



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK 180H

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer 26 og 28

Kull 11H

11.04.14

Kan SKUV svare til samhandlingsreformens krav om
økt klinisk sykepleiekompetanse i
kommunehelsetjenesten?

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Valg av tema.....	2
1.2 Førforståelse.....	2
1.3 Presentasjon av problemstillingen.....	3
1.4 Eget faglig ståsted	4
1.5 Avgrensing.....	4
1.6 Definisjon av sentrale begreper	5
1.7 Oppgavens formål.....	6
1.8 Oppgavens disposisjon	6
2. Metode	7
2.1 Valg av metode og etiske vurderinger.....	7
2.2 Kildekritikk.....	8
2.2.1 Litteratursøk.....	8
2.2.2 Forskningsartiklene	9
3. Teoridel	11
3.1 Florence Nightingale.....	11
3.2 Presentasjon av artikler	12
3.3 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer	15
3.4 Samhandlingsreformen	15
3.4.1 Kommunehelsetjenesten.....	15
3.5 Klinisk sykepleiekompetanse.....	16
3.5.1 Patricia Benner	16
3.5.2 Det faglige aspektet ved klinisk sykepleie	17
3.4 SKUV - systematisk klinisk undersøkelse og vurdering.....	18
4. Drøftingsdel	19
4.1 SHR og profesjonskompetanse.....	19
4.2 Nyttien av SKUV.....	20
4.3 Sykepleiernes rolleendring i kommunehelsetjenesten.....	21
4.4 Bruken av SKUV internasjonalt	21
4.5 Barrierer for bruk av SKUV	22
4.6 Kritikk og framgangsmåte ved bruk av SKUV	23
4.7 Relevans i praksis	23
4.8 Bedre pasientutfall ved bruk av SKUV?	24
5. Avslutning	25
6. Litteraturliste – pensum	26
7. Litteraturliste – selvvalgt litteratur	26

1. Innledning

1.1 Valg av tema

Vi har valgt SKUV (systematisk klinisk undersøkelse og vurdering) som tema, og vi velger å knytte temaet opp mot samhandlingsreformen som har ytret et krav om økt kompetanse i kommunehelsetjenesten. Vi er de første sykepleierstudentene i Norge som har fått opplæring i SKUV i utdanningen. Dette har ført til interesse for SKUV og bruken av det, og vi føler oss privilegerte på grunn av dette. Gjennom undervisningen har vi fått en positiv holdning til SKUV. Etter undervisningen i temaet og siste praksis i spesialisthelsetjenesten, kom tre av våre medstudenter tilbake fra sin praksisperiode i USA. De fortalte om forskjeller mellom norske og amerikanske sykepleiere, og hvordan helsetjenesten er i USA. De fortalte om sin praksis der de hadde benyttet SKUV i mye større grad enn i Norge. De brukte simuleringstrening i praksissal der de utførte undersøkelsesferdigheter og videre gjorde en vurdering av ”pasienten”. Ut i fra det de fortalte om sin praksis, forstod vi det sånn at undersøkelsesferdighetene og vurderingen blir daglig brukt i arbeidet som sykepleier i USA. Dette vekket mer interesse om emnet, og vi stod igjen med spørsmål om hvorfor ikke dette blir tatt i bruk i Norge?

Vi har også blitt undervist i samhandlingsreformen og konsekvenser av endringer i ansvarsområdet i kommunene, og hva endringen har å si for oss som sykepleiere.

1.2 Førforståelse

Fra refleksjon etter praksis i kommunehelsetjenesten, oppdaget vi at sykepleierne ofte stod alene med pasienten. Vurderingene de gjorde hadde mye å si for pasientens situasjon, og vi forstod tidlig at det lå mye ansvar på disse sykepleierne. Som sykepleierstudenter i første praksisperiode gjorde dette inntrykk på oss. Kunnskapsnivået vårt på dette tidspunktet var under utvikling, og i utdanningen frem til da hadde vi gjennomført fag som bestod av prosedyrekunnskap og klinisk sykepleie i geriatri. Med dette utgangspunktet hadde vi en rekke metoder å innhente data på, i den totale datasamlingen. Disse benyttet vi ofte, men vi følte at de ikke tilsvarte den kunnskapen og ansvaret som blant annet hjemmesykepleiere burde inneha. Kunnskapsgrunnlaget er av betydning i den kliniske sykepleiekompetansen i utøvelsen av sykepleie. Det vil si at man må kunne anvende kunnskapen i utøvelsen av sykepleie. Under utdanningen i SKUV, benyttet vi blant annet kunnskap om anatomi, fysiologi og patologi i den totale datasamlingen. Vår kunnskap på dette tidspunktet var tyngre

teoretisk enn praktisk, men vi forstår at for å kunne bruke SKUV som metode i datasamlingen, ligger det mye kunnskap i grunnen.

Etter utdanning i SKUV så vi at vi kunne hatt nytte av dette i kommunehelsetjenesten. Med et kunnskapsgrunnlag i sykepleie, lærte vi en god systematisk metode å innhente data på, som bestod av flere undersøkelsesferdigheter. Ved senere refleksjon, med utdanning i både samhandlingsreformen og SKUV, tenker vi nå at bruken av en systematisk klinisk undersøkelse og vurdering vil komme til nytte i kommunehelsetjenesten. Et eksempel fra vår praksisperiode i hjemmetjenesten, er at vi begge har vært hjemme hos pasientgrupper med blant annet KOLS eller kronisk hjertesvikt. Vi har i ettertid reflektert over at vi, eller våre kontaktsykepleiere, ikke én gang under besøk hos disse pasientene, hørte på hjertet eller lungene. Med for eksempel auskultasjon av disse pasienten føler vi at dette kunne skapt et bedre bilde av pasientens situasjon, og videre kunne man fulgt pasienten over en tidsperiode for å avdekke endringer eller forverringer i det kroniske sykdomsbildet.

Ut i fra vår utdanning, praksis og teori, er dette en del av vår førforståelse inn mot denne oppgaven.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Vår problemstilling er;

Kan SKUV svare til samhandlingsreformens krav om økt klinisk sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenesten?

Vi ønsker å skrive om dette emnet, og legge fram denne problemstillingen, for å få mer kunnskap om bruken av SKUV og nytten av bruken. Hva sier pensum, forskning, bøker og faglige artikler om emnet innenlands og utenlands? Kan SKUV bidra til å gjøre oss bedre rustet for fremtiden i sykepleieryrket? Etersom samhandlingsreformens oppgavefordeling gjør at kommunehelsetjenesten vil få et større ansvarsområde, vil det også være behov for flere sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Med utvidet ansvarsområde kommer det også et krav om økt kompetanse, blant annet klinisk kompetanse. I forhold til dette er vår problemstilling viktig. Problemstillingen er innenfor retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie, og den er relevant for utøvelsen av sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008).

1.4 Eget faglig ståsted

Vi er to sykepleierstudenter, og har som bakgrunn at vi har gjennomført undervisning og eksamener i bachelor i sykepleie. I tillegg har vi begge fått godkjent alle praksisperiodene i utdanningen fram til dags dato. Ved siden av studiet arbeider begge innenfor helse- og omsorgstjenesten, ved ulike institusjoner. Ut i fra dette ståstedet har vi fått interesse for emnet vi ønsker å skrive om. Vårt ståsted, med disse premissene, er av stor betydning for hvilke forestillinger vi møter oppgaven med. Refleksjon rundt våre premisser er viktig for hvordan vi analyserer og tolker datamaterialet vi innhenter.

I forhold til temaet vi skriver om, er det nødvendig å presisere vårt syn på sykepleie og helse. Et klinisk blikk og utførelsen av kliniske undersøkelsesferdigheter er essensielt i sykepleie. Men det er viktig å legge fram at disse egenskapene må springe ut fra en holistisk tilnærming. Holisme er sentralt i sykepleieprofesjonen. Et holistisk menneskesyn, betyr at man må la mennesket fremstå, og man må søke forståelse fra mennesket ut fra et helhetsperspektiv (Aadland, 2011). I utøvelsen av profesjonen må alle aspekter ved mennesket tas i betraktning. Dette er spesielt viktig å tenke på ettersom vårt tema omhandler en måte å innhente informasjon og data fra pasienten. Det er viktig å tenke på at formålet ikke er å innhente en hel del data, men å styrke helse, komfort og å redde liv (Nightingale, & Skretkowicz, 1997).

1.5 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense oss til klinisk sykepleiekompetanse, SKUV og kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen er veldig aktuell i dag fordi den er inntredende i samfunnet, og man venter fortsatt på de endringene den kommer til å sette i verk, og hvilke reaksjoner endringene har for blant annet sykepleieprofesjonen. Mange av endringene i samhandlingsreformen er spesifisert til kommunehelsetjenesten, og derfor har vi valgt å avgrense oppgaven til dette. Vi kunne valgt spesialisthelsetjenesten, men dette ville gjort at SKUV hadde blitt sett opp mot en spesifisert sykdom eller pasientgruppe. Vi ville da ikke kunnet besvart spørsmålet om SKUV kan benyttes som en metode ut mot det mangfoldet av pasienter med kroniske sykdommer og sykdomsproblematikk som finnes i kommunehelsetjenesten. Ut fra samhandlingsreformens endringer, kommer det også et krav om økt kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Kompetansekravene er flere, men vi ønsker å avgrense til klinisk sykepleiekompetanse. Både fordi vi ønsker selv å bli gode kliniske sykepleiere, men også fordi vi ser at endringene i kommunehelsetjenesten vil sette store krav til den kliniske sykepleiekompetansen. Innenfor

den kliniske sykepleiekompetansen har vi avgrenset til SKUV fordi vi har hatt undervisning i dette. Vi synes emnet er faglig interessant, og vi fikk et innblikk i bruken av SKUV fra våre medstudenter som hadde sin praksisperiode i USA. Innenfor temaet har vi avgrenset til nytten og bruken av SKUV i praksis. Emnet er stort internasjonalt, og vi kunne ha valgt å gjøre en oppgave rundt hvordan å utdanne i SKUV, hvilke ferdigheter det innebærer eller hvordan man skal implementere SKUV. Vi nevner noen av disse aspektene i oppgaven, men dette gjør vi fordi vi vil gi en generell oversikt rundt temaet. Avgrensningen gjør vi fordi vi ønsker å vite hvilken nytte SKUV har som metode, i hvor stor grad metoden benyttes til innhenting av data.

1.6 Definisjon av sentrale begreper

SKUV (systematisk klinisk undersøkelse og vurdering) – defineres som en klinisk undersøkelsesmetode for å systematisk innhente konkrete data av pasienten (Jarvis, 2012).

Forkortelsen SKUV har vi hentet fra vår utdanning i emnet, og fra artikkelen ”*Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?*” (Breivik, & Tymi, 2013).

Samhandlingsreformen (SHR) – er en helsereform fra helse- og omsorgsdepartementet. Den ble godkjent av statsrådet 19.06.2009. Reformen vurderer helse- og omsorgstjenesten, med forslag om endringer (Meld. St. 47 (2008-2009)).

Klinisk sykepleiekompetanse – kompetanse blir definert som evne eller kvalifikasjon til å for eksempel uttale seg om noe, treffe en beslutning eller inneha en stilling (Kompetanse, 2009). Ordet klinisk står i sammenheng med klinikk som stammer fra gresk ”kline”, og betyr seng. Ordet blir derfor best oversatt til ”ved senga”. Begrepet er forbundet med læren om sykdommers forløp og symptomatologi, som betyr alle symptomene som er typiske for en bestemt sykdom (Symptomatologi, 2009). Det er videre forbundet med studiet av sykdommer med direkte iakttagelse av pasienter. Det sentrale med klinisk sykepleie er å forstå tilstanden og plagene til den syke, og på dette grunnlaget bidra til lindring og restitusjon. Den omsorgsfulle behandlingen inneholder mange aspekter, og det omfatter ulike former for kunnskap og kompetanse (Nordtvedt, & Grønseth, 2010).

Kommunehelsetjenesten – en samlebetegnelse på helsetjenester som kommunene har ansvaret for å drive etter lovgivningen. Kommunehelsetjenesten skal gi den nødvendige helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene skal sikre primærhelsetjeneste, og de skal

løse oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid, medisinsk rehabilitering, diagnostikk og behandling, pleie- og omsorg, og de skal gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (Kommunehelsetjeneste, 2013).

Alle begrepene blir utdypet i oppgavens teoridel.

1.7 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å gi innsikt i hva samhandlingsreformens krav om økt klinisk sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenesten innebærer, og om SKUV kan være en del av svaret for å møte dette kravet. Denne innsikten kan bidra til å gi bedre forståelse og kunnskap om hva SKUV er, og om hvordan det kan benyttes som en del av sykepleierens kompetanse. Formålet med å ta opp denne problemstillingen er i tillegg et eget personlig engasjement rundt emnet, og vi ønsker å utvikle faglig kompetanse på dette området.

1.8 Oppgavens disposisjon

Oppgaven begynner med en metodedel der vi forklarer hva vi har valgt som metode og hvorfor vi har gjort dette valget. I denne delen forklarer vi vår kildekritikk der vi beskriver fremgangsmåten på litteratursøket og hvordan vi valgte litteratur. Deretter begynner teoridelen der vi beskriver teorien til oppgaven. I denne delen skriver vi om Florence Nightingale som sykepleieteoretiker, vi presenterer faglige artikler som vi benytter i oppgaven, gir oversikt over lovverk, utdyper hva klinisk sykepleiekompetanse er, og beskriver SHR og SKUV. Videre, i oppgavens hoveddel, drøfter vi funn fra pensum, forskning og annen litteratur. Funnene blir sammenlignet, diskutert og satt opp mot hverandre. Til slutt har vi avslutningen der vi vil oppsummere drøftingen og gi svar på problemstillingen.

Referanselisten er delt i to deler. En del består av pensumlitteratur, og den andre av selvvalgt litteratur.

To vedlegg følger denne oppgaven. Vedlegg 1 inneholder en søketabell med databaser, søkeord og resultat. Vedlegg 2 er en lesematrise av de artiklene vi har inkludert i oppgaven. Oppgaven inneholder 9204 ord.

2 Metode

Olav Dalland (2007) forklarer at en metode er en fremgangsmåte og et middel for å løse problemer, frembringe kunnskap eller etterprøve påstander. Metoden skal fortelle noe om hvordan man bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap, og den er et redskap i møte med noe man ønsker å undersøke. I den sammenhengen er metoden til hjelp i innsamlingen av nødvendig informasjon for å kunne undersøke det man ønsker.

2.1 Valg av metode og etiske vurderinger

Vi velger i denne bacheloroppgaven å ta i bruk litteraturstudie som metode. Ifølge Støren (2013) betyr litteraturstudie systematisering av kunnskap. Man henter inn materiale som allerede finnes i pensumlitteratur, bøker og artikler. Det betyr at et litteraturstudie ikke handler om å finne ny kunnskap, men ved å samle kunnskapen fra flere vitenskapelige artikler, sammenfatte og vurdere den, vil man kunne komme fram til nye erkjennelser. Innhenting av materialet gjør vi ved hjelp av et litteratursøk. Dette blir beskrevet i et senere underkapittel.

Kunnskapsforståelsen som springer ut fra vårt metodevalg, er hermeneutikken. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og fortolkning er et forsøk på å gi mening til, eller gjøre klart, det vi studerer i denne oppgaven. Dette er den vitenskapsteoretiske forankringen (Dalland, 2007). Vår bakgrunn har mye å si i forhold til valg av metode. Og ut i fra at vi er to sykepleiestudenter, mener vi at litteraturstudie er den beste metoden for vår oppgave. Metoden vil kunne gi oss gode data om SKUV, samhandlingsreformen og kommunehelsetjenesten, og den vil kunne belyse vår problemstilling på en faglig interessant måte.

For å komme frem til ny kunnskap eller nye erkjennelser finnes det to metoder, kvalitativ og kvantitativ. En kvalitativ metode er ofte brukt for å fremstille karakteristiske trekk av et fenomen (Dalland, 2001). Ordet kvalitet, fra latin ”hvordan, hva slags”, forklares som tings måte å være på (Kvalitet – Beskaffenhet, 2009). Eller filosofisk, som beskriver naturens eksisterende sansekvalitet eller subjektive bidrag fra den som sanser (Kvalitet – Filosofi, 2011). Metoden brukes ofte for å få en bedre forståelse av et fenomen som ikke lar seg måles eller tallfestes. En kvantitativ metode, i motsetning til kvalitativ, viser til data ved et fenomen som kan fremstilles ved tall eller er målbart (Dalland, 2007).

Vårt litteraturstudie, med kvalitativ metode, har vi valgt fordi vi mener dette er den beste metoden for å kunne belyse vår problemstilling. Det vi ønsker, er å se nærmere på forskning

som finnes fra før, og som er gjennomført av personer med mer erfaring og kunnskap enn det vi innehar. Vår svakhet er at vi har lite kjennskap i forhold til bruk av metoden, og dette kommer fram når vi utdyper om de vanskeligheter som oppstod under datainnsamlingen. Det er også tatt i betraktning at vi har kort tid til å gjennomføre studien. Dette, i tillegg til at vår problemstilling er relativt ny i norske øyne, gjør at vi ikke ønsker intervju, observasjon eller spørreskjema som metode. Vi vil i best mulig grad gjøre rede for fremgangsmåten ved bruk av litteraturstudie som metode.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk blir beskrevet som et samlebegrep for metoder man bruker for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Hensikten med dette er å reflektere relevansen og gyldigheten omkring den litteraturen som blir brukt for å belyse vår problemstilling (Dalland, 2007) Vi skal i dette underkapittelet ta fram to sider ved kildekritikk. Først en forklaring på hvordan vi kom fram til den litteraturen som vi mener vil best belyse vår problemstilling. Dette kalles et litteratursøk. Deretter skal vi gjøre rede for den litteraturen vi velger å anvende i oppgaven.

2.2.1 Litteratursøk

Litteratursøket begynte med at vi gikk igjennom pensum av faget som omhandlet det vi ville skrive oppgave om. Gjennomgangen av pensumlitteraturen førte til diskusjon rundt emnet. Videre førte dette til at vi fikk presisert problemstillingen og vi fant relevante henvisninger. Presiseringen og de relevante henvisningene gjorde at vi hadde konkrete ord, personer og litteratur vi kunne søke videre på. I oppgaven har vi benyttet pensumlitteratur i faget, litteratur fra fagbøker tilgjengelig ved universitetets bibliotek, ordbok, medisinske artikler, forskningsrapporter, tidsskrifter og offentlige dokumenter fra internett.

Vi gjorde søk i flere databaser. De databasene vi brukte var; Swemed+, Cinahl, Pubmed og Proquest Nursing and Allied Health source. Disse databasene valgte vi fordi de er medisinske databaser, de ble anbefalt fra ressurspersoner på bakgrunn av relevans, og i tillegg har disse databasene ofte tilgjengelige filer med artikler i fulltekst. Vi har også brukt BIBSYS for å finne tilgjengelige bøker. BIBSYS er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler (Dalland, 2007).

I databasene var det i begynnelsen vanskelig å finne søkeord som resulterte i relevante artikler. Vi oppdaget tidlig at det var lite norske og skandinaviske artikler som omhandlet temaet. Av skandinaviske artikler fant vi to norske og en svensk. Få funn av relevante faglige

artikler fra Skandinavia kan begrunnes med at det er gjort lite forskning om emnet fra disse landene. Derfor ble vi tvunget til å bruke engelske ord i søkingen for å finne internasjonale artikler, noe som var krevende. Vi brukte relevant pensum og henvisninger for å finne riktige ord å søke etter. Når vi etter hvert fant artikler som omhandlet temaet, blant annet fra den ene norske, brukte vi ord fra disse, for igjen å søke videre. På den måten fant vi noen søkeord som bidro til at relevante artikler ble oppdaget.

Eksempler på ord som vi søkte etter er; physical assessment, community health nursing, physical examination, clinical competence og nursing assessment. Vi kombinerte også disse søkeordene med AND i de ulike databasene.

I søkingsprosessen, når vi etter hvert fant relevante artikler, bidro vi begge i gjennomgangen av disse. Vi begynte med å se på tittelen og sammendraget som et kriterium for å inkludere artikler. Vi ønsket i tittelen og sammendraget at de skulle inneholde ett av søkeordene, det skulle omhandle kliniske vurderinger og undersøkelser og den skulle være relevant opp mot utøvelsen av sykepleie og sykepleiernes funksjon. Språket ble satt til engelsk og skandinavisk. Videre ønsket vi å avgrense publikasjonsårene fra år 2000 til år 2013. I vår utdanning har vi lært at man ikke skal bruke forskning som er eldre enn fem år i slike oppgaver. Dette begrunnes i at man ønsker den nyeste forskningen. Men ut i fra vår problemstilling er det relevant å søke etter eldre forskning. Internasjonalt har ulike land implementert SKUV til ulike tider. En omfattende tilnærming til kliniske vurderinger og undersøkelser av pasientene ble først introdusert i Nord-Amerika ved hjelp av utdanning av allerede utøvende sykepleiere i år 1960 (Yamauchi, 2001). I disse implementeringsperiodene har det mest sannsynlig blitt publisert en rekke artikler. Ved å avgrense publikasjoner ut ifra år, har vi utelukket artikler som har blitt publisert før år 2000, noe som faktisk kan ha medført tap av informasjon. Vi valgte denne avgrensningen til tross for dette, fordi vi ønsket relevante og nye faglige artikler om emnet.

Som ekskluderingskriterium ville vi ikke ha med avanserte medisinske undersøkelser som ikke var knyttet opp mot sykepleie, eller undersøkelsesferdighet som gikk på en bestemt sykdom.

2.2.2 Forskningsartiklene

Etter litteratursøket hadde vi funnet relevante artikler ut i fra inkluderings- og ekskluderingskriteriene. Etter dette leste vi artiklene i fulltekst og la fram en utdypende presentasjon av disse for å bedre kunne se relevansen i artiklene. Vi så på hvordan studiene i artiklene var lagt opp i forhold til metode, design og konklusjon. Vi ønsket med dette, så godt

vi kunne, å vurdere i hvilken grad teori og forskningsresultat kunne la seg bruke for å belyse vår problemstilling. Deretter så vi på hvem som var forfatterne bak artiklene. Vi så på beskrivelsen til forfatterne i artikkelens innledning for å finne ut om bakgrunnen til disse. Vi så derfor om forfatterne var lærere innenfor sykepleie eller professorer med doktorgrader. Her fant vi også ut hvor de ulike forfatterne arbeider. I tillegg søkte vi i de samme databasene for å se på hva annet forfatterne hadde publisert. Hensikten med å finne svar på dette var å finne ut hvilken bakgrunn og autoritet forfatterne hadde opp mot emnet vi skriver om.

Av artiklene vi har valgt å bruke er alle blitt publisert i tidsskrifter som er rettet mot sykepleie. I tidsskriftene foregår mye av den faglige diskusjonen, og det er her de nyeste forskningsresultatene presenteres. At artiklene er blitt publisert i fagtidsskrifter er ikke ensbetydende at de er kvalitetsstemplet. Derimot er artikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter, gjennomgått en streng kvalitetssikring. I disse tidsskriftene stilles det høyere krav for å bli publisert, og artiklene gjennomgår en fagfelle vurdering (peer review). Dette vil si at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2007). Vi har ikke utelukkende inkludert vitenskapelige artikler i vår oppgave som har blitt fagfelle vurdert. Men vi har i tillegg inkludert fagartikler som bygger på vitenskapelige artikler. Dette fordi vi har funnet disse relevant, og de gir oss en oversikt over hvilken kunnskap som finnes om emnet. Men det kan også bli sett på som en svakhet ved vår studie at vi har inkludert disse artiklene.

Tre av artiklene har spørreskjema som metode og med dette følger det noen begrensninger. Spørreskjemaene i alle studiene har holdt seg innenfor et fylke i de respektive landene, og dette vil da ikke kunne ses på som et resultat for alle sykepleierne i landet. Selve resultatene i spørreskjemaene kan også være utsatt for skjevhet, hvis respondentene bare er de sykepleierne som er mest interessert i emnet. Videre vil det være begrenset gyldighet på spørreskjemaer som inneholder et visst antall vurderingsferdigheter. I disse artiklene vil sykepleiernes holdninger, bruk og kunnskap derfor ikke kunne regnes mot alle de ulike kliniske vurderingsferdighetene. I tillegg var den rapporterte responsraten dårlig i noen av de forskningsartiklene som hadde spørreskjema som design for studiet. Fagartikler som bygger på dette, vil ha samme begrensninger.

3. Teoridel

I denne delen skal vi legge fram teorien til problemstillingen vår. Vi begynner med teoretikeren og sykepleieren Florence Nightingale, som beskriver viktigheten med en god klinisk sykepleiervurdering, med spesielt tanke på sykepleiernes observasjonsevne. Nightingale blir beskrevet som en av de viktigste personene innenfor moderne sykepleie. Deretter kommer en presentasjon av fagartiklene vi har benyttet i oppgaven. Videre i teoridelen går vi inn på relevant lovverk, yrkesetiske retningslinjer, kommunehelsetjenesten og samhandlingsreformen, klinisk sykepleiekompetanse, og til slutt en beskrivelse på hva som er innholdet i SKUV.

3.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale ble født år 1820 og døde år 1910. Hun hadde rike foreldre og fikk en veldig god utdannelse til å være jente på denne tiden. Nightingale har fortalt at da hun fylte 17 år fikk hun et kall av Gud. Hun sa at kallet var en moralsk oppgave. En av hennes store prestasjoner, og en høyt anerkjent hendelse i livet hennes, var da hun ble kontaktet av forsvarsministeren i England for å pleie soldater under Krimkrigen. Under oppholdet gjorde hun mange positive endringer i hvordan pleien ble gjort, spesielt med tanke på hygiene og sykepleieobservasjoner. Etter Krimkrigen i år 1859 ga hun ut boken *"Notes on Nursing"*. Ett år etter utgivelsen av boken etablerte hun den første sykepleierutdannelsen i verden ved St. Thomas' Hospital i London. Sykepleierutdannelsen fikk navnet *"The Nightingale School for Nurses"* (Karoliussen, 2011).

Nightingale er ikke bare kjent innen sykepleie. Hun var også en pioner når det gjaldt å legge frem sine saker å endre politikk ved hjelp av harde fakta og statistikk. Hun er også kalt verdens første helsestatistikker (Karoliussen, 2011).

Om observasjonen i sykepleie sier Nightingale, *"Det du ønsker er fakta, ikke oppfatninger – for hvem annen kan ha noen verdifull oppfatning av om en pasient er bedre eller verre enn legen eller en virkelig observant sykepleierske?"* (Nightingale, & Skretkowicz, 1997, s. 49).

Vi ser sitatet fra Florence Nightingale opp mot vår problemstilling og SKUV. Det handler om hva konkrete fakta kan fortelle oss som sykepleiere om pasientens situasjon. Hun skrev videre i *"Notes on Nursing"* om hva som kreves av sykepleieren, spesifisert opp mot hans eller hennes evne til å observere. Hva de skal observere og hvordan. Hun sier at sykepleiere skal ha en evne til å skille mellom nyttige og ikke nyttige observasjoner, og hva som tyder på bedring eller forverring i pasientens situasjon.

”Vi kan trygt si at det ikke er rask og korrekt observasjon i seg selv som gjør oss til brukbare sykepleiersker, men uten observasjonsevnen ville vi være like ubrukelige uansett hvor oppofrende vi er.”(Nightingale, & Skretkowicz, 1997, s. 154-155)

I dette sitatet poengterer hun hvor viktig hun synes observasjonsevnen er for sykepleiere. Men det er viktig å huske på at observasjonsevnen ikke står alene, men er en viktig del av sykepleien.

3.2 Presentasjon av artikler

Her legger vi kort fram de faglige artiklene vi har brukt i oppgaven. Beskrivelsene av artiklene inneholder forfatter, år, land, tittel, formålet med studien, metode/design og konklusjonen.

Aldridge-Bent, S. (2011). Storbritannia.

Advanced physical assessment skills: implementation of a module.

Formålet er å utforske og undersøke kliniske vurderingsferdigheter og rollen til sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Metoden er fokusgruppe- og individuelle intervju.

Resultatet i artikkelen er, for at sykepleiere skal omfavne klinisk undersøkelse og vurdering innenfor sin rolle, må de se på det som er relevant for deres praksis.

Anderson, M. C. Skillen, L. & Knight, C.L. (2011). Canada.

Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessment Skills.

Formålet er å beskrive læringsbehov for klinisk vurdering, fasiliteter, barrierer og støtte for å bedre bruken av kliniske vurderingsferdigheter. Metoden er et deskriptivt tverrsnittstudie med spørreskjema.

Resultatet er at nåværende ferdigheter er inadequate for å møte fremtidens pleie- og omsorgsbehov.

Baid, H. Bartlett, C. Gilhooly, S. Illingworth, A. & Winder, S. (2009). Storbritannia.

Advanced physical assessment: the role of the district nurse.

Formålet er å beskrive et initiativ fra NHS (National Health Service) for å støtte distrikts sykepleiere i utvikling og bruk av fysiske undersøkelsesferdigheter som en del av pasientvurderingen. Metoden er undersøkende observasjon.

Resultatet er at fysisk vurdering kan bli en integrert del av distrikts sykepleierens rolle.

Rammeverket tillater distrikts sykepleiere til å bygge videre på deres kompetanse i samsvar med utviklingen i helsetjenesten.

Birks, M. James, A. Chung, C. & Davis, J. (2012). Australia.

The use of physical assessment skill by registered nurses in Australia: Issues for nursing education.

Formålet er å undersøke bruken av fysiske, kliniske undersøkelser i sykepleiepraksis. Metode er et tverrsnittstudie med spørreskjema.

Resultatet er at det blir undervist i flere undersøkelsesferdigheter enn det som brukes i praksis.

Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Norge.

Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?

Formålet er å undersøke hvordan forskning beskriver systematiske kliniske undersøkelser, og hva det har å si for utdanningen og funksjonen til sykepleie. Metode er et litteraturstudie.

Studiet beskriver hva SKUV er, og at det kan bidra til å øke vurderingsevnen og forbedre beslutningsprosessen i sykepleie.

Ehrenberg, A. Ehnfors, M. & Ekman, I. (2003). Sverige.

Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessment and interventions.

Formålet er å revidere omsorgen gitt til eldre pasienter med kronisk hjertesvikt i kommunehelsetjenesten. Artikkelens design er retrospektiv deskriptiv.

Funnene avdekket feil i dokumentasjonen av vurdering og tiltak, samt dårlig etterlevelse av gjeldende internasjonale kliniske retningslinjer. Støttende retningslinjer nødvendig for optimal omsorg.

Fennessey, A. & Wittman-Price, R. A. (2011). USA.

Physical assessment: A continuing need for clarification.

Formålet er å finne ut om de ferdighetene som blir lært til sykepleiestudenter er relevant for hva som blir brukt i praksis. Studiet er en oversiktsartikkel.

Konklusjonen er at systematisk klinisk undersøkelse og vurdering er en del av sykepleieprosessens første trinn. Uklart hvilke ferdigheter som kan inkluderes i denne definisjonen, og den er relevant i forhold til beslutningstaking i sykepleie.

Lesa, R. & Dixon, A. (2007). New Zealand.

Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice.

Formålet er å finne ut hva som kan læres av erfaringene fra vestlige land som allerede har tatt i bruk kliniske vurderingsferdigheter i sykepleierens helsevurdering. Studiet er en oversiktsartikkel.

Studiet konkluderer med at utvidelsen av sykepleierollen vil gi helsetjenester som vil bedre helseutfall. SKUV er en viktig komponent i sykepleie. Ved en holistisk tilnærming og undervisning innenfor sykepleiefilosofi muliggjør dette en mer omfattende helsevurdering.

Opsahl, G., Solvoll B-A. Og Granum, V. (2012). Norge.

Forførende samhandlingsreform.

Formålet er å se samhandlingsreformen i forhold til sykepleierens profesjonskompetanse.

Metoden er en dokument analytisk tilnærming.

Studiet konkluderer med at samhandlingsreformen er mangelfull og utydelig på hvilken kompetanse helsetjenesten trenger.

Yamauchi, T. (2001). Japan.

Correlation between work experiences and physical assessment in Japan.

Formålet er å innhente grunnleggende data fra japanske sykepleiere om kunnskap, ferdigheter og holdning til fysisk vurdering. Metoden er en spørreundersøkelse.

Sykepleiere med mer erfaring var mer kunnskapsrik om nesten alle de kliniske vurderingsferdighetene. Japanske sykepleiere lærer de kliniske vurderingsferdighetene når de er på jobb.

Zambas, S. I. (2010). New Zealand.

Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a “sacred cow”.

Formålet er å ta opp spørsmålet om hvorfor noen sykepleiere ikke ser på systematisk klinisk vurdering som relevant, og hvorfor enkelte klager på at de ikke ser vurderingen bli brukt i praksis. Metoden er et litteraturstudie.

Artikkelen konkluderer med at sykepleiere har et reelt behov til å forbedre kvaliteten og vurderingen av pasienter. Man må øke kunnskapen og bruken av kliniske vurderingsferdigheter for å kunne forbedre pasientens utfall.

3.3 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Ut i fra vår problemstilling ønsker vi å ta frem noen lover og retningslinjer som viser til emnet om fagutvikling i helsetjenesten. I lover og retningslinjer nevnes det hvem som står med ansvaret for å opprettholde eller øke kompetansen innenfor helse- og omsorgstjenesten. Sykepleieren har selv et ansvar, og skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut ifra egne kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). Men man kan også bruke lovverk for å støtte sin sak om videreutdanning eller etterutdanning. I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester står det at kommunen er pliktig at helsepersonellens kompetanse sikres i tjenesten. Videre står det skrevet at kommunen er pliktig å sørge for at helsepersonell er kvalifisert for arbeidet som skal utføres, og de skal medvirke til at personellet skal kunne ta videreutdanning eller etterutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i tillegg at sykepleietjenestens ledere har et spesielt ansvar for å bidra til etisk refleksjon og fagutvikling.

3.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens intensjon er å bedre pasientforløp å gi pasienten rett behandling, til rett tid og på rett sted. For å nå disse målene må man gjøre kommunene i stand til rehabilitering, etterbehandling og annen oppfølging som innbyggerne i kommunen trenger. Dette betyr at de vil satse på og bygge opp tjenester i kommunen med denne reformen. God samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten må lønne seg for begge parter. Fremdeles skal sykehusene fungere som en hjørnestein i helsetjenesten, men man må tenke nytt og forebyggende. Samhandlingsreformen kommer med langsiktige mål som skal iverksettes i kommunene. Blant annet skal de ha en mer forebyggende og behandlende rolle i pasienter og innbyggernes livsløp.

3.4.1 Kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen beskriver behovet for økt kompetanse, og det blir poengtert at ansvaret for dette ligger på ulike plan. Blant annet ligger ansvaret på utdanningen av helsepersonell, men også på kommunehelsetjenesten som arbeidsgiver for helsepersonell. Et tiltak for å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten er at man i større grad skal bruke kommunehelsetjenesten som praksisarena under utdanning av sykepleiere. Dette fordi man ønsker å bygge opp kommunehelsetjenesten i Norge i dag, og fordi dette etter hvert vil gi

gevinst til de nyutdannede sykepleierne som mest trolig vil komme til å jobbe i kommunehelsetjenesten. Dette fordi at etterspørselen av helsepersonell etter hvert vil være høyest i kommunehelsetjenesten.

Intensjonen om en ny framtidig kommunerolle er en utvikling som også vektlegges i andre land. I blant annet USA, Danmark og England, har de sett betydningen av å vurdere nye og utvidede roller for helsepersonellet, og endringer i oppgavefordelingen mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Samhandlingsreformens oppgavefordeling er en utfordring for kommunehelsetjenesten.

3.4 Klinisk sykepleiekompetanse

Sykepleie er å vise omsorg overfor pasientens behov, ut i fra en helhetlig forståelse av mennesket. Den helhetlige forståelsen gir innsikt i menneskets ulike dimensjoner, fysisk, psykisk, åndelig og sosialt. Dimensjonene påvirker hverandre gjensidig, og det er viktig at sykepleieren har forståelse for hvordan dimensjonene står i forhold til hverandre og påvirker hverandre. Helheten er mer enn summen av delene og relasjonene blir viktige for å skape mening og helhet. Innsikt i hva som kjennetegner de ulike dimensjonene gjør at sykepleieren bedre kan forstå hva som er pasientens hjelpebehov (Odland, 2008).

Pleie av den syke vil si å gi praktisk omsorg til den personen som lever med sykdom, ettervirkninger av sykdom eller blir truet av sykdom. Klinisk sykepleie er denne pleiefaglige omsorgen, og den innebærer et moralsk og et faglig aspekt. Disse aspektene er tett flettet sammen. For at et menneske skal gjenvinne livsmotet etter langvarig sykdom eller skade, forutsettes det at kliniske kunnskaper utøves gjennom en omtenksom og omsorgsfull måte (Nordtvedt, & Grønseth, 2010). Det moralske aspektet er viktig i sykepleierens kliniske praksis, fordi det dreier seg om kravet om faglig forsvarlig og kunnskapsbasert praksis. Til enhver tid har sykepleieren et ansvar for å være oppdatert og yte den beste mulige sykepleie ut fra fagets kunnskapsgrunnlag (Helsepersonelloven, 1999).

3.4.1 Patricia Benner

Benner er en anerkjent sykepleieteoretiker, forsker, professor og filosof innenfor sykepleiefaget. Hennes teoretiske grunnlag omfatter den kliniske sykepleiepraksis, og en av de første filosofiske sonderinger hun foretok, bestod av forholdet mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Hun sier at kompetansen i den kliniske sykepleiepraksis ligger i å avdekke og beskrive den kunnskapen som ligger innebygd i praksis. Det vil si den kunnskapen som blir

innhentet over tid, og utviklet gjennom dialog i relasjoner og i situasjonelle kontekster. Utviklingen av kunnskap i en anvendt disiplin, består av å utvikle den praktiske kunnskapen gjennom teoretisk basert, vitenskapelig forskning og kartlegging av den eksisterende kunnskapen, som er oppstått av klinisk erfaring under utøvelse av denne disiplinen. Patricia Benner forklarer videre at praksis og teori utgjør ideelt sett en dialog som skaper nye muligheter. Teorien blir avledet av praksis, og praksisen blir modifisert eller utvidet av teorien (Brykczynski, 2011).

3.4.2 Det faglige aspektet ved klinisk sykepleie

Benners filosofiske sontring er viktig å trekke inn i vår oppgave fordi det er nødvendig å påpeke at det ligger noe i grunnen av den kliniske sykepleiekompetansen. I utøvelsen av klinisk sykepleie finnes det en omfattende kunnskapsbakgrunn med blant annet kunnskap om anatomi, fysiologi og patologi, som betyr sykdomslære (Patologi, 2009). Det er kunnskapen som ligger i grunnen av sykepleie, og anvendelse av kunnskapen, som beskrives i den kliniske sykepleiekompetansen. Dette kan illustreres ved kyndigheten som vises i for eksempel observasjonen av pasientens sykdomstilstand, og i oppmerksomheten som blir gitt overfor ofte usynlige tegn på forverringer eller forbedringer i tilstanden. Kanskje er det gråblekheten, den begynnende rødmen på halsen, eller draget over neseroten som ikke var der tidligere. Videre utover dette er den kliniske sykepleiekompetansen, måten man deretter gjør den kvalifiserte oppfølgingen og koordineringen av tiltak og vurderingen, som for eksempel medisinsk behandling. Å iverksette delegerte medisinske prosedyrer faller også inn under den kliniske sykepleiekompetansen (Nordtvedt, & Grønseth, 2010).

Sykepleieren må altså forholde seg til både den kliniske diagnosen og til pasientens opplevelse av situasjonen. Nordtvedt og Grønseth (2010) sier at god klinisk sykepleieutøvelse kjennetegnes ved at sykepleieren integrerer fagkunnskaper og moralske aspekter i klinisk praksis og tilpasser sykepleien individuelt, til den enkelte pasient og situasjon. At sykepleieren ivaretar sitt faglige ansvar og funksjoner i møte med pasienten, og at sykepleieren observerer og foretar kliniske vurderinger og beslutninger basert på relevante og pålitelige data.

3.5 SKUV – Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering

Den systematiske kliniske undersøkelsen og vurderingen begynner med å identifisere formålet med vurderingen. Dette er en del av sykepleierens datasamling der biografiske data og sykdomshistorien til pasienten er av interesse. Datasamlingen utføres ved å innhente data fra pasienten selv, eller fra tidligere undersøkelser av pasienten som er registrert i datasystemer. Ut i fra datasamlingen kan man beslutte om en fokusert undersøkelse eller en helhetlig undersøkelse (Baid, 2006).

Den systematiske undersøkelsen innebærer inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon. Disse ferdighetene utføres hver for seg, og i denne rekkefølgen. Inspeksjon er en nøye observasjon av pasienten, først i helhet, deretter observasjon av de ulike kroppsfunksjoner. Palpasjon vil si å kjenne på pasienten. Utførelsen skjer etter observasjonen, og vil hjelpe ved å bekrefte det man eventuelt oppdaget. Ved å kjenne på pasienten bruker man følelsen ved berøring for å undersøke blant annet temperatur, fuktighet, lokalisasjon av organer og størrelsen av disse, pulsasjoner, krepitasjoner, klumper, eller områder med ømhet og smerte. Perkusjon vil si å banke på pasientens hud for å undersøke underliggende strukturer. Bankingen vil gi en følbart vibrasjon og en karakteristisk lyd som sier noe om plassering, størrelse og tetthet på det underliggende organet. Utførelsen av perkusjon er å legge den ene hånden på pasientens hud, og den andre hånden brukes til bankingen. Man bruker midtfingeren til å banke med, og den skal treffe rett under neglebåndet på midtfingeren til den stasjonære hånden på pasientens hud.

Auskultasjon vil si å lytte til kroppens lyder. Dette utføres ved hjelp av et stetoskop, og man kan lytte på hjerte, blodårer, lunger og abdomen (Jarvis, 2012).

Det neste steget etter systematisk klinisk undersøkelse, er å kunne forstå og tolke de kliniske funnene. Dette vil si å kunne gjenkjenne det unormale fra det normale, eller å identifisere differensial diagnoser. Dette vil gi sykepleieren grunnlaget for beslutningstaking og videre behandling (Baid, 2006).

4. Drøftingsdel

4.1 SHR og profesjonskompetanse

Oppgavefordelingen i samhandlingsreformen innebærer at pasientkategorier, med spesielt vekt på eldre og kronisk syke, skal få sitt omsorgstilbud i kommunene. Pasientkategoriene KOLS, diabetes, demens, kreft, depresjon og rus, skal også ut av sykehus. I praksis fører disse endringene til nye og utfordrende oppgaver til kommunehelsetjenesten. Samtidig vil også profesjonskompetansen i sykepleie utfordres. Begrepet profesjonskompetanse benyttes i denne sammenhengen ved å vise til de krav som stilles til utøvelse av sykepleie. Kommunene får ansvaret for tidlig medisinsk ferdigbehandlede pasienter, i tillegg til økt pleie- og omsorgsintensivt og medisinskfaglig ansvar for kronisk syke og eldre med sammensatte lidelser. SHRs oppgavefordeling gir derfor et økt press på kommunene (Opsahl, Solvoll & Granum, 2012).

Dersom SHR skal kunne gjennomføres etter denne intensjonen må profesjonskompetansen i sykepleie styrkes i kommunehelsetjenesten. Det er sykepleiernes profesjonskompetanse som fortrinnsvis er mest naturlig å bygge på, fordi sykepleie er den mest praksisintensive utdanningen innenfor helsefagene. Sykepleiernes profesjonskompetanse i kommunehelsetjenesten må styrkes innenfor den pleie- og omsorgsintensive og den medisinskfaglige delen. I andre land, som Norge liker å sammenligne seg med, for eksempel England, USA, Canada og Australia, har det i mange år vært utdannet sykepleiere med en klinisk kompetanseprofil. Det finnes utdanningsprogram i avansert klinisk sykepleie i over 30 ulike land og i alle verdensdeler. Dette er en utvidet kompetanse som også kan bli vesentlig for norske sykepleiere (Opsahl, et al. 2012).

Som beskrevet viser SHR særlig implikasjoner for sykepleierutdanningen og for å styrke den kliniske kompetansen i kommunehelsetjenesten. Det betyr blant annet at det er et behov for å styrke undervisning og veiledning innenfor det helsefremmende og forebyggende området, det er behov for mer helsepolitisk kompetanse og organisatorisk kompetanse, kommunikasjons- og konflikthåndteringskompetanse og en styrket evne til kritisk tenkning. Ut i fra SHR er det disse kompetanseområdene fremtidige sykepleiere har behov for (Opsahl, et al. 2012).

4.2 Nytten av SKUV

Datasamling er sentralt i sykepleie, men utførelsen av de fysiske undersøkelsene er ikke alltid like systematisk gjennomført. Å gjennomføre en fysisk vurdering ved å ta en helsehistorie, og deretter bruke sekvensen av inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon til områder av kroppen med en hode-til-tå fremgangsmåte, fører til at gjennomføringen blir bred, strukturert og organisert. Denne systematiske tilnærmingen vil hjelpe sykepleieren til å oppsummere og dokumentere de kliniske funn fra undersøkelsen. Tolkningen av de kliniske funnene vil resultere i enten en anerkjennelse av abnormitet eller identifisering av en differensialdiagnose. Dette er avhengig av den kliniske kompetansen til sykepleieren som utfører den systematiske kliniske vurderingen (Baid, 2006).

Lesa og Dixon (2007) og Anderson et al. (2001) sier at SKUV er viktig i sykepleie. Fysiske undersøkelser er nødvendig for å innhente data, som igjen gir grunnlag for beslutninger og tiltak. Den systematiske kliniske vurderingen og undersøkelsen er et redskap for sykepleieren for å eventuelt bekrefte eller avkrefte teorier bak pasientens helsehistorie. Ved bruk av SKUV kan sykepleiere bedre tolke pasienttilstanden, gi presise opplysninger om pasientens situasjon, og ha større forståelse for legens dokumentasjon (Lesa, & Dixon, 2007).

Internasjonal forskning sier at sykepleiere i kommunehelsetjenesten bruker kliniske undersøkelser oftere enn sykepleiere i sykehus (Birks et al. 2012). Samtidig blir det også beskrevet at nåværende ferdigheter er inadequate for å møte fremtidens pleie- og omsorgsbehov, fordi antall skrøpelige eldre mennesker og personer med langvarige sykdommer øker (Anderson, Skillen, & Knight, 2001). Distrikts sykepleieren står derfor overfor en endring av vekt på nivået og omsorgsform, og disse endringene inkluderer nivåer av kompleksitet, bruk av avansert teknologi, og økende antall pasienter som blir tatt vare på i samfunnet (Baid, Bartlett, Gilhooly, Illingworth, & Winder, 2009).

Med innføringen av samhandlingsreformen (2008-2009) i Norge, medfører dette utfordringer i pleie- og omsorg i kommunene. Utfordringene krever økt kompetanse. Sykepleiere i kommunene arbeider ofte alene og har derfor færre leger og annet helsepersonell å rådføre seg med. I denne sammenhengen blir kompetanse i SKUV viktig. Nytten av SKUV er at man kan gjøre riktige vurderinger, for deretter å kunne kommunisere presise funn til lege (Breivik, & Tymi, 2013).

4.3 Sykepleiernes rolleendring i kommunehelsetjenesten

I kommunene vil samhandlingsreformens oppgavefordeling skape et stigende forventningspress i forhold til den pleie- og omsorgsintensive og medisinske oppfølgingen i kommunehelsetjenesten (Opsahl et al., 2012). Dette medfører pleieutfordringer i kommunene, og distrikts sykepleieren står overfor en endring i forhold til den kliniske sykepleiekompetansen. På bakgrunn av at det er flere eldre pasienter med komplekse lidelser og sammensatte behov, beskriver sykepleiere selv at de ønsker mer kompetanse. De er ikke fornøyde med egne ferdigheter, og det er et behov for økt kompetanse på blant annet undersøkelser av hjertet, abdomen, perifer sirkulasjon og lungene (Anderson et al., 2001). Endringene krever tilpasningsdyktige, fleksible, rådgivende og kunnskapsrike sykepleiere (Lesa, & Dixon, 2007). Betydningen av ferdigheter tilsvarende pasientens behov, for å levere en pasientsentrert tjeneste som maksimerer helse og velvære, og er lydhøre for pasientenes behov, er sentralt i utviklingen av distriktets sykepleiere. Støtte til utvikling av kliniske vurderinger og undersøkelser hos distrikts sykepleiere er første skritt mot å øke ferdighetene til denne arbeidskraften. Klinisk vurdering og undersøkelse kan bli en integrert del av distrikts sykepleierens rolle, gjennom implementeringen av et utviklingsmiljø som muliggjør distrikts sykepleiere til å bygge videre på deres kompetanse, og fremme sin praksis i tråd med pågående utvikling for helsetjenester i samfunnet (Baid et al., 2009). Forskningsartikler konkluderer med at eventuelle forandringer i sykepleiernes rolle, til å omfatte kliniske vurderinger og undersøkelser, krever strategier som involverer de regulatoriske, utdannings- og praksiskomponentene i sykepleie (Lesa, & Dixon, 2007). Det kreves et bredere kunnskapsgrunnlag i utvidelsen av distrikts sykepleierens rolle. Samtidig må utvidelsen av rollen anerkjennes av sykepleierne selv. For at sykepleierne skal omfavne kliniske vurderinger og undersøkelser innenfor sin rolle, må de se på det som relevant for sin praksis. Sykepleierne kan forme rollen sin selv, eller den blir formet av andre. Det er likevel begrenset forskning på hvordan rolleendringen vil ha effekt på pasientbehandlingen (Aldridge-Bent, 2011).

4.4 Bruken av SKUV internasjonalt

Når det gjelder de ulike undersøkelsene, finnes det ca. 120 ulike undersøkelsesferdigheter som sykepleiestudenter i andre land, for eksempel USA og Australia, trener på. Ferdighetene omfatter blant annet vitale tegn, palpering av abdomens organer, auskultasjon av hjerte og lunger, og undersøkelse av ører og øyne. Noe av det som vi har funnet ut fra forskning, stiller

derimot spørsmålstegn til nytten og bruken av disse ferdighetene. Når det gjelder bruken av SKUV, har blant annet forskning i Australia konkludert med at bare 23 prosent av lærte ferdigheter ble brukt på daglig basis. Over 35 prosent av ferdighetene ble aldri brukt i praksis. Den generelle observasjonen er den vanligste undersøkelsesmetoden, og perkusjon og auskultasjon er mindre brukt (Birks, James, Chung, & Davis, 2012). En forskning fra Japan ga ut spørreskjema om 28 ulike undersøkelsesferdigheter og bruken av disse. 90 prosent av respondentene kjente til 23 av ferdighetene, mens 14 av ferdighetene ble brukt oftere av de som responderte med mer erfaring i sykepleiepraksis (Yamauchi, 2001). Videre har svensk forskning avdekket mangler i sykepleievurderingen opp mot kronisk hjertesyke pasienter. Med utgangspunkt fra sykepleiedokumentasjoner konkluderte de med at det var dårlig etterlevelse av gjeldene kliniske retningslinjer, og de avdekket mangler i vurdering og tiltak. Ut i fra 161 sykepleiedokumentasjoner fra journaler av ovennevnte pasientgruppe, var det blant annet kun tolv prosent som inneholdt pasientens kroppsvekt (Ehrenberg, Ehnfors, & Ekman, 2003).

At bruken av kliniske vurderinger og undersøkelser ikke er synlig i hverdagen i sykepleiepraksis, tyder på at det er et misforhold mellom teorien og den reelle praksisen. Teorien i pensum- og lærebøker antyder at kliniske vurderinger og undersøkelser er essensielt i pasientomsorgen, men til tross for dette er et stort antall lærte ferdigheter i den kliniske vurderingen og undersøkelsen aldri eller sjeldent brukt i praksis (Zambas, 2010).

4.5 Barrierer for bruk av SKUV

I forhold til bruken av kliniske vurderinger og undersøkelser, konkluderer Birks et al. (2012) med at den er kontekstavhengig, og de forklarer at barrierer for bruk er uklarhet i rolleansvar og tidspress. Tidspresset gjør at man ikke utfører undersøkelser, og arbeidsbelastningen på sykepleiere er i tillegg stor. Dette gjør at arbeidsoppgaver kommer i konflikt med hverandre, og man har ikke tid til å lære nye ferdigheter og undersøkelser (Lesa, & Dixon, 2007). Sykepleierne selv er heller ikke fortrolige med egen kunnskap og utførelse av undersøkelsesferdigheter. Mangel på ferdighetstrening gjør at sykepleiere ikke har tillit til seg selv i de kliniske vurderinger og undersøkelser, og derfor unngår man å utføre ferdighetene. Sammen med disse barrierene for bruk, beskriver også sykepleiere at mangel på rollemodeller i bruk av SKUV, bidrar til ekstra begrensninger. Sykepleiere har et behov for at kollegaer kan bekrefte at de har gjort utførelsen korrekt, og eventuelt observert og auskultert riktig (Lesa, & Dixon, 2007). I sammenheng med disse faktorene, sier Yamauchi (2001) og Aldridge-Bent

(2011) at det er spesielt viktig at sykepleierne som skal bruke kliniske vurderinger og undersøkelser, ser dette som relevant for sin praksis.

4.6 Kritikk og framgangsmåte ved bruk av SKUV

Kritikken av SKUV sier at dersom man bruker dette i et strengt positivistisk perspektiv, er det en mulighet for at man avleder oppmerksomheten bort fra pasientens opplevelse og historie. Positivismen betegnes som en vitenskapelig tilnæringsmåte som fremmer menneskets sansbare, erfaringsmessige grunnlag og avviser all metafysikk (Positivismen – Vitenskapsfilosofi, 2009). Bruken av SKUV, i dette perspektivet, distanserer pasienten i interaksjonen og plasserer pasienten i en underordnet stilling opp mot sykepleieren. Men kritikken kan man overkomme ved å gå inn på hvordan sykepleiere utfører SKUV (Zambas, 2010). En holistisk tilnærming til bruken og undervisningen av SKUV øker bruken i praksis. Dette gjør at man ikke bare fokuserer på de fysiske undersøkelsene i et medisinsk perspektiv, men utførelsen blir mer betydningsfull og relevant for sykepleien som ytes (Lesa, & Dixon, 2007). Det medisinske perspektivet bidrar til uklare roller, noe som igjen er en av årsakene til at sykepleiere ikke utfører kliniske undersøkelser (Birks et al., 2012). SKUV er, som beskrevet tidligere, en del av den totale datasamlingen. Dette inkluderer også utviklingen av en relasjon mellom pasienten og sykepleieren. SKUV bidrar til denne relasjonen ved at utøvende sykepleier må samarbeide med pasienten og pasienten må ha tillit til sykepleieren. En holistisk tilnærming har fokus på målingene, samtidig som det omfatter pasientens perspektiv (Fennessey, & Wittman-Price, 2011). I den totale datasamlingen må fokuset være at SKUV har som hensikt å identifisere pasientbehov, sykepleieproblem, for deretter å iverksette påfølgende tiltak (Breivik, & Tymi, 2013).

4.7 Relevans i praksis

I et litteraturstudie av Zambas (2010), tar hun opp spørsmålet om hvorfor noen sykepleiere ikke ser på systematisk klinisk vurdering som relevant. Hvorfor er det slik når systematisk klinisk vurdering samtidig regnes som en integrert del av sykepleien?

I 1859 skriver Florence Nightingale i boken *Notes on Nursing* at det var grunn til å være bekymret for sykepleierens observasjonsevne. Nightingale begrunner dette med at sykepleieren på den tiden hadde fått mer kunnskap om patologi, læren om hvilke forandringer menneskekroppen påføres av sykdom, men at evnen til å observere dette mens det pågikk,

ikke var blitt bedre. Nightingale sa også at man skulle se etter i stedet for å se på, og for å gjøre dette skulle alle sanser og all kunnskap brukes sammen (Karoliussen, 2011).

I forhold til år 1859 er dagens sykepleieres evne til å observere forandringer i menneskekroppen mest sannsynlig blitt mye bedre, og observasjon er relevant og helt essensielt i sykepleie. Men er observasjonsevnen god nok sett opp mot nåtidens kunnskap om patologi? SKUV er et bidrag for å kunne ta i bruk sykepleiernes observasjonsevne. Ved å systematisere vurderingen og undersøkelsen, vil man også bidra til at kunnskapen om patologi blir brukt på en mer daglig basis. I rammeplanen for sykepleierutdanning står det ingenting spesifikk om SKUV, men den beskriver observasjonen som essensiell i profesjonsutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Nightingale skriver at formålet med observasjon i sykepleie ikke er å innhente en hel del data, men å styrke helse, komfort og å redde liv (Nightingale et al., 1997).

4.8 Bedre pasientutfall ved bruk av SKUV?

For å styrke pasientens helse og redde liv, er beslutningstaking i sykepleie en nødvendighet. Som et verktøy for beslutningstaking blir gjennomføringen av SKUV sett på som relevant (Fennessey, & Wittman-Price, 2011). I en klinisk vurdering og undersøkelse vil man kunne se tidlige tegn på forverringer i pasientens helsetilstand og deretter gjøre tiltak som kan forebygge komplikasjoner og senere død (Zambas, 2010). Dette til tross, Yamauchi (2001) og Lesa og Dixon (2007) sier at det fortsatt er lite forskning som beskriver noe om sammenhengen mellom pasientens helseutfall og bruken av SKUV. Samtidig er det evidens som foreslår at om sykepleiere utvider sin helsevurdering til å omfatte kliniske vurderings- og undersøkelsesferdigheter, vil dette mest sannsynlig bedre pasientens utfall (Lesa & Dixon, 2007). SKUV er med på å gi et datagrunnlag som er mer komplett. Det kan også hjelpe sykepleieren til å systematisk identifisere forandringer hos pasienten, forebygge komplikasjoner, vurdere funksjonsevne og gi grunnlag for å ta gode beslutninger. Jo mer presis vurdering sykepleieren gjør, jo bedre utfall kan pasienten oppnå (Yamauchi, 2001).

5. Avslutning

Kan SKUV svare til samhandlingsreformens krav om økt klinisk sykepleiekompetanse i kommunehelsetjenesten? Med denne problemstillingen som utgangspunkt for datainnsamlingen, har vi kommet frem til at SKUV teoretisk sett, og ved bruk, er et nyttig redskap. Med en god opplæring og innføring vil metoden gjøre at sykepleieren i kommunehelsetjenesten øker sin kliniske kompetanse, som igjen svarer til samhandlingsreformens krav.

Den teoretiske oppfatningen er at pasientens utfall vil bedres. Dette på bakgrunn av at sykepleieren i kommunehelsetjenesten vil få en enda mer sentral rolle i pasientens behandling. Kommunen vil ha ansvaret for flere pasienter, og med dette færre leger per pasient. Ved at sykepleieren tar i bruk SKUV vil man kunne gjøre nøyaktig datainnsamling og vurdering. Dette vil kunne minske det avviket som er mellom antall leger og pasienter. Å ta i bruk SKUV som metode er ikke en fullstendig løsning, men det er en del av løsningen når man ser på å utvikle sykepleierens kliniske kompetanse.

Vi savner direkte forskning på pasientutfall i forhold til bruken av SKUV, og hadde i utgangspunktet forventet å finne forskning om dette forholdet. Vi oppfordrer andre til å gjennomføre slik forskning.

Vi har lært at det er et avvik mellom antall prosedyrer sykepleieren lærer, og de som faktisk blir brukt i praksis. Er det nødvendig å lære alle disse prosedyrene? For å bedre kunne nytte SKUV som metode, vil ferdighetene som blir mest brukt og sett på som mer relevant for utøvelsen av sykepleie, være av interesse.

6. Litteraturliste – pensum

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet 25. mars 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 7. februar 1999 nr. 64*. Hentet 26. mars 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven*

Odland, L-H. (2008). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann. (Red.), *Etikk i sykepleien* (2.utg., s. 22-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

7. Litteraturliste – selvvalgt litteratur

(355 sider).

Aadland, E. (2011). *“og eg ser på deg”*: Vitenskapsteori I helse- og sosialfag (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (77 sider, kap.7).

Aldridge-Bent, S. (2011). Advanced physical assessment skills: implementation of a module. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 84-88. Hentet fra <http://dspace.bucks.ac.uk/dspace/bitstream/handle/123456789/1407/Aldridge%20Bent%202011.pdf?sequence=1> (5 sider).

Anderson, M. C., Skillen, L., Knight, C. L. (2001). Continuing care nurses' perceptions of need for physical assessment skills. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(7), 23-29. Hentet fra <http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/204191961/fulltextPDF?accountid=35443> (7 sider).

Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: A nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 15(13), 710-714. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f94d7859-ac83-4f20-9670-8b2d626a1f06%40sessionmgr4001&vid=5&hid=4212> (5 sider).

Baid, H., Bartlett, C., Gilhooly, S., Illingworth, A., & Winder, S. (2009). Advanced physical assessment: the role of the district nurse. *Nursing Standard*, 23(35), 41-46. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f94d7859-ac83-4f20-9670-8b2d626a1f06%40sessionmgr4001&vid=5&hid=4212> (6 sider).

Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J. (2012). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education. *Collegian*, 20(1), 27-33. doi: 10.1016/j.colegn.2012.02.004. (7 sider).

Breivik, S., & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 324-332. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0132. (9 sider).

Bryczynski, K. A. (2011). Fra novice til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis. I A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Red.), *Sygeplejeteoretikere: bidrag og betydning i moderne sygepleje* (s. 149-179). København: Munksgaard Danmark. (31 sider).

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2004). Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 90-96. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00837.x. (7 sider).

Fennessey, A., & Wittman-Price, R. A. (2011). Physical assessment: A continuing need for clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45-50. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x. (6 sider).

Jarvis, C. (2012). *Physical Examination & Health assessment* (6 utg.). St.Louis, Mo. : Elsevier Saunders. (33 sider).

Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (23 sider).

Kommunehelsetjeneste. (2013) I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <http://sml.snl.no/kommunehelsetjeneste> (1 side).

Kompetanse. (2009). I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/kompetanse> (1 side).

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl_eierutdanning_08.pdf#search=rammeplan%20for%20sykepleierutdanningen®j_oss=1 (15 sider).

Kvalitet – Beskaffenhet. (2009) I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/kvalitet%2Fbeskaffenhet> (1 side).

Kvalitet – Filosofi. (2011). I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/kvalitet%2Ffilosofi> (1 side).

Lesa, R., & Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*, 54(2), 66-72. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00536.x. (7 sider).

Nightingale, F., Skretkowicz, V., & Mellbye, S. (1997). *Notater om sykepleie* (revidert med tillegg, samlede utgaver.). Oslo: Universitetsforlaget. (20 sider).

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 25. mars 2014 fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (46 sider)

Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G, Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie I* (4.utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (16 sider).

Opsahl, G., Solvoll, B-A., & Granum, V. (2012). Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien*, 100(3), 60-63. doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0021. (4 sider).

Patologi. (2009). I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <http://sml.sn.no/patologi> (1 side).

Positivism – Vitenskapsfilosofi. (2009). I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <http://sml.no/positivisme%2Fvitenskapsfilosofi> (1 side).

Støren, I. (2013) *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2 utg.). Oslo: Cappelen Damm AS. (6 sider).

Symptomatologi. (2009). I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <http://sml.sn.no/symptomatologi%2F2> (1 side).

Yamauchi, T. (2001). Corrolation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 3(4), 213-224. doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00091.x. (12 sider).

Zambas, S. I. (2010). Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a "sacred cow". *Journal of Nursing Education*, 49(6), 305-310. doi: 10.3928/01484834-20100224-03. (6 sider).

Vedlegg 1 – Søketablell

Databaser	Søkeord	Result.	Avgrensninger	Result.	Relevante
Swemed+	Community health nursing AND physical examination	46			0
	Community health nursing AND clinical competence	146			0
	Systematisk klinisk undersøkelse	6			1
	Samhandlingsreform	1			1
	Nursing assessment AND community health nursing	16	Nursing-education-evaluation	8	1
Cinahl	Physical examination AND nursing AND value	88	AND benefit AND community health nursing – fra 2005	36 14 7	2
	Community health nursing AND clinical competence		Evaluation-fra 2003	29	2
Pubmed	Physical examination AND nursing assessment skills	288			2
Proquest Nursing and Allied Health source	Nursing assessment AND physical examination		Fra 2000 Nursing role	223 80	2
	Nursing assessment AND community health nursing		Fra 2005	57	0

Vedlegg 2 – Lesematrise

Tittel	Forfatter/år/land	Formål	Metode/utvalg	Resultat
Advanced physical assessment skills: implementation of a modul.	Aldridge-Bent, S. (2011). Storbritannia.	Utforske og undersøke fysiske vurderingsferdigheter og rollen til sykepleiere i kommunehelsetjenesten.	Fokusgruppeintervju og individuelle intervju.	For at sykepleiere skal omfavne fysiske vurderinger innenfor sin rolle, må de se på det som er relevant for deres praksis.
Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessment Skills.	Anderson, M. C. Skillen, L. & Knight, C.L. (2011). Canada.	Beskrive læringsbehov for klinisk vurdering, fasiliteter, barrierer og støtte for å bedre bruken av kliniske vurderingsferdigheter.	Deskriptiv tverrsnittstudie med spørreskjema.	Nåværende ferdigheter er inadequate for å møte fremtidens pleie- og omsorgsbehov.
Advanced physical assessment: the role of the district nurse.	Baid, H. Bartlett, C. Gilhooly, S. Illingworth, A. & Winder, S. (2009). Storbritannia.	Beskrive et initiativ fra NHS (National Health Service) for å støtte distrikts sykepleiere i utvikling og bruk av fysiske undersøkelsesferdigheter som en del av pasientvurderingen.	Undersøkende observasjon.	Fysisk vurdering kan bli en integrert del av distrikts sykepleierens rolle. Rammeverket tillater distrikts sykepleiere til å bygge videre på deres kompetanse i samsvar med utviklingen i helsetjenesten.

<p>The use of physical assessment skill by registered nurses in Australia: Issues for nursing education.</p>	<p>Birks, M. James, A. Chung, C. & Davis, J. (2012). Australia.</p>	<p>Å undersøke bruken av fysiske, kliniske undersøkelser i sykepleiepraksis.</p>	<p>Tverrsnittstudie med spørreskjema.</p>	<p>Det blir undervist i flere undersøkelsesferdigheter enn det som brukes i praksis.</p>
<p>Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?</p>	<p>Breivik, S. & Tymi, A. (2013). Norge.</p>	<p>Å undersøke hvordan forskning beskriver systematiske kliniske undersøkelser, og hva det har å si for utdanningen og funksjonen til sykepleie.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Beskriver hva SKUV er, og at det kan bidra til å øke vurderings- evnen og forbedre beslutnings- prosessen i sykepleie.</p>
<p>Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessment and interventions</p>	<p>Ehrenberg, A. Ehnfors, M. & Ekman, I. (2003). Sverige.</p>	<p>Å revidere omsorgen gitt til eldre pasienter med kronisk hjertesvikt i kommune- helsetjenesten.</p>	<p>Retrospektiv deskriptiv.</p>	<p>Funnene avdekket feil i dokumentasjonen av vurdering og tiltak, samt dårlig etterlevelse av gjeldende internasjonale kliniske retningslinjer. Støttende retningslinjer nødvendig for optimal omsorg.</p>

<p>Physical assessment: A continuing need for clarification.</p>	<p>Fennessey, A, & Wittman-Price, R. A. (2011). USA.</p>	<p>Å finne ut om de ferdighetene som blir lært til sykepleie-studenter er relevant for hva som blir brukt i praksis.</p>	<p>Oversikts-artikkel.</p>	<p>Systematisk klinisk undersøkelse og vurdering er en del av sykepleie-prosessens første trinn. Uklart hvilke ferdigheter som kan inkluderes i denne definisjonen. Relevant i forhold til beslutningstaking i sykepleie.</p>
<p>Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice.</p>	<p>Lesar, R. & Dixon, A. (2007). New Zealand.</p>	<p>Å finne ut hva som kan læres av erfaringene fra vestlige land som allerede har tatt i bruk fysiske vurderingsferdigheter i sykepleierens helsevurdering.</p>	<p>Oversikts-artikkel</p>	<p>Utviklingen av sykepleierollen vil gi helsetjenester som vil bedre helseutfall. SKUV er en viktig komponent i sykepleie. Holistisk tilnærming, og undervisning innenfor sykepleiefilosofi muliggjør mer omfattende helsevurdering.</p>

Forførende samhandlingsreform.	Opsahl, G., Solvoll B-A. Og Granum, V. (2012). Norge.	Å se samhandlingsreformen i forhold til sykepleierens profesjonskompetanse.	Dokumentanalytisk tilnærming.	SHR er mangelfull og utydelig på hvilken kompetanse helsetjenesten trenger.
Correlation between work experiences and physical assessment i Japan.	Yamauchi, T. (2001). Japan.	Å innhente grunnleggende data fra japanske sykepleiere om kunnskap, ferdigheter og holdning til fysisk vurdering.	Spørreundersøkelse.	Sykepleiere med mer erfaring var mer kunnskapsrik om nesten alle de fysiske vurderingsferdighetene. Japanske sykepleiere lærer de fysiske vurderingsferdighetene når de er på jobb.
Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a "sacred cow".	Zambas, S. I. (2010). New Zealand.	Tar opp spørsmålet om hvorfor noen sykepleiere ikke ser på systematisk klinisk vurdering som relevant, og hvorfor enkelte klager på at de ikke ser vurderingen bli brukt i praksis.	Litteraturstudie med et positivistisk og tolkende perspektiv.	Sykepleiere har et reelt behov til å forbedre kvaliteten og vurderingen av pasienter. Må øke kunnskapen og bruken av fysiske vurderingsferdigheter for å kunne forbedre pasientens utfall.