

Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie?

Forfattere

Solveig Breivik
Universitetslektor

Anita Tymi
Universitetslektor

Litteraturstudie

Observasjon

Pasient

Undersøkelse

Systematisk oversikt

Sykepleien Forskning 2013 8(4)(324–332)
DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0132>

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har medført kompetanseutfordringer i helsetjenesten. For å styrke den kliniske kompetansen har sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland innført systematiske kliniske undersøkelser og vurderinger (SKUV) som del av ferdighetstreningen.

Hensikt: Undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver systematiske kliniske undersøkelser og hvilke implikasjoner det har for sykepleiefunksjon og sykepleieutdanning.

Metode: Litteraturstudie. Søkene ble gjort i august 2012 i følgende databaser: Swemed+, Medline, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Scopus og Science Direct.

Hovedresultat: Kliniske undersøkelser innebærer bruk av inspeksjon, perkusjon, palpasjon og auskultasjon. Det er en del av datasamlingen og har betydning for beslutningstaking i sykepleie. Utdanninger som har implementert systematiske kliniske undersøkelser underviser i mer enn hva som benyttes i praksis. Vektleggingen er ofte medisinsk. Undervisningen må knyttes opp mot sykepleiefaget. Innholdet i fagplaner må vurderes ut fra praksisrelevans. Sykepleiere oppgir behov for økt kompetanse grunnet endringer i helsetjenesten og gode rollemodeller i praksis.

Konklusjon: Forskningslitteraturen beskriver SKUV som en del av den totale datasamlingen i sykepleien. Implementering av SKUV kan bidra til oppøving av klinisk vurderingsevne og bedre beslutningsprosessen. Forskning fra land som har innført SKUV viser et gap mellom hvilke undersøkelser det undervises i ved sykepleierutdanningene og hva som benyttes i sykepleiepraksis.

Innledning

Ifølge Samhandlingsreformen (1) skal det skje en oppgavefordeling hvor flere pasienter skal motta pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten. Endringene medfører at pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehus. Sammen med høyere levealder, flere med sammensatte lidelser og økende andel kroniske syke medfører dette blant annet kompetanseutfordringer i kommunehelsetjenesten. I sykehusene blir pasientoppholdene kortere, og krever mer intensiv pleie og behandling. Opsahl et al. (2) sier at dersom Samhandlingsreformen skal gjennomføres etter intensjonen, må blant annet den sykepleie- og medisinskfaglige delen i sykepleieutdanningen styrkes. Lerdal (3) sier at sykepleiere må utvikle sin rolle som avanserte klinikere i et moderne og spesialisert helsevesen.

I land som USA, Canada, Australia og New Zealand har det i flere år vært utdannet sykepleiere som undersøker og vurderer pasienter systematisk. Systematiske, kliniske undersøkelser er definert som bruken av klassiske ferdigheter som inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon (4). Den systematiske kliniske undersøkelsen er en liten del av den komplette datasamlingen, hvor både subjektiv og objektiv informasjon om pasientens helsetilstand inngår. Subjektive data framkommer i samtale med pasienten, mens objektive data framkommer gjennom fysiske undersøkelser (5).

Å samle data om pasienten er sentralt i sykepleie. De fysiske undersøkelsene har ikke alltid vært like systematisk utført. I Norge har sykepleietjenesten ikke hatt tradisjon for eksempelvis å lytte på lunger og hjerte. Sykepleierutdanningen ved Universitetet i Nordland har innført systematisk klinisk undersøkelse og vurdering (vi har valgt forkortelsen SKUV) som en del av ferdighetstreningen. Vi ønsker å styrke den kliniske kompetansen, slik at studentene blir bedre rustet til å vurdere pasientene. Hensikten med studien er å finne forskningslitteratur som tar for seg temaet systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie for å undersøke hvordan dette emnet beskrives, samt å undersøke hvilke implikasjoner implementering av SKUV har for sykepleiefunksjonen og sykepleieutdanningen.

Metode

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasene Swemed+, Medline, Scopus, Science Direct og Proquest Nursing & Allied Health Source i august 2012. Søkeordene var physical assessment, nursing assessment og physical examination kombinert med nurs*. Vi kombinerte søkeordene med and/or i de ulike databasene (se tabell 1). Referanselistene i inkluderte studier ble gjennomgått for å se etter relevante studier.

TABELL 1: Viser kombinasjoner av søkeord i ulike søkebaser, antall treff og inkludering/ekskludering

Søkebase	søkeord	Antall treff	Potensielt relevante, lest i fulltekst	Ekskludert på grunn av duplikat	Ekskludert	Inkludert
Medline Ovid	Physical examination and physical assessment and nurs*	46	14		6	8
Scopus	Nursing assessment and physical examination and nurs*	255	15	5	9	1
Science Direct	Physical examination or physical assessment and nurs*	63	3	1	1	1
Proquest Nursing & Allied Health Source	Physical examination and nursing assessment	18	1	1	0	0
Swemed+	Nursing assessment AND nurs*	232	0	0	232	0
Referanselister			3		2	1
Totalt		614	36	7	250	11

Begge forfatterne vurderte identifiserte referanser. Første seleksjon baserte seg på tittel og sammendrag. Inklusjonskriteriene var:

- tittel/sammendrag inneholder ett eller flere av søkeordene
- omhandler kliniske undersøkelser
- er relevant for bachelorstudiet i sykepleie og/eller sykepleiefunksjonen
- er engelskspråklig eller skandinavisk
- artiklene er publisert mellom 2000–2012.

Spørreundersøkelser er mye benyttet i studier knyttet til «physical assessment» og vi valgte studier med dette designet. I tillegg søkte vi etter systematiske oversiktsartikler.

Ekskluderingskriterier:

- avanserte, kliniske undersøkelser som ikke er knyttet til bachelorutdanning
- undersøkelser ved bestemte sykdommer
- manglende beskrivelse av studiedesign og metode

Andre seleksjon baserte seg på at begge forfatterne leste potensielt relevante artikler i fulltekst. Her gjorde vi en vurdering av gjennomføringen av studiene, hvor det ble sett på relevans, studiedesign, utvalg, svarprosent og hvorvidt spørreskjema var vurdert med tanke på validitet og reliabilitet (se tabell 2). Ikke alle artiklene beskriver metoden tilstrekkelig, og det er en svakhet ved vår studie at vi likevel har tatt dem med. Vi hadde et høyt antall treff på artikler som var potensielt relevante. Mange av disse hadde ikke beskrevet metode og ble derfor ekskludert. I vurdering av oversiktsartiklene så vi på relevans i forhold til vårt forskningsspørsmål. Vi vurderte også hvilke databaser og søkeord som var benyttet. I tillegg så vi på metodisk kvalitet og hvordan søkene var utført.

TABELL 2: Kvalitetsvurdering og karakteristikk av inkluderte studier (alfabetisk ordnet)

Forfatter, årstall publikasjon, referansennummer, nasjonalitet	Hensikt	Studiedesign	Utvalg og svarprosent
Anderson M, Skillen DL, Knight, CL 2001 Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessments Skills. Referanse nr. 7 Canada	Beskrive læringsbehov for klinisk vurdering, fasiliteter, barrierer og støtte for å bedre bruken av ferdighetene.	Deskriptiv tverrsnittsstudie. Spørreskjema utviklet av forskerne. 31 spørsmål til sykepleiere og 19 til ledere. Åpne spørsmål i tillegg til spørreskjemaet.	150 sykepleiere og 39 sykepleieleidere. Av 21 institusjoner i regionen deltar 19 institusjoner. Svarprosent: 73 %.
Birks M et al 2012 The use of physical assessment skills by registrated nurses in Australia: issues for nursing education Referanse nr. 8 Australia	Å undersøke bruken av fysiske, kliniske undersøkelser i sykeleiepraksis.	Tverrsnittsstudie. Spørreskjema med 121 kvantitative spørsmål. Skjema utviklet av Giddens, men modifisert til australske forhold.	1518 skjema ble returnert til forskerne. 1220 ble inkludert. Kjenner ikke antall i hele populasjonen, Svarprosent kan ikke oppgis.
Fennessey A, Wittmann-Price RA 2011 Physical assessment: A Continuing Need for Clarification Referanse nr. 14 USA	Utforske kunnskapsstatus og relevans av fysiske undersøkelser i sykeleiepraksis.	Oversiktsartikkel.	76 artikler identifisert, 28 inkludert.
Giddens J 2005 Comparing the Frequency of Physical Examination techniques Performed by Associate and Baccataureate Degree Prepared Nurses in clinical Practice: Does Education Make a Difference? Referanse nr. 9 USA	Undersøke om det eksisterer forskjeller mellom «associated nurses» og sykepleiere med bachelorgraden i bruken av fysiske undersøkelser.	Tverrsnittsstudie. Spørreskjema med 124 spørsmål innenfor 15 ferdighetsområder.	96 sykepleiere. En gruppe (n = 48) med sykepleiere med bachelorutdanning og en gruppe (n = 48) med associate degree nurses. Utvalget tatt fra en gruppe med 193 sykepleiere. Svarprosent ikke oppgitt.
Giddens J 2007 A Survey of Physical assessment Techniques performed by RNs: Lessons for Nursing Education Referanse nr. 10 USA	Identifisere hvilke undersøkelsesferdigheter sykepleiere har, og hvilken kompetanse som er nødvendig i sykeleierutdanningen.	Deskriptiv tverrsnittsstudie med bruk av spørreskjema. 126 spørsmål.	250 sykepleiere ble tilfeldig utvalgt fra ulike sykehus. 193 sykepleiere besvarte spørreskjema. Svarprosent: 77 %.
Giddens JF, and Eddy L. 2009 A Survey of Physical Examination Skills Taught in Undergraduate nursing programs: Are We Teaching Too Much? Referanse nr. 11 USA	Undersøke hva som er innholdet i emnet SKUV ved ulike sykeleierutdanninger i USA.	Deskriptiv tverrsnittsstudie. Spørreskjema utviklet av forskerne. 122 ferdigheter ble undersøkt.	Spørreskjema sendt til et tilfeldig utvalg på 468 deltakere hvorav 198 sykepleiere besvarte. Svarprosent: 42 %.
Lesar R og Dixon A 2007 Physical assessment: Implications for nurse educators and nursing practice Referanse nr. 15 New Zealand	Undersøke erfaringer fra vestlige land som har innført kliniske undersøkelser i sykeleierens datasamling.	Oversiktsartikkel. Bygger på survey [19] og kvalitative undersøkelser [2].	34 artikler ble identifisert, 21 artikler ble inkludert. Antall deltakere i de ulike studiene er ikke oppgitt.
Schroyen B, Georg N, Hylton J et Scobie N. 2005 Encouraging nurses' Physical assessment skills Referanse nr. 4 New Zealand	Avdekke hvorfor sykepleiere ikke bruker omfattende kliniske undersøkelser i praksis.	Pilotstudie. Tverrsnittsstudie. Spørreskjema.	Fra et utvalg på 60 sykepleiere besvarte 33 sykepleiere. Svarprosent: 52 %.
Secrest, JA, Norwood ED og DuMont PM 2005 Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. Referanse nr. 12 USA	Undersøke hva som blir undervist om av ferdigheter knyttet til systematiske kliniske undersøkelser i sykeleieutdanning og hva som blir brukt i praksis.	Eksplorativ, deskriptiv spørreundersøkelse. Spørsmål om 120 ferdigheter Spørreskjema utviklet av forsker.	Sykeleielærere (n = 12) fra syv ulike stater i USA og sykepleiere fra sykehus og kommunehelsetjeneste (n = 51) Svarprosent ikke oppgitt.
Skillen L, Anderson M, Knight CL 2001 The Created Environment for Physical assessment by Case managers Referanse nr. 6 Canada	Beskrive opplevd læringsbehov for undersøkelsesferdigheter, og forklare faktorer som influerer på bruken av SKUV i praksis.	Spørreundersøkelse. To spørreskjema med både kvantitative og kvalitative data. Åpne spørsmål knyttet til hva som influerer på sykepleiernes bruk av kliniske undersøkelsesferdigheter, sett både fra ledernes og sykepleiernes side.	150 sykepleiere + 39 sykepleieleidere. Totalt 189 deltakere. Deltakerne kommer fra 19 helseinstitusjoner i en av 17 helseregioner i Canada. Svarprosent: 73 %.
Yamauchi, T 2001 Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. Referanse nr. 13 Japan	Få kunnskap om japanske sykepleieres kunnskaper, ferdigheter og holdninger til SKUV.	Spørreundersøkelse. Selvutviklet spørreskjema. 28 kliniske ferdigheter ble undersøkt.	Av et utvalg på 357 besvarte 349 sykepleiere. Alle deltakerne er fra samme sykehus og spørreskjema ble sendt til alle sykepleierne på sykehuset. Svarprosent: 97,5 %.

Vurdering av validitet og reliabilitet	Konklusjon
Validitet og reliabilitet testet ved bruk av ekspertgruppe og gjennom en pilotstudie.	Nåværende ferdigheter inadekvate for å møte framtidens pleie- og omsorgsbehov.
Spørreskjema testet av et panel bestående av seks universitetslærere.	Det blir undervist i flere undersøkelsesferdigheter enn det som brukes i praksis. Bruk av undersøkelser er kontekstavhengig. Barrierer for bruk er uklarhet i rolleansvar og tidspress. Distriktsykepleiere brukte flest av ferdighetene.
Kvalitet av primærartikler er vurdert, men ikke hvordan det er utført. Forfatterne påpeker at manglende felles målemetoder for kliniske ferdigheter gjør vurdering av validitet og reliabilitet vanskelig.	Varierte betegnelser og forståelse om hva fysiske kliniske undersøkelser er. Enighet om at SKUV er en del av sykepleieprosessens første trinn. I sykepleie; vurderer det normale og gjenkjenne når noe er unormalt. Utførelse av systematiske kliniske undersøkelser krever psykomotorisk, perseptuell og kognitiv kompetanse. Må ha en holistisk tilnærming. Innholdet i kursene ofte medisinsk rettet. Relevans i forhold til beslutningstaking i sykepleie.
Validitet testet ved gjennomgang av to lærebøker. Reliabilitet av spørreskjema ikke testet.	Det var ingen klare forskjeller i bruken av SKUV blant de to gruppene av sykepleiere.
Validitet testet ved å se på to lærebøker og en ekspertgruppe. Reliabilitet ikke testet.	Av 126 ferdigheter ble 30 ferdigheter identifisert som kjerneferdigheter. Inspeksjon og generell observasjon mest benyttet. Må evaluere innhold i utdanningen, og bør fjerne undersøkelser som ikke er relevant for praksis.
Validitet testet gjennom å se på to lærebøker. Reliabilitet testet (re- og retest) av læresteder som underviser i «physical assessment». Ved dataanalysen viste det seg at skjemaene ikke var tilstrekkelig testet for validitet og reliabilitet.	Udiskutabelt at SKUV er en del av sykepleierutdanningen. Det undervises om mer enn det som benyttes i klinisk praksis. Studieplaner bør revideres og inneholde færre undersøkelsesferdigheter. Ferdigheter som benyttes i praksis er kontekstavhengig. Studenten må tolke funn og oppveie klinisk dømmekraft.
Inkluderte artikler i studien har ikke felles spørreskjema for å måle implementering og fordeler ved å innføre SKUV. Det er også ulike metoder for testing av validitet og reliabilitet. Enkelte artikler har lav svarprosent (ikke oppgitt hvilke og hvor lav svarprosenten er), noe som gjør generalisering vanskelig. Søkestrategi beskrevet. Kvalitet vurdert.	Mange av ferdighetene brukes ikke i praksis. Må vurdere hva som er relevant i samarbeid med praksis. Enighet om at SKUV er en viktig komponent i sykepleie. Må ha en holistisk tilnærming og undervisningen må harmonere med sykepleiefilosofi.
Benyttet et spørreskjema utviklet av andre. Oppgir ikke om spørreskjemaet er testet for reliabilitet/validitet.	Det trengs mer undervisning om SKUV i utdanningen og gode rollemodeller i praksis for å øke bruken. Sykepleierne hadde behov for å forbedre sine undersøkelsesferdigheter.
Spørreskjema utviklet fra lærebøker benyttet i undervisning om SKUV. Testing av validitet og reliabilitet ikke oppgitt i artikkelen. Det er en overrepresentasjon av intensivsykepleiere i utvalget.	Enighet om nødvendigheten av å kunne undersøke pasienten. Ikke alle ferdigheter det undervises om, blir benyttet i praksis. Studieplaner bør evalueres og revideres i forhold til hvilke undersøkelser som er relevante for sykepleie.
Ekspertpanel testet spørreskjemaene + testet gjennom pilotstudie. Metodetriangulering øker validitet av resultatene.	Fysiske undersøkelser er nødvendige, men sykepleiere ikke fortløpende med nivået på sine ferdigheter. Både klientrelaterte, kollegarelaterte, organisasjonsmessige, sykepleierelaterte og ledelsesrelaterte faktorer bidrar til å begrense eller fremme bruken av systematiske kliniske undersøkelser. Må ha holistisk tilnærming. SKUV må ses på som en prosess, mer enn et resultat.
Gjennomført pilotstudie (n = 20) for å teste reliabilitet. Validitet av spørreskjema vurdert av ekspertgruppe.	Et gap mellom hva som er kjent av kunnskap og hva man faktisk kan utføre i praksis. Mangel på kunnskap en hindring for bruken av ferdighetene. Erfarne sykepleiere hadde mest kunnskap og brukte ferdighetene mest. Ni av 28 ferdigheter ble sett på som sterkt nødvendige å kunne utføre. Sykepleiere lærer å utføre undersøkelser på arbeidstedet.

Valg av publiseringsperiode kan ha medført tap av informasjon, fordi implementeringen av SKUV har foregått til ulike tider i forskjellige land, og det har muligens vært publisert mest rundt implementeringstidspunktene. Vi valgte likevel å opprettholde publiseringsperioden fordi vi ønsket nyere forskning. Oversiktsartiklene som er inkludert, har ikke begrensning på publiseringsår.

Resultat

Totalt ble 614 referanser gjennomgått ved å lese tittel og sammendrag. Av disse var 36 potensielt relevante. Ved å fjerne dubletter satt vi igjen med 21 artikler som ble lest i fulltekst. Av disse ble ti artikler inkludert ut fra inklusjons-/eksklusjonskriteriene. I tillegg ga gjennomgang av referanselistene tre treff. Etter fulltekstlesing ble kun én inkludert (6). Totalt ble elleve studier inkludert hvorav ni var primærstudier og to var oversiktsartikler (tabell 2). Artiklene var fra USA, New Zealand, Canada, Australia og Japan. Søket i Swemed+ ga ingen relevante skandinaviske artikler. Ulike begreper benyttes om SKUV, og søketermene vi har brukt kan ha medført at alle relevante artikler ikke er fanget opp.

Ni av studiene (4,6,7–13) er spørreundersøkelser. Dette er en tilfredsstillende måte å kartlegge hvilke undersøkelsesferdigheter som benyttes i praksis og hvilke det undervises i. Svarprosenten varierte fra 42 prosent til 98 prosent. Utvalgsstørrelsen varierte fra 33 til 1220 personer. Små studier gjør generalisering vanskelig. Når vi tar de med, skyldes det at funnene bekreftes i større studier. To av artiklene er oversiktsartikler (14,15). I Lesa og Dixons oversiktsartikkel er tre av primærstudiene inkludert (6,7,12). Fennessey og Wittmann-Prices artikkel inkluderer fire av primærstudiene (10–13).

Forfatterne har i hovedsak brukt egenkomponerte spørreskjemaer, noe som gjør sammenlikning av resultater vanskelig. Lesa og Dixon og Fennessey og Wittmann-Price (15,14) skriver at det ikke er utviklet en enhetlig metode for vurdering av spørreskjemaene og heller ikke for hvordan validitet og reliabilitet skal vurderes. Dette er en svakhet i forskningsdokumentasjonen vi har funnet om SKUV. Lesa og Dixons oversiktsartikkel (15) bygger på 19 surveystudier og to kvalitative studier. Søkestrategien beskrives, men har kun med inkluderingskriterier som går på engelsk språk og at det ikke er tidsbegrensning på publisering. De beskriver ikke ekskluderingskriterier, og slikt sett følger de ikke standard for systematisk review. Artikkelen har ingen tabeller over karakteristika av inkluderte studier, men i resultatdelen er studiene godt beskrevet. Metodisk kvalitet vurderes som moderat. Fennessey & Wittmann-Price's oversiktsartikkel (14) har en mangelfullt beskrevet søkestrategi. Det oppgis ikke antall treff på søkene, men av 76 potensielt relevante artikler ble 28 inkludert. Artikkelen gir nyttig informasjon, men søkestrategi og utvelgelse kunne vært bedre beskrevet. Metodisk kvalitet kan betegnes som moderat til mangelfull. Begge oversiktsartiklene har benyttet relevante databaser og søkeord. Artikkelen til Birk et al. (8) benyttet samme spørreskjema som Giddens (10), men modifisert til australske forhold. De fleste oppgir testing av spørreskjema for validitet/reliabilitet (tabell 2).

Hva er SKUV?

De inkluderte studiene viser enighet om at systematiske kliniske undersøkelser innebærer inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon ved undersøkelse av pasienten. Undersøkelsene er en del av den totale datasamlingen, hvor en kartlegger behovet for sykepleie. Fennessey og Wittman-Price (14) trekker fram at SKUV er en pågående prosess, fordi data samles gjennom hele pasientforløpet for å se etter endringer i pasientens tilstand eller for å evaluere tiltak. Skillen et al. (6) beskriver fysiske undersøkelser som en prosess mer enn et resultat. Det er ikke snakk om å samle data for å stille en endelig diagnose. Schroyen et al. (4) beskriver det som en organisert prosess for å samle data til pleieplanen.

Både Skillen et al. og Fennessey og Wittmann-Price (8,14) beskriver en begrepsforvirring knyttet til SKUV. Det brukes forskjellige betegnelser som physical assessment (fysisk vurdering), health assessment (helsevurdering), nursing assessment (sykepleievurdering), focus assessment (fokusvurdering) og head-to-toe assessment (hode-til-tåvurdering). Dette bidrar til at sykepleiere føler usikre.

Flere av de inkluderte studiene beskriver SKUV som viktig i sykepleie (6,7,11–15). Fennessey og Wittmann-Price (14) begrunner viktigheten med oppøving av klinisk dømmekraft og et redskap for å treffe bedre beslutninger. Giddens og Eddy og Lesa og Dixon (11,15) hevder at fysiske undersøkelser er en nødvendig komponent i sykepleieutdanningen, og at undersøkelsesdata danner grunnlag for beslutninger, tiltak og evaluering. SKUV hjelper angivelig sykepleieren til å bekrefte/avkrefte hypoteser ut fra sykepleieintervjuet/helsehistorien. Sykepleiere som har tatt SKUV i bruk gir mer presise opplysninger om pasientens situasjon, er bedre til å tolke pasienttilstanden og har større forståelse for legens dokumentasjon (12–15).

Innhold og kompetanse

Funn fra litteraturstudien viser at det undervises i opptil 126 ulike undersøkelsesferdigheter og sykepleiestudenter øver praktisk på nesten alle i klinikklaboratorier (10,11). Undersøkelsene omfatter alt fra vitale tegn til eksempelvis undersøkelser av senerereflekser, oftalmoskopi og palpering av lever og milt. Lærebøker som er tatt i bruk om SKUV i de aktuelle landene, har dybdeinnhold på alle organsystemene. Birks et al. (8) fant at av 121 undersøkelsesferdigheter ble 35,5 prosent aldri brukt i praksis, 31 prosent ble sjeldent brukt, 23 prosent ble brukt jevnlig/ukentlig. Bare 11 prosent ble utført daglig. Giddens (10) undersøkte 126 kliniske ferdigheter og fant at bare 30 ble betraktet som kjernekompetanse i sykepleie. Studien baserte seg på 193 sykepleiere, randomisert fra et utvalg på 628. Yamauchi (13) fant at sykepleiere anså ni ferdigheter som helt nødvendige, blant annet vitale tegn, hud, respirasjonslyder, tarmlyder, bevissthetsnivå og pupillereaksjon. Secret et al. (12) gjennomførte en studie av lærere og sykepleiere i praksis, og fant at av 120 undersøkelser ble 29 prosent brukt daglig eller jevnlig, 34 prosent ble brukt av og til, mens 37 prosent aldri ble brukt. Yamauchis (13) studie viser et gap mellom hva sykepleiere kjenner til og hva de kan utføre av undersøkelser. 90 prosent av respondentene kjente til 23 av 28 ferdigheter, men 90 prosent av sykepleierne kunne bare utføre fire av disse. Studien hadde høy svarprosent, men deltakerne kommer fra samme sykehus. Sykepleierne undersøkte sjelden eller aldri øyet med oftalmoskop, sjekket ikke ulike reflekser eller undersøkte øre, munn og svelg. Perkusjon av toraks og abdomen var også lite benyttet (13).

Inspeksjon og generell observasjon er vanligste undersøkelsesmetode. Auskultasjon og perkusjon er mindre brukt (5,8,10,12). Hvilke ferdigheter som benyttes i praksis, er kontekstavhengig ut fra hvor sykepleieren arbeider (8,11). Både Birk (8) og Schroyen et al. (4) fant at undersøkelser ble utført oftere i kommunehelsetjenesten enn i sykehus, og at kurs medførte økt bruk i praksis.

Forskningen viser at fullstendige, systematiske kliniske undersøkelser ikke brukes i det daglige, men enkeltelementer brukes ut fra klinisk setting. Det er altså en disharmoni mellom sykepleierutdanningenes innhold og hva som utføres i praksis (8–13).

Anderson et al., Skillen et al. og Schroyen et al. (7,6,4) fant at sykepleiere ikke er fornøyde med ferdighetene sine. De ønsker mer kompetanse fordi pasientene har komplekse helse- og sykdomstilstander, økende alder og sammensatte behov. Lesa og Dixon (15) framhever at endringene i helsevesenet fordrer sykepleiere som er kunnskapsrike, konsultative, fleksible og tilpassningsdyktige. Anderson et al. og Giddens (7,10) fant at det er behov for økt kompetanse i undersøkelse av lunger, hjerte, perifer sirkulasjon og magen.

For å utføre SKUV trekker Fennessey og Wittmann-Price (14) fram tre kompetanseområder. Psykomotoriske ferdigheter er nødvendig for å utføre inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon, og for å kunne sammenlikne kroppssidene til den enkelte pasient med hverandre. Stetoskopet og hendene må kunne plasseres på riktig sted. Perseptuell kompetanse innebærer for eksempel å sammenlikne og høre forskjell på ulike lyder produsert av kroppen. Kognitiv kompetanse innebærer analyse av funn og at en skiller det unormale fra det normale. Disse kompetansene må kunne brukes samtidig. I tillegg må sykepleier ha kommunikative evner og kunne samhandle med pasienten.

Perspektiv og fokus

Innholdet i studieplanene og undervisningen om SKUV kritiseres av flere for å ha et medisinsk perspektiv i stedet for å være sykepleierrettet (12,14,15). Både Fennessey og Wittmann-Price, Lesa og Dixon og Skillen et al. (14,15,6) sier at man bør inkludere pasientens perspektiv, helsehistorien og psykososiale forhold i pasientundersøkelsen. Kursene bør være sykepleierrettet og ha et holistisk perspektiv. Kursene bør også inkludere helsefremming og forebygging. Innholdet i kursene må være relevant for sykepleiepraksis (14,15). Hensikten med vurderingen er ikke å stille medisinske diagnoser, men å kunne skille det normale fra det unormale. Lesa og Dixon (15) diskuterer om innføring av SKUV er en rolleutvidelse hvor hensikten er mer effektiv pleie og nytteverdi for pasienten, eller om det betyr at sykepleierne strekker rollen ved å overta oppgaver fra annet helsepersonell.

Premisser for praksis

Funnene viser at bare få elementer av SKUV brukes i praksis. Årsaker som kommer fram er at sykepleiere ikke ser SKUV som sitt ansvar. Birk (8) fant at det er uklart om det er legens eller sykepleierens ansvar å undersøke pasienten. Funnene bekreftes av Skillen et al. og Schroyen et al. (6,4).

Skillen et al., Anderson et al. og Lesa og Dixon (6,7,15) fant at sykepleierne ikke var fortrolige med egne undersøkelsesferdigheter. Mangel på kunnskap og lite ferdighetstrening førte til at sykepleieren ikke hadde tillit til egne undersøkelsesferdigheter, og derfor unnlot å utføre undersøkelser. Skillen et al. (6) studie fant at 42,2 prosent av sykepleierne ikke hadde formell utdanning i SKUV, men de ønsket å forbedre kompetansen. Både Birk, Skillen et al., Lesa og Dixon og Schroyen et al (8, 6, 15, 4) beskriver tid som en knapphetsressurs for å utføre undersøkelser. Sykepleierne opplevde stor arbeidsbelastning og at oppgaver kom i konflikt med hverandre. Det var heller ikke tid til å lære nye undersøkelser. Lesa og Dixon og Schroyen et al. (15,4) fant at mangel på rollemodeller i praksis var en begrensende faktor. Sykepleierne hadde behov for noen som bekreftet at de hadde sett og hørt «riktig». Andre opplevde at undersøkelser ikke var hensiktsmessige i den kliniske settingen de arbeidet i. Både Giddens og Yamauchi (10,13) sier at for å lykkes, må sykepleierne se det som relevant for praksis.

Diskusjon

Enkelte land har statlige krav om at SKUV skal inngå i sykepleierutdanningen. Giddens og Eddy (11) sier at det ikke er spørsmål om SKUV er sentralt i sykepleie. Spørsmålet omhandler innhold og omfang av undervisningen. Den norske rammeplanen (16) har ingen spesifikke bestemmelser om systematiske kliniske undersøkelser, men sier at observasjon av pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen. I EU's Tuningprosjekt er målet å definere sykepleiekompetanse. Her framkommer det at sykepleiere skal kunne gjøre omfattende og systematiske undersøkelser av pasienten (17). Mangelen på funn av skandinavisk forskningslitteratur om emnet kan skyldes at SKUV ikke er innført i sykepleierutdanningene i disse landene.

Allerede Nightingale var opptatt av at sykepleiere skulle observere kontinuerlig og gi presise pasientbeskrivelser. Man skulle bruke alle sanser, og kunnskap og observasjon skulle flettes sammen (18). Man skulle se etter i stedet for å se på. Ved kliniske undersøkelser får sykepleieren data om pasientens helsetilstand, og kan vurdere om det skjer endringer, for eksempel om pasienten blir tungpustet, noe som har betydning for pleie- og behandlingsforløpet.

Når studentene er i praksis kan det være tilfeldig hva de får med av undersøkelser, avhengig av praksiskontekst. Ikke alle lærer å vurdere for eksempel bevissthetsnivå eller lytte etter tarmlyder. Derfor anser vi det som viktig at sykepleierstudenter lærer basisferdigheter i studiet. En undersøkelse om tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien i Oslo viser at ingen av pasientene (n=137) svarte ja på spørsmålet om de var blitt undersøkt i munnen av noen fra hjemmesykepleien (19). Dette er betenkelig, og viser at mer systematikk i datasamlingen er nødvendig.

Det er likevel et paradoks at SKUV anses som viktig, når bare en tredjedel av undersøkelsene benyttes i praksis. Dette viser en disharmoni mellom utdanning og praksis. Enkelte undersøkelser benyttes daglig eller ukentlig, mens andre ikke benyttes i det hele tatt. Disharmonien går på omfanget av undersøkelser. Når enkelte ferdigheter ikke benyttes, kan det bety at det er irrelevant for praksis, sykepleierne ikke har kompetanse, det er mangel på tid eller at det ikke oppfattes som en sykepleieoppgave. Funnene viser uklarhet om hvordan sykepleierne forstår «physical assessment», noe som kan skape forvirring om hva som forventes. Giddens (10) sier det er gjort lite for å artikulere hva som er spesifikke helsevurderinger og hva som skal være innhold i undervisningen, og hevder at innholdet i fagplaner bør evalueres og endres. Yamauchi (13) sier at SKUV er et krav i profesjonell sykepleie og at sykepleieren må ha en klart definert rolle knyttet til dette som er kjent for alt helsepersonell.

Betydningen av rollemodeller i praksis er viktig både for studenter og sykepleiere som skal lære SKUV. Praksis og utdanning må samarbeide for at sykepleierne skal få denne kompetansen (4,6,15). Anderson et al. (7) fant at sykepleierne mente nåværende ferdigheter var inadequate for å møte framtidens helseutfordringer.

Bachelorstudiet i sykepleie i Norge utdanner generalister, og man må vurdere hvilke undersøkelsesferdigheter som er nødvendige. Når litteraturstudien viser at studenter lærer inntil 130 undersøkelser, er det ikke uventet at mange ikke brukes i praksis. Som Giddens (10) viser, bør studentene lære basisferdigheter og lære å fortolke funnene slik at pasienten får riktig hjelp. Yamauchi (13) skriver at SKUV gir et mer komplett datagrunnlag og hjelper sykepleiere til å identifisere forandringer hos pasienten, vurdere funksjonsevne og til å ta gode beslutninger.

I land som har innført SKUV bruker sykepleiere i kommunehelsetjenesten undersøkelser oftere og har et større arsenal av undersøkelser enn sykepleiere i sykehus (8). I Norge medfører Samhandlingsreformen (1) større pleieutfordringer i kommunene, noe som krever endret kompetanse. I sykehus er det flere sykepleiekollegaer og tett kontakt med legen, og det er rimelig raskt å få gjort vurderinger av pasienten. I kommunene arbeider sykepleiere oftest alene og har færre å rådføre seg med. I slike tilfeller er kompetanse i SKUV viktig, slik at man kan gjøre riktige vurderinger og kommunisere presise funn til lege.

I de inkluderte artiklene framgår det at sykepleierutdanningene ofte bruker en medisinsk undervisningsmodell. Dette kan bidra til uklarhet i ansvarsfordelingen, og forskningen viser at det er en av årsakene til at sykepleiere i liten grad utfører kliniske undersøkelser (8). Funnene er klare på at hensikten med SKUV ikke er å sette medisinske diagnoser, men å skille mellom hva som er normalt og ikke normalt. Lesa og Dixon (15) fant at en holistisk tilnærming øker bruken av SKUV i praksis. Dersom man bare fokuserer på de fysiske undersøkelsene, vil det medisinske fokuset overta. Undersøkelsene må derfor ha betydning for sykepleien som ytes. Dersom en undersøker nevrologisk funksjon, og oppdager dårlig balanse, vil det være grunnlag for forebygging av fallulykker. Vi mener det er viktig å fokusere på SKUV som en del av den totale datasamlingen, hvor hensikten er å identifisere hva som er sykepleieproblem/pasientenbehov, for videre å iverksette pleietiltak. Fennessey og Wittmann-Price (14) setter SKUV i sammenheng med pasientsikkerhet og effektiv pleie og behandling. De sier at den totale datasamlingen også inkluderer utvikling av sykepleie-pasientforholdet. Sykepleier må samarbeide med pasienten og pasienten må ha tillit til den som undersøker. Å ha fokus på målingene, uten å inkludere pasientens perspektiv, er ikke forenlig med en holistisk tilnærming. Derfor er det viktig å huske at de fysiske undersøkelsene bare er en del av datasamlingen.

Det har vært debattert om innføring av SKUV medfører en rolleutvidelse til beste for pasienten eller om sykepleierrollen strekkes fordi en påtar seg oppgaver fra annet helsepersonell. Wheeldon (20) advarer mot at sykepleieren strekker rollen sin ved å overta oppgaver fra andre fordi det kan gå på bekostning av grunnleggende sykepleie. Hun hevder at SKUV bare kan forsvares dersom det skjer innenfor en holistisk tilnærming, og medfører bedre pasientpleie. Ingen funn beskriver tidsbruken ved SKUV. Vi ser det kan være tidkrevende å innføre nye oppgaver, men det kan også være tidsbesparende å arbeide mer systematisk for raskt å oppdage endringer, forebygge komplikasjoner og bedre pasientresultater. Endringer i klinisk praksis medfører også endring i sykepleiefunksjonen. Aldridge-Bent (21) stiller spørsmål om sykepleiere skal forme rollen sin selv eller formes av andre. Tidligere helseminister Støre har foreslått oppgaveglidning i helsevesenet, og da er det viktig at sykepleierne er på banen og selv former sykepleiefunksjonen. Vi må utvikle rollen innenfor sykepleie til beste for pasientene. Coombs og Moorse, Yamauchi og Lesa og Dixon (22,13,15) sier at det er forsket lite på helseeffekt av SKUV, noe det bør forskes videre på.

Konklusjon

Forskningslitteraturen beskriver SKUV som systematiske kliniske undersøkelser hvor sykepleier benytter inspeksjon, palpasjon, perkusjon og auskultasjon i vurdering av pasienten. SKUV er en del av den totale datasamlingen i sykepleien.

Implementering av SKUV i sykepleie kan bidra til oppøving av klinisk vurderingsevne og er et redskap for å treffe bedre beslutninger. Forskning fra land som har innført SKUV viser et gap mellom hvilke undersøkelser det undervises i ved sykepleierutdanningene og hva som benyttes i praksis. Det undervises i flere ferdigheter enn det som benyttes i praksis.

Referanser

1. Helse og omsorgsdepartementet. St.m nr. 47 (2008–09) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo.
2. Opsahl G, Solvoll BA og Granum V. Forførende samhandlingsreform. I Sykepleien Forskning 2012;7:60–3.
3. Lerdal A. Lær av England. I Sykepleien, 2012;100:104–5.
4. Schroyen B, Georg N, Hylton J and Scobie N. Encouraging nurses' Physical Assessment skills. Nursing New Zealand 2005;11:14–15
5. Jarvis C. Physical Examination & health Assessment. Elsevier Saunders. Missouri 2012
6. Skillen DL, Anderson MC and Knight CL. The Created Environment for Physical assessment by Case managers. Western Journal of Nursing research 2001;23:72–89
7. Anderson M C, Skillen DL, Knight, CL. Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessments Skills. Journal of Gerontological Nursing 2001;27:23–9
8. Birks M et al. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. Collegian 2012;134:1–7
9. Giddens JF. Comparing the Frequency of Physical Examination techniques Performed by Associate and Baccalaureate Degree Prepared Nurses in clinical Practice: Does Education Make a Difference? Journal of Nursing Education 2005; 45 (3): 136–9

10. Giddens JF. A Survey of Physical assessment Techniques performed by RNs: Lessons for Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 2007;46:83–7

11. Giddens JF and Eddy L. A Survey of Physical Examination Skills Taught in Undergraduate nursing programs: Are We Teaching Too Much? *Journal of Nursing Education* 2009;48:24–9.

12. Secrest JA, Norwood BR and DuMont PM. Physical Assessment Skills: A Descriptive Study of What is Taught and What is Practiced. *Journal of Professional Nursing* 2005; 21:114–8.

13. Yamauchi T. Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nursing and Health Science* 2001;3:213–24.

14. Fennessey A and Wittmann-Price RA. Physical assessment: A Continuing Need for Clarification. *Nursing Forum* 2011; 46:45–50.

15. Lesa R and Dixon A. Physical assessment: Implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing review* 2007;54:166–72.

16. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo 2008.

17. Lindpaintner LS et al. Defining Clinical Assessment Standards for Bachelor's -Prepared Nurses in Switzerland. *Journal of Nursing Scholarship*; Third Quarter 2009;41:320–6.

18. Karoliussen M. Nightingales arv–ny forståelse. Oslo. Gyldendal Akademisk, 2012.

19. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*. 2010;5: 100–8.

20. Wheeldon A. Exploring nursing roles: using physical assessment in the respiratory unit. *British Journal of Nursing*; 2005, 14:571–4.

21. Aldridge-Bent S. Advanced physical assessment: implementation of a module. *British Journal of Community Nursing*, 2011;16:84–8.

22. Coombs, MA, Moore SE. Physical assessment skills: a developing dimension of clinical nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2002;18:200–10.