

Author's accepted manuscript (postprint)

"Det handler om å være i forkant" - Erfaringer med SKUV på sykehjem

Didriksen, Å. R., Nerdal, L. & Hov, J.

Published in: Klinisk Sygepleje

DOI: 10.18261/ks.36.1.3

Available online: 15 Mar 2022

Citation:

Didriksen, Å. R., Nerdal, L. & Hov, J. (2022). "Det handler om å være i forkant" - Erfaringer med SKUV på sykehjem. *Klinisk Sygepleje*, 36 (1), 18-32. doi: 10.18261/ks.36.1.3

This is an Accepted Manuscript of an article published by Universitetsforlaget in *Klinisk Sygepleje* on 15/03/2022, available online: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ks.36.1.3>

0) «Det handler om å være i forkant» – Erfaringer med SKUV på sykehjem

### 1) Abstract

**Background:** The geriatric patient in a nursing home often has a complex health situation. A standardized nurse observation protocol may be useful to assess alterations in the patient's condition.

**Aim:** The main purpose of the study was to explore the nurses' experiences of using Physical Examination and Health Assessment (PEAH).

**Method:** Ten nurses were interviewed. The data were analysed by using qualitative content analysis.

**Results:** By using PEAH, the nurses can predict a patient's deteriorating condition. The nurses' documentation and dialogue with the doctors were strengthened and helped to prevent unnecessary hospitalizations.

**Conclusion:** The nurses experienced that PEAH was useful because it made them prepared for and able to predict a worsening condition. Mapping tools alone will not be able to contribute to safer patient treatment but must be combined with a high level of knowledge about the aging process and atypical symptoms. PEAH has strengthened the nurses' assessment competence.

### 1) Keywords

clinical competence, nursing assessment, nursing home, observation protocol, physician-nurse relations

### 1) Introduksjon

Sykehjemmene spiller en stor rolle i eldreomsorgen, og den norske sykehjemsomsorgen er i endring. Beboere eller pasienter på sykehjem, heretter kalt pasienter, har en gjennomsnittsalder på 85 år, og sykdomsbildet preges av kroniske sykdommer og samsykdommer (komorbiditet) (1). Hele åtte av ti har demenssykdom (2). Etter samhandlingsreformen har pasienter på sykehjem mer alvorlige og behandlingskrevende sykdomstilstander enn tidligere. Behandlinger som tidligere bare var aktuelle å utføre på sykehusenes sengeposter, poliklinikker eller spesialavdelinger, kan nå i mange situasjoner utføres på sykehjem (3). Sykepleiernes oppgaver kan derfor sies å ha blitt mer krevende og sammensatte (4 – 5). Samtidig opplever sykepleierne i den kommunale helsetjenesten ofte at de er alene som sykepleiere med pasienter som har alvorlig svikt i fysiske kroppsfunksjoner (6).

Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn på sykehus i Norge kunne ha vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunene (7).

Unødvendige innleggelser knyttes blant annet til usikkerhet og uklarhet knyttet til vurdering av den skrøpelige sykehjemspasienten og kan være et resultat av manglende klinisk vurderingskompetanse (8). Svekket motorisk funksjon, svekket kognitiv funksjon og påføring av sykehusinfeksjoner er eksempler på hvilke uheldige konsekvenser sykehusinnleggelser kan ha for eldre mennesker (9 – 10).

Taylor viser til at den eldre pasienten som ofte har en langsom væremåte og et atypisk symptom-bilde, ikke passer inn på et akutt-mottak på sykehus, der det ofte kreves effektive, raske og nøyaktige vurderinger på grunn av

tidspress. På akuttmottaket ønsker en å få pasienten videre raskest mulig, og da kan det mest framtrædende problemet komme i fokus, mens det mer udefinerbare kan bli sett bort fra. Slik kan en alvorlig diagnose bli oversett, mens en mindre alvorlig, men synlig akutt syk pasient bli prioritert foran (11).

For helsetjenesten generelt mener en at cirka en tredjedel av unødvendige dødsfall har sammenheng med mangelfulle observasjoner og for sen oppdagelse av forverret tilstand, samt svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell. For kommunehelsetjenesten finnes ikke sikre tall, men også her skjer det uheldige hendelser (12). Bruk av kartleggingsverktøy vil bidra til en standardisering av observasjonene og en systematisk måte å kommunisere på (13). Bruk av slike verktøy er likevel ikke nok. Sykepleieren trenger kunnskap om eldre og deres reaksjon på sykdom (14). Mangler denne kunnskapen, vil en forverring av pasientens tilstand ikke bli fanget opp (15). Det viser seg for eksempel at 20–30 % av de geriatrike pasientene ikke har feber som symptom på infeksjon (16). Atypiske og uklare symptomer som redusert allmenntilstand, kraftløshet, fall, kvalme, inkontinens, eller endring i væremåte kan være eneste tegn på alvorlig sykdom (14). Atypiske eller vage symptomer samtidig med komplekse sykdomstilstander kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å se pasientens hovedproblemer (17).

Ulike tilstander er ofte lettere å behandle jo tidligere behandlingen kan starte og tidlig innsats vil kunne forhindre utvikling av sykdom og unødvendige innleggelse i sykehus (12, 18). I slike situasjoner er det viktig at sykepleierne gjør grundige observasjoner og har et godt samarbeid med ansvarlig lege.

Sykepleiere lykkes likevel ikke alltid med å formidle til legen om hvor alvorlig pasientens situasjon er (18), og det har vist seg at informasjonsutvekslingen mellom legen og omsorgspersonellet ofte er lite strukturert (17). Dette kan få alvorlige konsekvenser, i verste fall død (18).

SKUV (Systematisk Klinisk Undersøkelse og Vurdering) er en metode der en bruker fysisk undersøkelse – inspeksjon, auskultasjon, perkusjon og palpasjon for å kartlegge pasientens behov for sykepleie. Undersøkelsene gir objektive, kliniske funn som kan kommuniseres videre (19). Forskning viser at SKUV kan bidra til å styrke sykepleierens kliniske kompetanse (20) Sykepleieren starter med å intervju pasienten for å få fram pasientens helsemessige ressurser og problemer. Pasientens anamnese inneholder subjektive data og danner på denne måten en overgang til sykepleierens mer objektive datasamling gjennom den fysiske undersøkelsen. Her undersøkes pasientens ulike organsystemer og helsetilstand (21). Undersøkelser av vitale tegn (kroppstemperatur, puls, respirasjon, blodtrykk og oksygenmetning) inngår på et tidlig tidspunkt i SKUV. Disse parameterne er også kjent som MEWS (Modified Early Warning Score) (18). Undersøkelse av vitale parametere er viktig fordi de kan avdekke akutt eller alvorlig sykdom på et tidlig stadium. Både SKUV og MEWS vektlegger måling av vitale parametere, men SKUV skiller seg fra f.eks. MEWS ved å omfatte mer en vitale parametere og vektlegger alle organsystem. Slik vil den systematiske undersøkelsen supplere datasamlingen og komplettere bildet av pasienten (21). Hos den eldre

pasienten vil måling av vitale parametere ikke være tilstrekkelig når den helhetlige tilstanden skal vurderes (22).

Tabell 1: SKUV-skjema utviklet ved Nord universitet i 2012

De fleste kartleggingsverktøy er ikke tilpasset en spesiell aldersgruppe, men ISAR (Identification of Seniors At Risk) er tilpasset eldre og regnes å være første trinn i en totrinnsoppfølging med CGA (Comprehensive Geriatric Assessment). ISAR/CGA benyttes først og fremst i akuttavdelinger i sykehus (23).

Noen av sykepleierens viktigste oppgaver er å vurdere pasientens individuelle behov for sykepleie, vurdere aktuelle sykepleietiltak og samhandle med andre profesjoner. Allerede på 1860-tallet var Florence Nightingale opptatt av at gode observasjoner av pasientens kliniske tilstand er den viktigste praktiske kunnskapen sykepleiere kan gis (24). Hun uttalte videre at en må vite hva som skal observeres og hvordan, hvilke symptomer som betyr bedring, og hvilke som betyr forverring, og hva som er dårlig eller god sykepleie. Sykepleiernes evne til å foreta kliniske vurderinger er avgjørende i klinisk praksis og beskrives som en kjernekompetanse i sykepleie.

## 2)Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av sykepleiernes erfaringer med bruk av SKUV i deres daglige arbeid på sykehjem. Kunnskap om sykepleiernes erfaringer kan ha betydning for andre som ønsker å implementere SKUV.

Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har sykepleiere med å bruke SKUV i sitt daglige arbeid på sykehjem?

### 1)Metode

Vi hadde en hermeneutisk tilnærming til forskningsprosessen (25 – 26). Vi valgte videre et kvalitativt beskrivende design for å få fram sykepleiernes erfaringer og gjennomførte individuelle intervju med sykepleiere i sykehjem (26).

Forfatter 1 gjennomførte og transkriberte alle intervjuene ordrett. Alle forfatterne deltok i analysen og den videre prosessen.

### 2)Utvalg og gjennomføring av intervjuene

Forfatter 1 og 2 søkte informanter blant sykepleiere som hadde deltatt på dagskurs i SKUV. På kurset fikk deltakerne en teoretisk innføring etterfulgt av praktiske øvinger på hverandre med fokus på inspeksjon, auskultasjon, perkusjon og palpasjon samt vurdering og dokumentasjon av funn.

Sykepleierne arbeidet på sykehjemsavdelinger med pasienter som hadde sammensatte kroniske sykdommer.

Det var 30 sykepleiere som viste sin interesse for å delta i forskningsstudien.

Av disse ble 12 informanter vilkårlig trukket ut og kontaktet og 10 takket ja til å delta. Informantene kom fra seks ulike kommuner. Det var åtte kvinner og to menn. Alderen varierte fra 30 til 60 år. Antall år i yrket varierte fra 3 til 35 år. Erfaring med å jobbe som sykepleier på sykehjem varierte fra 2 til 32 år (Se tabell 2).

Tabell 2: Informanter

Intervjuene startet med at sykepleierne ble bedt om å fortelle om sine erfaringer med å bruke SKUV i sitt daglige arbeid. Fortellingene ble fulgt opp med spørsmål som: Kan du fortelle mer om dine opplevelser/erfaringer? Hva mener du med det du sa?

Det var få pauser, og informantene hadde mye å fortelle. Likevel opplevde vi at det ikke framkom vesentlig ny informasjon i de siste intervjuene. Vi opplevde at 10 informanter var tilstrekkelig for å få en dypere forståelse av ansattes erfaringer med bruk av SKUV i det daglige arbeidet, og at de siste intervjuene tilførte lite nytt, dvs. at materialet var mettet (26).

### 1)Analyse

Vi analyserte intervjuene ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman fordi metoden egner seg godt for å undersøke meningsinnhold i tekstmateriale (27). Intervjuene ble først lest i sin helhet av forfatterne før vi i fellesskap delte teksten inn i meningsbærende enheter. Deretter ble teksten kondensert uten at meningen i teksten forsvant, men slik at teksten ble tydeligere og lettere å forstå. Teksten ble så kondensert på nytt med en forsiktig fortolking. Stikkord som lå tett opp til deltakerutsagnene i de meningsbærende enhetene, ble markert i margin. Tekst og stikkord med lignende innhold ble gruppert sammen. Det ble analysert frem fire undertema, alle tilknyttet ett tema (jf. tabell 3).

Tabell 3: Eksemplifisering av analyseprosessen

### 2)Forskningsetiske hensyn



Sykepleierne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og gav skriftlig samtykke til å delta. De ble informert om at deltakelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. De ble også informert om at dataene ville bli anonymisert, og om at lydopptakene ville bli slettet etter transkriberingen. Forskningsprosjektet, 42935, ble meldt inn til og tilrådd av Norsk Senter for Forskningsdata, NSD.

## 2)Presentasjon av funn

Tema: Økt vurderingskompetanse kan forhindre unødvendige sykehusinnleggelser

Undertema:

- Flere og mer nøyaktige observasjoner
- Større faglig selvstendighet
- Bedre dokumentasjon gir bedre samhandling med lege
- Forhindrer unødvendige innleggelse i sykehus

## 2)Flere og mer nøyaktige observasjoner

De fleste forteller at innholdet i SKUV bestod av mange undersøkelser de kunne fra før. Det var likevel nytt å skulle bruke stetoskopet til å lytte på hjerte, lunger og abdomen, og det å palpere abdomen systematisk. Flere av sykepleierne peker på at de har fått et verktøy som gjør at de kjenner seg tryggere på hva de skal se etter, og hva de kan gjøre.

På kurset hadde deltakerne fått et laminert kort hvor de ulike observasjonene og undersøkelsene var strukturert under de ulike bokstavene A-B-C-D-E-E:

luftveier (airway), pusting (breathing), sirkulasjon (circulation), bevissthet og nevrologi (disability), utvendig (external) og til slutt annet (extras). Flere sykepleiere sier at dette kortet er meget nyttig ved gjennomføringen av SKUV. Sykepleierne er mer bevisste på hva som må kartlegges og dokumenteres. En sier: «Det er nyttig for dokumenteringen at vi følger SKUV-systemet og de punktene som vi der skal følge opp.» De forteller videre at det er til stor hjelp for å kunne sikre kvalitet og kontinuitet i dokumentasjonen.

Flere av sykepleierne forteller at det systematiske kartleggingsverktøyet hjalp dem med å løfte blikket og få en mer helhetlig oversikt over alle relevante parametere for å kunne gjøre observasjoner og vurderinger. En sykepleier forteller:

Når man er relativt nyutdannet, har man lett for å fokusere mest på det man skal gjøre. SKUV gjorde at jeg fikk løftet blikket og så at sykepleierens funksjon var mer enn mat, stell og medisin.

En annen sier: «Jeg bruker SKUV på pasientene for dokumentasjonens skyld.

Da er jeg sikker på at jeg får med meg alt.»

## 2) Større faglig selvstendighet

Sykepleierne forteller at de føler seg tryggere på sine egne kliniske vurderinger når de bruker kunnskap fra SKUV-kurset i pasientsituasjoner og i kommunikasjon med legene. De forteller videre om en arbeidsdag hvor de er mye alene som sykepleiere, og at de har mye selvstendig ansvar. Pasientene er ofte dårligere enn tidligere og blir tidligere utskrevet fra sykehuset. De forteller om pasienter med ukarakteristiske symptomer som forvirring og manglende feber ved infeksjonssykdommer. Før de ringer vakthavende lege,

må de selv danne seg et bilde av situasjonen ved å gjøre egne observasjoner og foreta egne vurderinger. En sykepleier forteller: «Jeg er blitt mye flinkere til å kjenne, til å bruke hendene på kroppen og tørre å kjenne».

En annen sykepleier forteller at den nye kunnskapen har gjort henne mer selvstendig: «Jeg kan selv finne ut eller gjøre meg opp en mening om hva som er problemet, og prøve å finne årsaken.»

## 2) Bedre dokumentasjon gir bedre samhandling med lege

Sykepleierne erfarer at dialogen med legen har blitt bedre, og at de er i stand til å oppdage forverringer/endringer på et tidligere tidspunkt. Dette er avgjørende når legen skal fatte beslutninger til pasientens beste. De har blitt mer bevisste på hva som må kartlegges og dokumenteres. Flere framhever i denne sammenhengen at det nye verktøyet er spesielt viktig i dialog med legen. En sykepleier sier:

Ved å ta i bruk undersøkelsene i SKUV vet man hva man skal si til legen. [...] Når jeg ringer legen for å få han eller henne til å se til pasienten, slik at tiltak kan settes i verk, må jeg argumentere for hvorfor jeg mener det er nødvendig.

Hun sier videre at på denne måten blir sykepleierne legens «øyne». Det er ofte sykepleierne som «ser» pasientene på vegne av legen og må rapportere tilbake det de observerer:

Det er jo litt med at når du ringer legen og vil ha han på tilsyn, eller du vil ha satt i gang tiltak der man må argumentere hvorfor og hjelpe legen å se hva det dreier seg om. Vi er jo øynene hans.

## 2) Kan forhindre unødvendige innleggelser i sykehus

Noen sykepleiere forteller at den nye kunnskapen kan bidra til at en klarer å fange opp endringer i pasientens tilstand tidligere:

Og da må du tenke utenfor det rent rutinemessige, trivielle, selvsagte; at du har et eget ansvar for å ivareta pasienten, og kanskje fange opp ting så tidlig som mulig når tingene ikke er slik de skal være, og følge opp det.

Det er mine «øyne» og mine undersøkelser som avgjør om pasienten kan få behandling på sykehjemmet, slik at de unngår innleggelser på sykehus.

Flere av sykepleierne forteller at gode og nøyaktige undersøkelser og observasjoner på sykehjemmet så tidlig som mulig er avgjørende for legens videre vurderinger. Sykepleierens systematiske undersøkelser og vurderinger kan i slike situasjoner gjøre at behandling iverksettes tidligere, og slik at unødvendige sykehusinnleggelser kan unngås.

## 1) Styrker og svakheter ved studien

Vi ser det som **en styrke** at alle tre forfattere har deltatt aktivt i hele analyse- og skriveprosessen. Forfatterne har vært bevisste på at egen forforståelse kan påvirke intervju- og analyseprosessen og har gjennomført alle deler av forskningsprosessen på en samvittighetsfull, transparent og refleksiv måte. Vi hadde særlig oppmerksomhet rettet mot at intervjuer har vært instruktør på SKUV-kurs. Vi var derfor nøye med at studien ikke skulle handle om kursene, men om sykepleiernes erfaringer fra deres arbeidshverdag i sykehjem.

Informantene var gjennomgående svært positive til bruk av SKUV i sykehjemsavdeling og en kan spørre om det kan være at de som eventuelt

ikke har vært så positive ikke har meldt sin interesse for å delta i studien? I tillegg ser vi at flere oppfølgingsspørsmål om hvorvidt SKUV var tatt i bruk av alle sykepleierne i avdelingen og om eventuelle hindringer ved implementering av SKUV, kunne ha styrket studiens validitet ytterligere. Samtidig ses det som en styrke at informantene representerte flere ulike avdelinger og kommuner. De virket også å fortelle fritt og upåvirket og gav utfyllende beskrivelser av sine erfaringer slik at vi opplevde metning av datamaterialet.

#### 1) Diskusjon av funn

Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av sykepleiernes erfaringer med bruk av SKUV i deres daglige arbeid på sykehjem. Vi vil videre diskutere sykepleierens økte vurderingskompetanse og betydningen for å forebygge sykdomsutvikling og unødvendige innleggelser på sykehus.

Behovet for grundigere observasjoner når pasientene blir innlagt, ved forverring av tilstanden eller når sykepleierne merker at noe ikke er som det skal være, ble understreket av informantene og underbygges i andre studier (11, 13 – 14). Sykepleiere i vår undersøkelse fortalte om hvordan de kunne oppleve en subjektiv og uro og bekymring som kan være vanskelig å sette ord på. Da kunne utføring av SKUV være til hjelp for å avklare situasjonen. De opplevde at de ved å bruke SKUV hadde fått et nytt verktøy for å gjøre både flere og mer nøyaktige observasjoner, noe som synes nødvendig i en hverdag hvor sykepleiernes oppgaver stadig synes å bli mer krevende og sammensatte (4 –5).

Sykepleier kan ofte være alene på vakt på sin post eller avdeling, slik at de ikke har andre sykepleiere å diskutere faglige problemstillinger med. Dette kan oppleves som ekstra krevende når vanskelige vurderinger må gjøres. Ofte må de konferere med en lege som kanskje ikke kan komme før om noen timer. Da må de i stor grad stole på sine egne vurderinger og ta foreløpige avgjørelser i påvente av legetilsyn (6). Sykepleierne hadde erfart hvordan det systematiske kartleggingsverktøyet kan være til hjelp når sykepleieren skal bestemme seg for å kontakte lege eller å sette i verk andre tiltak basert på egen kunnskap og vurderingskompetanse. Dette er viktig og støttes av tidligere studier, som peker på at oppgavene til sykepleiere på sykehjem har blitt mer krevende og sammensatte når det gjelder både pleie og observasjoner (1, 4 – 5). Blant annet fortalte en av sykepleierne om hvordan hun var legens «øyne», og hvordan mer detaljerte observasjoner hjalp henne å argumentere for nødvendig legetilsyn. Studier viser at sykepleiere i for stor grad avventer med å orientere om tegn på klinisk forverring hos pasienten (17 – 18). En slik vurdering fra sykepleierens side kan mange ganger være faglig forsvarlig og helt på sin plass, men ikke alltid. Våre funn viser at identifikasjon av tidlige forverringer ved bruk av SKUV, kan hjelpe sykepleieren i vurderingen av pasientens tilstand og i å videreformidle tidlige tegn og symptomer slik at adekvate tiltak kan settes i verk på et tidlig tidspunkt enn før.

Sykepleierne opplevde også økt anerkjennelse hos legene fordi de avdekket viktige observasjoner gjennom egne undersøkelser og fordi dokumentasjonen ble mer tydelig og presis, noe en også ser i andre studier (17 – 18, 29).

Kommunikasjon og godt samarbeid mellom sykepleier og lege er ofte avgjørende i behandling av pasienter. Samtidig beskrives denne kommunikasjonen som et av de svakeste leddene i forebygging av akutt og kritisk sykdom. (9, 12).

Ikke minst viser resultat fra studien at systematikken i undersøkelsene i SKUV kan være til god hjelp for de litt uerfarne eller usikre sykepleierne, ved at de f.eks. kan ta med seg et kort som fungerer som en huskeliste for hva de skal gjøre og se etter. Det beskrives som en hjelp til å «løfte blikket» og sikre helhet og kontinuitet i dokumentasjonen. Samtidig må en være oppmerksom slik at ikke standardiserte opplegg blir en 'sovepute' slik at en bare ser pasienten med et 'registrerende øye' (28). Da kan observasjoner og registreringer bli det hele og gå utover sykepleierens tilstedeværelse og oppmerksomhet på hva som oppleves som viktig for pasienten, men som kan være vanskeligere å måle eller dokumentere, slik som pasientens sårbarhet (30).

Det er spesielt interessant at resultatene tydelig peker på en sammenheng mellom opplæring i bruk av SKUV og muligheten til å redusere antall sykehusinnleggelser fordi pasientene mange ganger vil få best behandling i sykehjem hvis bare endringer/forverringer av tilstanden blir oppdaget tidlig nok (jf. 11, 18). Dette er i og for seg ikke overraskende. Det interessante ligger snarere i at sykepleierne selv forteller at det systematiske kartleggingsverktøyet er en styrke i det daglige kliniske vurderingsarbeidet og at de kjenner seg tryggere i sin rolle. Lignende funn ble gjort av Steinsheim

(29). Samtidig kan motstand mot endringer være til hinder ved innføring av et slikt kartleggingsverktøy. Dersom innføring av verktøyet oppleves å ha innvirkning på organiseringen av den daglige omsorgen og kan komme i konflikt med den etablerte avdelingskulturen, kan det by på særlige utfordringer (13). Videre vet vi at sykepleiere ofte står i et krysspress knyttet til krav om å være effektiv, benytte de riktige standarder og dokumentasjonskrav samtidig som de står overfor enkeltmennesker og skal være lyttende til hva den enkelte uttrykker situasjoner som ofte er sårbare (30). Slik kan innføring standardiserte verktøy bidra til å øke gapet mellom det sykepleieren ser burde gjøres og det sykepleier faktisk klarer å få gjort. For sykepleiere er det viktig at de nye oppgavene ikke forrykker sykepleiens holistiske fokus på pasientene og deres situasjon (19). Vi mener derfor at bruk av SKUV, forstått som en dyktiggjøring i å gjøre gode observasjoner og dokumentere på en systematisk måte, først og fremst må sees som et hjelpemiddel som sykepleier kan benytte i sitt kontinuerlige arbeid for å gi omsorgsfull behandling og pleie. Avklaringer om hvorfor og hvordan et slikt hjelpemiddel skal tas i bruk krever en bevissthet hos den enkelte pleier og ikke minst hos ledelsen. Sykepleiere på sykehjem har flere viktige funksjoner utover observasjoner og å assistere lege. Den daglige omsorg og pleie handler ikke minst om å se og hjelpe den enkelte med å opprettholde livsmot, håp og en meningsfull hverdag. Bruk av SKUV alene vil derfor ikke gi noen garanti for bedre pasientomsorg, men kan være et viktig supplerende hjelpemiddel.

#### 1)Konklusjon



Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes erfaringer med å bruke SKUV i sitt daglige arbeid på sykehjem. Sykepleiernes erfaringer er at kartleggingsverktøyet SKUV er av betydning for at både sykepleiere og leger i større grad klarer å være i forkant av endringer i pasientens tilstand.

Sykepleierne gjør flere og mer nøyaktige observasjoner som dokumenteres bedre. De kjenner seg tryggere på sine egne kliniske vurderinger. Økt vurderingskompetanse og bedre dokumentasjon har styrket samarbeidet med legen og økt muligheten for at endringer i pasientens tilstand blir oppdaget tidligere. Slik blir pasienten kanskje ikke så syk som han/hun ellers kunne ha blitt. Den økte vurderingskompetansen kan dermed bidra til å unngå unødvendige sykehusinnleggelser. Sykepleierne må i tillegg til å kunne bruke SKUV ha gode kunnskaper om aldringsprosessen og atypiske symptomer.

#### 1) Implikasjoner for praksis og videre forskning

Økt klinisk vurderingskompetanse hos sykepleiere ved bruk av SKUV kan bidra til bedre pasientomsorg og behandling på sykehjem. Et nyttig tiltak kan være å gi tilbud om kurs til de som ikke har fått opplæring i bruk av kartleggingsverktøy om SKUV i sin grunnutdanning. Det vil videre være viktig å klargjøre hvordan bruken av slikt verktøy kan implementeres, slik at det oppleves som et nyttig hjelpemiddel for bedre pasientomsorg.

Denne empirien kan danne utgangspunkt for områder en bør forske videre på.

Et område kan være å undersøke om bruk av systematiske kartleggingsverktøy på sykehjem faktisk reduserer unødvendige sykehusinnleggelser? Et annet område kan være å undersøke hvordan økt

bruk av SKUV eventuelt påvirker sykepleierrollen og hvordan sykepleiere prioriterer.

Takk til informantene som har deltatt og gjort studien mulig.

#### 1)Referanser

1. Grimsmo A. Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2018; (02):102 – 6. DOI:

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-03>

2. Røen I, Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K, Testad I, Bergh S. Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC - NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. BMC Health Serv Res. 2017; 17(1):365.

<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x>

3. Bruvik F, Drageset J, Abrahamsen JF. From hospitals to nursing homes – the consequences of the Care Coordination Reform. Sykepleien.no. 2015.

Updated 26.05.2021. Available from:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-62540.pdf>

4. Sletner A, Halvorsrud L. Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelse tjenesten og betydningen for jobbtilfredshet. Sykepleien Forskning. 2020; 15. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80410>

5. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsrefomens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Rapport nr. 362. Telemarksforskning; 2015.

6. Svendsen SJ, Landmark BT, Grov EK. Dying patients in nursing homes: nurses provide "more of everything" and are left to deal with everything on their own". *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*. 2017.
7. Meld. St. 16 (2011 – 2015). Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011 – 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
8. Ågotnes G. *The Institutional Practice: On nursing homes and hospitalizations*: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
9. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003; 51(4):451 – 8. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51152.x>
10. Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJPA, Carson SS, Curtis JR, et al. Association Between Acute Care and Critical Illness Hospitalization and Cognitive Function in Older Adults. *JAMA*. 2010; 303(8):763 – 70. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.167>
11. Taylor BJ, Rush KL, Robinson CA. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography. *International Emergency Nursing*. 2015; 23(2):185 –9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.11.003>
12. Helsedirektoratet (2020). Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert

30. april 2020, lest 18. juni 2021). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

13. Melby AKI. Bruk av kliniske observasjoner (MEWS) til å styrke pasientsikkerheten i somatiske sengeposter. Mastergrad i organisasjon og ledelse. Høgskolen i Østfold. 2012. Available from:

<http://hdl.handle.net/11250/148156>

14. Wester AL, Dunlop O, Melby KK, Dahle UR, Wyller TB. Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteremia. BMC Infect Dis. 2013; 13:346. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-346>

15. De Meester K, Das T, Hellemans K, Verbrugghe W, Jorens PG, Verpooten GA, et al. Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge. Resuscitation. 2012; 84(2):184 – 8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.06.017>

16. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal; 2020.

17. Subbe CP, Welch JR. Failure to rescue: using rapid response systems to improve care of the deteriorating patient in hospital. Clinical Risk. 2013; 19(1):6 – 11. DOI: <https://doi.org/10.1177/1356262213486451>

18. Kyriacos U, Jelsma J, Jordan S. Monitoring vital signs using early warning scoring systems: a review of the literature: Monitoring vital signs - early warning scoring systems. Journal of nursing management. 2011; 19(3):311 – 30. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01246.x>

19. Breivik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? Sykepleien forskning (Oslo). 2013(4):324.
20. Raleigh M, Allan H. A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. J Clin Nurs. 2016;26(13-14):2025-35.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13613>
21. Jarvis C, Eckhardt A. Pocket companion for physical examination & health assessment. 8th ed. St. Louis, Mo: Elsevier; 2020.
22. Gulbrandsen T, Stubberud D-G, Toverud KC. Intensivsykepleie. 4. utgave. ed. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2020.
23. McCusker J, Dendukuri N, Tousignant P, Verdon J, Poulin de Courval L, Belzile E. Rapid Two-stage Emergency Department Intervention for Seniors: Impact on Continuity of Care. Academic emergency medicine. 2003;10(3):233-43. DOI:<https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.233>
24. Nightingale F, Elstad I, Larsen FB. Håndbok i sykepleie: Hva det er og hva det ikke er. Oslo: Gyldendal; 1984.
25. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
26. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2011.
27. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24(2):105 – 12. DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

28. Martinsen K. Øyet og kallet. Bergen: Fagbokforl.; 2000.
29. Steinsheim G, Malmedal W. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2020; 6(2):10 – 22. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-02>
30. Martinsen K. Langsomme pulsslag. 1. utgave. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.

Tabell 1: SKUV-skjema utviklet ved Nord universitet 2012 (Innhold I laminert plastkort)

Vitale tegn	Temperatur		Puls		Respirasjon		BT	
A/B: Respirasjon			<b>C: Sirkulasjon</b>		<b>D: Nevro</b>			
Inspeksjon:			Inspeksjon:		Inspeksjon:			
Frekvens			Hudfarge		Orientert: tid, sted, person			
Reg/ureg			Vena		GCS			
SpO2			Jugularis					
Inspeksjon	JA	NEI	Sekunder		Pupiller:			
			Kapillær fylling		Størrelse 1-8			
Symmetri			<b>Palpasjon</b>					
Hjelpemuskulatur			Puls (0,+1,+2,+3)				JA	NEI
Surkling					Like			
Ekspektorat			a.radialis		Reagerer på lys			
Hoste			a.carotis		Symmetriske			
Auskultasjon	JA	NEI	dorsalis pedis		<b>Motorisk funksjon:</b>  Symmetriske			
lungelyder			Perifere ødem					
Normal resp.lyd			<b>Auskultasjon S1 og S2 hjertelyd</b>		JA	NEI	JA	NEI
Redusert					Håndgrep			
					Føtter			
Manglende			Regelmessig		Ansikt			
Pipelyder			Ekstra hjertelyder		Balanse			
Knatrelyder					Smerteskala 0-10			

E: Abdomen			Øre, nese, munn, svelg			Hud		
Inspeksjon:	JA	NEI	Inspeksjon nese	JA	NEI	Inspeksjon	JA	NEI
Hudforandringer			Skorper			Unormale føflekker		
Arr			Sårhet			Pigmentering i huden		
Oppblåst			Fremmedlegemer			Negler, fasong og farge:		
Tegn på smerter			Inspeksjon			Normal		
Auskultasjon:			Lepper/munn/svelg			Tørr/klam		

Tarmlyder		Farge		Sår/skader/arr		
Tilstede		Sår, sprekker, belegg		Blåmerker		
Hypo/hyper				Utslett		
Ikke til stede		Tørr/fuktig slimhinne		Sekret, lukt, farge og mengde		
Avverging		Tannstatus		Palpasjon	JA	NEI
Palpasjon:		Blødende tannkjøtt		Stående hudfold		
Myk, fast, hard		Svelgfunksjon/hes		Temperaturforandringer		
Ømhet		Tegn på smerte				
Slippømhet?		Lukt				
Avverging		Inspeksjon øre				
		Ørevoks				



Tabell 2: Informanter

<b>Informanter</b>	<b>Alder</b>	<b>År i arbeid som sykepleier</b>	<b>År på: Sykehjem</b>
10	30 – 60 (43)	3 – 35 (13)	2 – 32 (9)
Gjennomsnittstall i parentes.			

Tabell 2: Eksemplifisering av analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kondensert meningsenhet m/ fortolkning	Undertema	Tema
«Tidligere hadde jeg mer fokus på det jeg skulle 'gjøre', men nå er det mer 'naturlig' å bruke SKUV-kortet som jeg har med meg i møtet med pasienten for å innhente informasjon om dem» (1)	SKUV-kortet er lett tilgjengelig og brukes daglig for å samle data	Bruker det nye verktøyet i det daglige	Flere og mer nøyaktige observasjoner	Økt vurderingskompetanse kan forhindre unødvendige sykehusinnleggelseser
«Ja, det er dette at en følger en oppskrift slik at en ikke utelukker noe fordi en f.eks. har fått en bakgrunnsopplysning som gjør at en ikke ser hele pasienten». (3)	Systematikken i SKUV gjør at en ikke så lett overser viktige observasjoner for å se hele pasienten	Større bevissthet om på hva som må kartlegges og dokumenteres	Flere og mer nøyaktige observasjoner	
«Det er veldig aktuelt å bruke stetoskopet ved både forstoppelse og pneumoni i sykehjem» (6)	Sykepleier bruke stetoskopet til observasjoner og samling av data	Stetoskopet brukes i større grad	Større faglig selvstendighet	
«Nå gjør jeg meg opp en mening om resultatene av undersøkelsene, f.eks. CRP og urinstix, før jeg sender de (resultatene) videre til legen» (6)	Bruker SKUV i som en naturlig del i det daglige	Gjør flere og mer selvstendige vurderinger	større faglig selvstendighet	
«Vi er legens øyne. De (legene) er jo her så sjelden. Det er vi som kan se når ting forandrer seg. ... Legen må stole på det sykepleier sier og observerer» (5)	Det er viktig at legen kan stole på sykepleiers observasjoner og dokumentasjon	SKUV er et godt utgangspunkt for samarbeid med lege	Bedre dokumentasjon gir bedre samhandling med lege	
«Det er ikke nok å skrive at en pasient har vondt i magen. Vi må dokumentere hvor på magen» (2)	Nøyaktig dokumentasjon er avgjørende	Et godt verktøy for systematisk dokumentasjon	Bedre dokumentasjon gir bedre samhandling med lege	
«Det er mine 'øyne' og mine undersøkelser som avgjør om pasienten kan få behandling på sykehjemmet slik at de unngår innleggelse i sykehus» (5)	Sykepleiers observasjoner er avgjørende for å unngå unødvendige sykehusinnleggelse	Sykepleiers observasjoner er avgjørende for videre behandling	Kan hindre unødvendige innleggelse i sykehus	
«Skulle ha brukt SKUV oftere, brukt mer tid for å oppdage ting tidligere – kunne forebygd sykehusinnleggelse» (6)	Kan oppdage ting tidligere hvis mer bruk av SKUV i det daglige	Mer bruk av SKUV er avgjørende i et forebyggende perspektiv	Kan hindre unødvendige innleggelse i sykehus	

