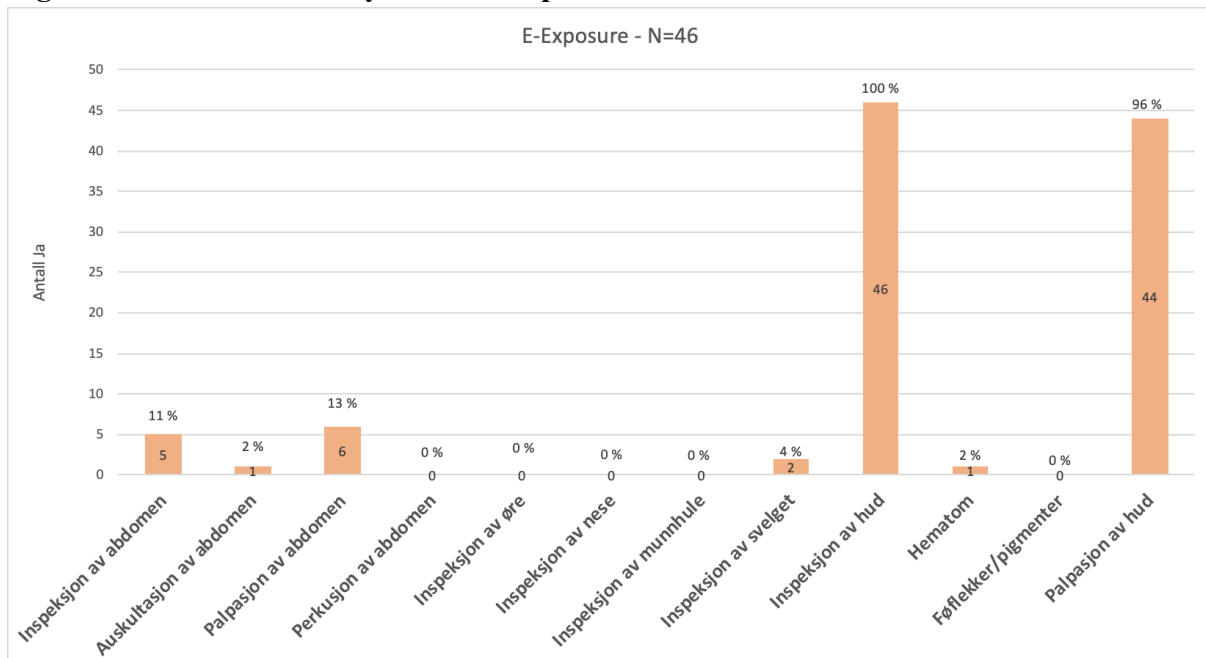
Figur 3 viser at undersøkelsene i NEWS skjemaet blir gjort på alle pasienter, her inngår puls og blodtrykk. Det er to andre undersøkelser som ble gjort, som er kapillærfylling på en pasient, og palpering av hud på 38 av de totalt 46 pasientene.

Figur 4. Undersøkelser knyttet til D-Disability. N=46



Figur 4 viser at orienteringsevne, balanse, mobilitet og til dels sensibilitet blir dokumentert ofte. Dette er et resultat som er som forventet av en ortopedisk sengepost.

Figur 5. Undersøkelser knyttet til E-Exposure. N=46



Figur 5 viser at temperaturundersøkelsen i NEWS skjemaet blir gjort på alle pasienter. Her ble de andre undersøkelsene gjennomført sjeldnere eller ikke gjort i det hele tatt.

Diskusjon

Denne studien ønsket å finne ut i hvilken grad SKUV kommer til syne i daglig journalføring 1. post operative dag. Hovedfunnene i datainnsamlingen er at det er lite bruk av nye undersøkelsesteknikker som auskultasjon og perkusjon, og at det er samtidig 100% uttelling på alle undersøkelsene som inngår i NEWS.

Det som gikk igjen i journalføringen under A var at frie luftveier ble dokumentert, men ACVPU ble ofte dokumentert under D, selv om det egentlig skulle vært dokumentert under A. Studien oppdaget dette, men valgte likevel å markere dette som et funn.

Dersom det ikke ble gjort funn knyttet til respirasjon/sirkulasjon utenom det normale, ble det i P/T NEWS journalnotatet skrevet at pasienten var «respiratorisk og sirkulatorisk stabil». Respiratorisk og sirkulatorisk stabil var to setninger som gikk igjen i de fleste journalene. Det er egentlig en påstand som er åpen for tolkning når man skal sjekke hvilke undersøker som er dokumentert gjort. Ettersom jeg jobber på klinikken vet jeg på bakgrunn av egen erfaring at de to setningene betyr at NEWS undersøkelsene på punkt B og C er gjort og resultatene på målingene ikke gir noen utslag på poengscoren på NEWS skjemaet som ligger i permen til pasienten og dermed er pasienten klinisk stabil. Studien valgte derfor å krysse av på ja for undersøkelsene som inngår i NEWS der det sto respiratorisk- og sirkulatorisk stabil. Dersom det ble gjort unormale funn ble det imidlertid dokumentert og målingene ble oppført i journalnotatet.

Figur 4 viser at sykepleierne er bevisst på mobilitet/balanse/sensibilitet ettersom det er ønskelig at pasienten skal opp fra sengen raskest mulig etter operasjon og mobilisering er det viktigste rehabiliteringstiltaket for hoftebruddspasienter etter operasjon (15 s.838). Postoperatorisk delirium er en komplikasjon ved akutte sykehusinnleggelser hos eldre, spesielt i forbindelse med hoftebrudd (15 s.666), dermed er det ikke overraskende at sykepleierne er bevisst på orienteringsevne 1.postoperative dag. Man ser samtidig at de andre psykiatriske undersøkelsene blir gjennomført sjeldnere postoperativt. Dette kan ha en sammenheng med at man kanskje allerede har gjort en vurdering på undersøkelser som selvmord- og russcreening, PHQ-9 og GAD-7 i sykepleier- eller legeinnkomsten, eller det kan være fordi det blir nedprioritert ettersom ortopedien er en somatisk klinikk og dermed er de somatiske skadene hovedfokuset.

Noe som gikk igjen var at sykepleierne dokumenterte alt annet som berørte pasienten utover SKUV under E, for eksempel var det her sykepleierne sa noe om operasjonsbandasjen, videre behandlingsplan og om pasienten hadde urinert etter urinkateteret var seponert, noe som under tvil kan gå under punktet inspeksjon av abdomen.

Kompetanse og kultur

SKUV ble som sagt implementert og integrert i undervisningen på sykepleieutdanningen ved NTNU høsten 2017. NTNU etablerte raskt et samarbeid med St.Olavs hospital, der implementeringsmodellen inkluderte internundervisning, kursdager i SKUV med simulering,

kollegaveiledning, egenstudier, samt fokus på veiledning av sykepleierstudenter i kliniske studier.

Klinisk vurderingskompetanse har hele tiden vært et essensielt grunnlag for sykepleiefaget, men undersøkelsene har ikke blitt gjennomført like systematisk av sykepleierne tidligere. Dette kan være på grunn av at systematikken av oppgavene som ligger i SKUV tradisjonelt ikke har vært en normal oppgave hos sykepleierne. For mange erfarne sykepleiere vil implementering av SKUV innebære et behov å tilegne seg ny kunnskap og endre arbeidsmetode, særlig oppgaver som auskultasjon og perkusjon.

I organisasjoner utvikles normer for hva som er viktig, hvordan man skal forholde seg til hverandre og hva som er forventet eller akseptabel arbeidsinnsats, det er dette vi kaller læringskultur. Læring og kunnskapsutvikling er kontinuerlige prosesser og ulike faktorer spiller inn om man klarer å ta i bruk nye verktøy og nye arbeidsmetoder, som SKUV. Felles mål, tillitt, tid, ressurser, tilrettelegging og veiledning er noen av de faktorene som skal til for å etablere en sterk læringskultur (16, 17) For å kunne ta i bruk SKUV er avdelingen avhengig av denne sterke læringskulturen, dette er fordi når nye verktøy og arbeidsmetoder kommer inn i avdelingen har man en tendens til å falle tilbake til gamle arbeidsmetoder, om man ikke får implementert det godt nok eller ansatte ikke opplever mestring i bruken av det (17). En vellykket implementering av SKUV vil kunne bidra til høyere faglig kompetanse i helsetjenesten ved å skaffe objektive funn som sykepleieren kan benytte til å bekrefte eller avkrefte sin intuitive forståelse av pasientens helsetilstand og øke faglig kompetanse (18, 19, 20 s.168). For å kunne utføre dette trenger man å beherske de tre kompetanseområdene Fennessey og Wittmann-Price (9) beskriver i sin studie: psykomotoriske ferdigheter, perseptuell kompetanse og kognitiv kompetanse.

Benner (21 s. 66-76) illustrerer hvordan den intuitive forståelsen gjenspeiler sykepleierens kunnskap om fysiologi, patofysiologi, anatomi og farmakologi, og viser dermed at sykepleierens intuitive forståelse av situasjonen også er grunnet på faglig kunnskap. Sykepleiere tilegner seg erfaringsbasert kunnskap gjennom praksis og utvikler en intuitiv forståelse som har større tyngde enn fysiologiske symptomer og objektive funn. Dette beskriver et behov for målrettet arbeid der sykepleieren ser etter symptomer hos pasienten (18, 22, 23). Det er altså et behov for faktisk å ta på, føle og undersøke pasienten fysisk, og ikke bare innhente tallbaserte vitale parameter. Dersom sykepleierne ikke får trent nok på teknikkene, ferdighetene og kompetansen, kan det føre til at de ikke opplever seg flinke nok til å gjøre vurderingene og dermed ikke tar verktøyet i bruk. Dette kan være en stor faktor til hvorfor SKUV blir lite belyst i dokumentasjonen og mest sannsynlig lite brukt i det hele tatt.

Det er en underliggende forventning om at sykepleiere, den profesjonsgruppen som er tettest på pasientene og som har hovedansvaret for å ha oversikt over pasientenes helsetilstand, også er den som er i best posisjon for å avdekke fysiologiske endringer. Likevel viser det seg at fysiologiske forandringer hos pasienten ofte ikke blir fanget opp av sykepleierne (24, 25), noe som studien støtter opp under.

En kunnskapsoppsummering av ulike strategier for å øke sykepleieres kompetanse i å avdekke forverring hos pasienter konkluderte med at det er behov for at sykepleiere tar i bruk mer systematikk i sine observasjoner og vurderinger av pasientene (26). Det er dermed rimelig å anta at sykepleiere med økt kompetanse i SKUV kan bidra til økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon, men det krever høy kompetanse og selvtillit for å stå for de vurderingene man tar (9). Med en slik forståelse og kontroll vil man også kunne kommunisere bedre med leger vedrørende behov for tilsyn eller økt behandlingsnivå gjennom å vise til objektive funn. Integrering av systematiske undersøkelser i daglig praksis kan bidra til å styrke sykepleierens kliniske evner (19, 22), men implementeringen er som sagt nettopp ferdig og det vil nok ta litt tid før man ser at SKUV blir fullt integrert i den daglige praksisen noe som studiens resultater viser.

Ansvarsoversvømmelse og tid

På en sykehusavdeling der pasientflyten er høy og presset for å skrive ut pasienter er stor vil det være liten tid til å gjennomføre undersøkelser som det ikke haster med. For eksempel kan man allerede starte å tenke på utskrivelsen og planen videre før inkomstnotatet er signert i journalen. En av faktorene for tidspresset er at forespeilet utreise for pasientene i fast-track programmet er på 2.post operative dag, dette betyr at det er lite ekstra tid i det opplegget som pasienten allerede er satt opp på, noe som gjør det naturlig at man ser på personalets tid og tilgjengelighet som en faktor.

En annen faktor som spiller inn på tidspresset på sykehuset er new public management, der mentaliteten er at offentlig sektor tenker nytteverdi når det gjelder tidsbruk og ressurs utnyttelse. Dette fører til kortere sykehusopphold, dermed mer intensiv pleie og behandling på sykehusene. Det innebærer også at den korte liggetiden på sykehus må brukes til å oppdage eventuelle komplikasjoner eller forverringer tidligere. Flere sykepleiere i spesialisthelsetjenesten kjenner på et tidspress på grunn av kortere liggetid, noe som resulterer i en opplevelse av at man ikke får gjennomført det man ønsker for pasienten (5, 8). Tidspresset spiller nok trolig en stor rolle i hvorfor resultatene i studien ble slik dem ble, ettersom de undersøkelsene som ble dokumentert, er undersøkelser som man fra tidligere er vant med utføre, eks NEWS. Dette kan være fordi det er undersøkelser man er trygg og kompetent på, at andre undersøkelser som auskultasjon og perkusjon blir tilsynelatende ikke prioritert kan være på grunn av komplekse oppgaver og tidspress.

NPM og samhandlingsreformen har bidratt til kortere liggetid og raskere pasientflyt på sykehusene og dermed kunne man egentlig forventet at SKUV ble mer brukt ettersom systematikk er avgjørende for å minske tidsbruk og tidlig oppdage forverring i helsetilstanden. (3, 4, 5 s.202, 8).

Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 viser at pasienter blir utskrevet til kommunehelsetjenesten raskere enn tidligere, noe som kan resultere i reinnleggelser av pasienter som trenger videre behandling. Dette kan være en fare ved fast-track pasientforløpet, at man muligens ikke prioriterer tiden til å gjennomføre andre undersøkelser

enn det man pleier å gjøre. Dersom samhandlingsreformen skal fungere slik intensjonen er, må blant annet den sykepleie- og medisinskfaglige delen i sykepleieutdanningen styrkes (1, 6, 8), SKUV er et implementert og aktivt tiltak for nettopp å styrke den sykepleie- og medisinskfaglige delen ettersom fokuset rundt SKUV er å heve kompetansen og ferdighetene til sykepleierne. Dermed er det avgjørende å legge til rette for at sykepleierne skal kunne få trent, undersøkt og få erfaringen som kreves for å føle seg kompetent, komfortable og trygge med SKUV (1, 3).

Studien fra universitetssykehuset i Nederland viser at sykepleierne på sykehus bruker mellom 52.1% og 68% av tiden på vakt på oppgaver som er direkte knyttet til pasientkontakt (12). Dette tilsier at sykepleierne allerede bruker over halvparten av tiden sin på oppgaver knyttet til direkte pasientkontakt. Det kan da tenkes at en grunn til at SKUV ikke blir dokumentert brukt i den grad som intensjonen var, er at SKUV blir enda en pasientnær arbeidsoppgave som man blir nødt å gjennomføre og man får rett og slett ikke tid. Vanlige oppgaver som stell, administrering av medikamenter, ulike prosedyrer, sårskift og servering av mat er noe av det sykepleiere bruker mye tid på og det er mulig at noen av oppgavene kan delegeres til helsefagarbeidere for å prioritere de mest nødvendige arbeidsoppgavene til sykepleiere (10).

Ansvarsoversvømmelse er et velkjent problem for sykepleierne ettersom det er sykepleierne som er den koordinerende resursen på en sengepost. Dette gjør at sykepleierne opplever at de påtar seg oppgaver som setter sine egne oppgaver litt på vent. Når sykepleierne blir bedt om å utføre oppgaver på vegne av andre skapes det et enda større tidspress og flere utfordringer, som gir uttrykk for følelser som frustrasjon og irritasjon (10). Studien fra universitetssykehuset i Spania viser til nettopp at de største stressfaktorene for sykepleierne er arbeidsoverbelastning, hyppige avbrudd i utførelsen av oppgavene, nattarbeid og det å utføre forskjellige oppgaver på samme tid (11). Her er sykepleiere som yrkesgruppe nødt til å avgrense sin profesjon når det gjelder for eksempel husholdsoppgaver, dette støttes opp i artikkelen til Bergsagel som forteller at 84% av sykepleierne på sykehus sier at de ukentlig eller oftere utfører oppgaver andre burde gjort. Da er det primært helsefagarbeidere, renholdspersonell og kjøkkenpersonell som sykepleiere mener de overtar oppgavene til (10). Dette er en aktuell debatt nå som SKUV gjør at sykepleierne også gjør oppgaver som tidligere har vært legene sine oppgaver, noe som munner ut i at sykepleierne rett og slett kan få for mange arbeidsoppgaver og for lite tid til å gjennomføre dem (10, 11, 12).

Det er som sagt flere ulike faktorer som spiller inn på hvorfor SKUV ikke blir gjort noe nevneverdig mye av. En annen faktor kan være at om pasienten virker klinisk stabil og i grei form etter en rutinemessig NEWS undersøkelse, er det tatt en kalkulert beslutning om å ikke ta videre undersøkelser 1.postoperatoriske dag. Dette kan være for å skåne pasienten og redusere arbeidsmengden til sykepleierne.

Metodologisk diskusjon

Studien registrerte flere tilfeller der det kunne tenkes at undersøkelsene var gjort, men det var dokumentert på feil sted eller ikke tilstrekkelig dokumentert. Dette gjelder spesielt temperatur som ofte ble dokumentert under C, og balanse som stort sett aldri ble dokumentert. Pasientene hadde som regel egne P/T på mobilisering, men studien valgte å ta dette med som et funn i sjekklisten selv om det ikke ble dokumentert på P/T i NEWS. Det var dokumentert om pasienten trengte bistand med personalet eller hjelpemidler, dermed kunne det tenkes at mobilitet/balanse/sensibilitet til pasienten var tatt med i beregningen i mobiliseringen.

I studien kommer det bare frem om undersøkelsene er gjort eller ikke, dette gjør at man ikke vet hvorfor resultatet er slik det er, noe som heller ikke var intensjonen med studien. En til svakhet i datainnsamlingen er antallet journalgranskinger, det ble kun gransket 46 av 87 journaler grunnet restriksjoner rundt covid-19, noe som betyr at resultatet potensielt kunne vært annerledes om alle 87 journalene ble gransket. Denne studien valgte å utelukke journalføring på nattevakt fordi det ikke blir dokumentert like mye som på dagvakt/kveldsvakt.

Et annet perspektiv i studien er min objektivitet, ettersom jeg har god kjennskap til avdelingen, arbeidsoppgavene og hvordan kulturen på avdelingen er. Det kan ses på som både som en styrke og en svakhet, en styrke kan være at jeg har akseptert noen funn der dokumentasjonen ikke har vært på riktig sted eller ikke tilstrekkelig dokumentert ettersom jeg vet at intensjonen til sykepleierne er å være pliktoppfyllende og ta kompetente avgjørelser. Dette er også en svakhet ettersom jeg har gitt sykepleierne litt slingringsmonn og min objektivitet kan ha blitt påvirket av min kjennskap til avdelingen.

Konklusjon

Funnene i datainnsamlingen viser at 100% av undersøkelsene som inngår i NEWS ble dokumentert gjort. Men enkelte undersøkelsesteknikker som auskultasjon og perkusjon kommer i mindre grad til syne i dokumentasjonen. Det er vanskelig å vite hvorfor ikke alle undersøkelsene blir gjort og hvorfor det ikke er en rutine på lik linje med bruken av NEWS. Det er som tidligere diskutert ulike faktorer som kan tenkes spille en rolle her, det er nok en kombinasjon av sentrale føringer, lite tid, lite behov for videre undersøkelser hos pasientene og faglig usikkerhet og kompetanse rundt bruken av SKUV hos sykepleierne. Alle faktorene vil være med på å påvirke yrkesutøvelsen og hvorfor resultatene er slik de er. Det ville være veldig faglig interessant å se videre forskning på hvorfor det er slik at auskultasjon og perkusjon ikke blir hyppigere dokumentert brukt.

SKUV er et verktøy som gir sykepleierne mer ansvar og flere arbeidsoppgaver. I det lange løp vil også implementeringen av SKUV være med på å heve kompetansen til sykepleierne, heve kvaliteten på heletjenestene og være til det beste for pasienten. Implementeringen av SKUV kan være startskuddet på en ny generasjon sykepleiere med høy kompetanse dersom sykepleierne klarer å fordele og delegere andre arbeidsoppgaver.

Referanseliste

1. Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? Sykepleien Forsking, 2013; 8(4), 324-332.
2. Haugen JE. Akuttmedisinsk sykepleie - utenfor sykehus. 3.utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2017
3. Murphy L, Hivland K, Danielsen A. Systematiske pasient-undersøkelser avdekker forverring og kan redde liv (Internett). Oslo: Sykepleien; 17. oktober 2019 (hentet 28. mai 2020) Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/systematiske-pasientundersokelser-avdekker-forverring-og-kan-redde-liv>
4. Osborne S, Douglas C, Reid C, Jones L, Gardner G. The primacy of vital signs – Acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2015; 52, 951-962.
5. Christensen T, Egeberg M, Læg Reid P, Aars, J. Forvaltning og politikk. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.
6. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
7. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. 2.utg. Oslo; Gyldendal norsk forlag; 2014
8. Opsahl G, Solvoll BA, Granum V. Forførende samhandlingsreform. Sykepleien Forskning. 2012; 02, 60–63.
9. Fennessey A and Wittmann-Price RA. Physical assessment: A Continuing Need for Clarification. Nursing Forum. 2011; 46:45–50.
10. Bergsagel I. 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre (internett). Oslo: Sykepleien; 06. februar 2019 (hentet 28. mai 2020) Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
11. van den Oetelaar W, van Stel HF, van Rhenen W, Stellato RK, Grolman W. Mapping nurses' activities in surgical hospital wards: A time study. PLoS One. 2018;13(4):e0191807.
12. Puerto JC, Soler LM, Montesinos MJL, Marcos AP, Chorda VMG. A new contribution to the classification of stressors affecting nursing professionals. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25:e2895.
13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk forlag; 2017.
14. Lov av 02.07.1999 om helsepersonell m.v. om opplysninger til forskning. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
15. Wyller VB. Syk 2.Kapittel 12-24. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2014.
16. Utdanningsdirektoratet. Skape en god læringskultur (Internett). Oslo: Utdanningsdirektoratet; 10.september 2015 (Oppdatert 10.september 2015; hentet 29.mai 2020). Tilgjengelig fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/klasseledelse/laringskultur/>
17. Jakobsen CF. Suksesskriterier for etablering av sterk læringskultur (Internett). Oslo: Magma; mars 2010 (Oppdatert mars 2010; hentet 28.mai 2020). Tilgjengelig fra <https://www.magma.no/suksesskriterier-for-etablering-av-sterk-laeringskultur?tid=213203>

18. Douw G, Schoonhoven L, Holwerda T, Huisman-de Waal G, van Zanten AR, van Achterberg T, van der Hoeven JG. Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic review. *Critical Care*. 2015;19, 230.
19. 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. *J Adv Nurs* 2014; 70(11), 2683–94. 10.1111/jan.12408
20. Alvsvåg H, Grov EK, Holter IM, red. Faglig skjønn og omsorg. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017
21. Nortvedt P. Sykepleierens grunnlag: historie, fag og etikk. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
22. Brier J, Carolyn M, Haverly M, Januario M, Padula C, Tal A, Triosh H. Knowing «something is not right» is beyond intuition: development of a clinical algorithm to enhance surveillance and assist nurses to organize and communicate clinical findings. *J Clin Nurs*. 2015;24(5–6):832–43. DOI: 10.1111/jocn.12670
23. Zambas SI, Smythe EA, Koziol-McLain J. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: a hermeneutic pragmatic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016; 11, 1-13.
24. Franklin C, Matthew J. Developing strategies to prevent inhospital cardiac arrest: analysing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Critical Care Medicine*. 1994; 22(2), 244-247.
25. Rich K. Inhospital cardiac arrest: pre-event variables and nursing response. *Clinical Nurse Specialist*. 1999; 13(3), 147-153.
26. Liaw SY, Scherpbier A, Klainin-Yobas P, Rethans JJ. A review of educational strategies to improve nurses' roles in recognizing and responding to deteriorating patients. *International Nursing Review*. 2011; 58, 296-303.