

# **Forebygging av trykksår hos beboere på sykehjem**

-en kvalitativ studie om sykepleiers erfaringer



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i Helsevitenskap**

**Masteroppgave (50 studiepoeng)**

**Student: Elin Espeland**

**Veileder: Professor Kristin Akerjordet**

**1.juni/2018**

## **Forord**

Denne oppgaven markerer avslutningen på et 2- årig masterstudie i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Det har vært en utrolig lærerik og spennende utdanning, som på samme tid har vært utfordrende og krevende. Utdannelsen har gitt meg kunnskap og verktøy som jeg vil bruke videre i min karriere som sykepleier, og jeg føler meg rustet og klar til å ta fatt på nye og spennende oppgaver.

Det er flere som fortjener en takk for at jeg er nådd i mål med dette studiet.

For det første vil jeg takke de dyktige sykepleierne i praksis som velvillig lot seg intervjuet. Jeg setter utrolig stor pris på deres åpenhet og at jeg fikk ta del i deres erfaringer fra praksis. Dere gjør en viktig jobb for våre eldre i samfunnet.

Takk til min veileder, professor og dekan ved UiS, Kristin Akerjordet. Som har inspirert og veiledet med stødig hånd. Takk for at du har vist forståelse for min periodevise frustrasjon og gitt konstruktive tilbakemeldinger gjennom den skriftlige prosessen.

Takk til Kine Gjesdal fra USHT masterverksted. For positivt engasjement og nyttige innspill.

Medstudenter, dere har også vært gull verdt! Vi har delt kunnskap og frustrasjoner – dere har motivert og engasjert.

Takk til Karianne og Camilla for språkvask og konstruktive innspill til min oppgave.

Henrik, Emma og Emilie – nå er jeg ferdig! Og gleder meg til å nyte gode, lange sommerdager med dere. Takk for tålmodighet og heiarop i løpet av studiet, dere er best!

Stavanger, 1. juni 2018.

Elin Espeland

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Forekomst av trykksår er en av helsevesenets største utfordringer og er en indikator for kvalitet og sikkerhet i sykepleie. Forskning viser at vi til tross for økt fokus på forebygging de siste årene, fortsatt har et høyt antall trykksår, spesielt blant beboere på sykehjem.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å belyse hvilke forhold sykepleierne erfarer som fremmer og hemmer arbeidet med forebygging av trykksår, samt å få kjennskap til hva slags kunnskap og kompetanse som er nødvendig. Forskningsresultater utledet av studien, kan potensielt sett ha overføringsverdi til liknende kontekster ved å skape økt fokus og motivasjon omkring tematikken og dermed være medvirkende til økt kvalitet i tjenestene som ytes.

**Metode:** Studien hadde et kvalitativt utforskende og beskrivende design hvor semi-strukturerte individuelle intervju ble benyttet som datainnsamlingsmetode. Til analyse av datamateriale ble kvalitativ innholdsanalyse benyttet. Informantene var syv sykepleiere ved fem ulike kommunale sykehjem.

**Funn:** Sykepleierne i denne studien erfarte at det å forebygge trykksår i praksis kan være utfordrende og avhenger av flere sammensatte forhold. Tre hovedtema ble identifisert gjennom analyse av datamaterialet; 1. tverrfaglig samarbeid og involvering, 2. rutiner for forebygging av trykksår, og 3. utvikling av kunnskap og kompetanse.

**Implikasjoner for praksis, forskning og utdanning:** Det anbefales først og fremst en økt standardisering og strukturering av det trykksårforebyggende arbeidet, gjennom økt fokus på implementering og anvendelse av kliniske retningslinjer i praksis. For det andre anbefales økt satsing på ressurser og involvering fra ledelse som støtter kunnskapsutvikling hos de ansatte, både de fast ansatte, men ikke minst nyansatte og ufaglærte. For det tredje anbefales en organisering som skaper oversikt og bedre tilgjengelighet av forebyggende hjelpemidler.

**Nøkkelord:** Trykksår, forebygging, sykepleie, sykehjem, kunnskap, kompetanse, kvalitet, pasientsikkerhet.

## **Abstract**

**Background:** Pressure ulcer prevalence is one of the biggest challenges in healthcare settings and is an indicator of quality and safety in nursing. Despite the increased focus on prevention in recent years, the pressure ulcer prevalence is still high, especially among residents in nursing homes.

**Purpose:** The purpose of this study was to explore nurses experience with preventing pressure ulcers, with focus on facilitators, inhibitors and what knowledge and competence is needed. This study may create increased focus and motivation about the thematic, and can be of interest in similar contexts.

**Method:** The study had a qualitative exploratory and descriptive design. Where semi-structured individual interviews where used. Qualitative content analysis inspired the analysis of the data material. Seven nurses from five different nursing homes was interviewed.

**Findings:** The nurses in this study found that preventing pressure ulcers can be challenging and depend on multiple compound conditions. Three main themes were identified; 1. Interdisciplinary cooperation and involvement, 2. Procedures for the prevention of pressure ulcers, and 3. Development of knowledge and competence.

**Implications for practice, research and education:** Firstly it is recommended to increase the standardization and structuring of the pressure ulcer prevention through increased focus on implementation and application of clinical guidelines in practice. Secondly, to increase focus on resources and involvement from management that supports the development of knowledge of employees, both permanent employees and newly employed and unskilled workers. Thirdly, an organization that provides an overview and improved availability of preventive aids is recommended.

**Keywords:** Pressure ulcer, prevention, nursing, nursing home, knowledge, competence, quality, patient safety.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	3
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	6
<b>1.1 Tidligere forskning</b> .....	7
<b>1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål</b> .....	10
<b>1.3 Studiens kontekst</b> .....	10
<b>1.4 Oppgavens oppbygning</b> .....	12
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	13
<b>2.1 Sykehjemsbeboerens risiko for trykksår</b> .....	13
<b>2.2 Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur på sykehjem</b> .....	15
<b>2.3 Sykepleiers kunnskap og kompetanse - kunnskapsbasert praksis</b> .....	16
<b>2.4 Læringskultur og kunnskapsutvikling på sykehjem</b> .....	19
<b>3.0 METODE</b> .....	22
<b>3.1 Vitenskapsteoretisk forankring</b> .....	22
<b>3.2 Design</b> .....	23
<b>3.3 Forforståelse</b> .....	23
<b>3.4 Utvalg</b> .....	23
<b>3.5 Datainnsamling</b> .....	25
<b>3.6 Data analyse</b> .....	26
<b>3.7 Metodologiske overveielser</b> .....	29
<b>3.8 Forskningsetiske overveielser</b> .....	30
<b>4.0 FUNN</b> .....	32
<b>4.1 Tverrfaglig samarbeid og involvering</b> .....	32
<b>4.2 Rutiner for forebygging av trykksår</b> .....	35
<b>4.3 Utvikling av kunnskap og kompetanse</b> .....	39
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	42
<b>5.1 Kritisk tilbakeblikk</b> .....	55

<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	57
<b>6.1 Svar på problemstilling og forskningsspørsmål</b> .....	57
<b>6.2 Implikasjoner for praksis, forskning og utdanning</b> .....	58
<b>REFERANSER</b> .....	61
<b>Vedlegg 1</b> Intervjuguide .....	70
<b>Vedlegg 2</b> Vurdering fra NSD.....	72
<b>Vedlegg 3</b> Informasjonsskriv og forespørsel til virksomhetsleder og avdelingsleder.....	75
<b>Vedlegg 4</b> Informasjonsskriv og forespørsel til sykepleiere om deltakelse .....	77
<b>Vedlegg 5</b> Samtykkeskjema .....	79
<b>Vedlegg 6</b> Skjema for bakgrunnsinformasjon .....	80

## 1.0 INTRODUKSJON

Forekomsten av trykksår blant eldre på sykehjem varierer på verdensbasis mellom 3% til 46% (Hahnel, Lichterfeld, Blume-Peytavi, Kottner, 2016). Studier fra Norge viser en forholdsvis høy prevalens på rundt 30% (Johansen, Bakken, Moore, 2015). Trykksår er en av helsevesenets største utfordringer både nasjonalt og internasjonalt (Bååth, Idvall, Gunningberg, Hommel, 2014; Hansen, Fossum, 2016). Forekomst av trykksår blir globalt sett på som en av flere indikatorer på redusert kvalitet og sikkerhet i sykepleien (Johansen et al, 2015; Holte, Underland, Hafstad, 2016). Dette skyldes mest sannsynlig at om lag 95% av alle trykksår skal kunne forebygges ved å iverksette nødvendige forebyggende tiltak (Beeckman, Defloor, Shoonhoven, Vanderwee, 2011; Dellefield, Magnabosco, 2013; Langøen, 2015).

Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev vanligvis over et beinfremspring. Dette kan oppstå som følge av trykk, friksjon eller skjærende krefter (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), 2014). Beboere på sykehjem er spesielt utsatt for å utvikle trykksår, de har en høy alder, er skrøpelige og har ofte sammensatte lidelser (Johansen et al, 2015, Reddy, 2011). I 2015 var 11,5% av verdens befolkning over 60 år, et tall som antas vil fordobles innen år 2050. Dette vil med økt sannsynlighet kunne medføre økt forekomst av trykksår dersom bevissthet og fokus omkring forebygging ikke skjerpes (Hahnel et al., 2016). Mennesker som utvikler trykksår vil kunne oppleve redusert livskvalitet i form av sterke smerter, engstelse, depresjon, sosial isolasjon og i verste fall infeksjon og død (Johansen et al, 2015). Forekomst av trykksår kan skape utfordringer for helsepersonell som; usikkerhet i forhold til behandlingsprinsipper, ubehag i forhold til utseende og lukt og kostnader til sårbehandlingsutstyr. I tillegg skaper forekomst av trykksår kostnader for samfunnet (Demarrè, Verhaeghe, Annemans, VanHecke, Grypdonck & Beeckman, 2015). Forebygging og behandling av TS koster samfunnet årlig om lag 700 millioner kroner. (Palfreyman & Stone, 2015, Demarrè et al. 2015; Ousey, Kaye, McCormick & Stephenson, 2015).

Forekomst av trykksår på sykehjem kan ha sammenheng med flere forhold, som for eksempel; kommunikasjon, samarbeid, kultur og organisering av det forebyggende arbeidet på arbeidsplassen. Andre medvirkende forhold kan være mangelfull kunnskap, -kompetanse og holdninger hos sykepleier (Gunningberg, Mårtensson, Mamhidir, Florin & Athlin, 2013; Dellefield, Magnabosco, 2014). De nevnte forholdene fremstilles

som gjentakende utfordringer i nyere studier (Dellefield, Magnabosco, 2014; Johansen et al., 2015; Hartmann, Solomon, Palmer, Lukas, 2016).

I Stortingsmelding 10 (2012-13) «God kvalitet - trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten», står at sykepleier bør ta i bruk forskning, erfaringer og brukerpreferanser for å sikre en kunnskapsbasert praksis. Det er et krav at sykepleier holder seg faglig oppdatert, nytter egne og andres ressurser og erfaringer, samt tar høyde for den enkelte pasients forutsetninger for å kunne tilby helhetlig og faglig forsvarlig sykepleie og behandling (Alvsvåg, 2009; Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinart, 2012; Meld.St. 10 (2012-13)). Et av hovedmålene for Helsedirektoratets strategi for 2014-2018, er å bidra til å sikre at helsepersonell som arbeider i helsevesenet har riktig og tilstrekkelig kompetanse til å opprettholde pasientsikkerhet og kvalitet (pasientsikkerhetsprogrammet.no).

På bakgrunn av min flerårige erfaring som sårpleier ved et kommunalt sykehjem, har jeg utviklet en genuin interesse for hvordan vi kan forebygge utvikling av trykksår. Jeg har erfart at den travle hverdagen på sykehjem stiller sykepleier i en utfordrende posisjon på ulike måter. Dette danner grunnlaget for ønske om fordypning i tematikken.

## **1.1 Tidligere forskning**

Systematiske søk viser at det er utført flere studier i forhold til forebygging av trykksår. Det er i hovedsak utført systematiske litteratursøk på Cinahl, Medline, Science Direct, Cochrane library og Google scholar for å få en oversikt over tidligere forskning. Det er søkt i perioden 2007-2018 med søkeordene; *pressure ulcer/ prevention/ nursing/ nursing home/ competence/ knowledge/ patient safety*, inkludert MESH-terms. Først enkeltvis, så satt sammen i ulike kombinasjoner. Søkene ble begrenset ved *peer reviewed* og *full text*. Aktuelle forskningsartikler ble valgt ut på bakgrunn av overskrifter og abstract. Litteraturlister i aktuelle artikler er også gjennomgått for å finne annen litteratur.

Forebygging av trykksår hos skrøpelige sykehjemsbeboere, krever at sykepleier innehar kunnskap og kompetanse på flere ulike områder. Det er gjennomført flere studier som søkte svar i forhold til sykepleiers kunnskap omkring forebygging av trykksår. Enkelte studier fant at sykepleier hadde mangelfull kunnskap i forhold til iverksettelse av avlastende tiltak for forebygging trykksår (Beckman et al, 2011; Gunningberg,



Mårtensson, Mamhidir, Florin & Athlin, 2013), hvor andre studier viste tilstrekkelig kunnskap og gode holdninger i forhold til forebygging (Källman og Suserud, 2009; Strand og Lindgren, 2010). Høyt kunnskapsnivå var derimot ingen garanti for optimal trykksår forebygging. Det ble påpekt at sykepleier kan inneha tilstrekkelig kunnskap, men være ute av stand til å anvende kunnskap i praksis av ulike grunner (Källman og Suserud, 2009; Galant, Morin, St-Germain & Dallaire, 2010).

Enkelte av studiene påpekte at forebygging av trykksår ikke alltid var optimal og at dette i stor grad kunne skyldes sykepleieres mangelfulle implementering av kliniske retningslinjer og kunnskapsbaserte prosedyrer (Källman og Suserud, 2009; Beeckman et al., 2011). Med formål om å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten, ble en nasjonal pasientsikkerhetskampanje, «I trygge hender» implementert i norske sykehus (2011-2013). Denne ble etterfulgt av pasientsikkerhetsprogrammet med samme navn (2013-2018), som i tillegg involverte noen av landets sykehjem. Sykehjemmenes deltakelse er valgfri og ikke lovpålagt som i spesialisthelsetjenesten.

Pasientsikkerhetsprogrammet går i hovedsak ut på å identifisere risikopasienter og implementere tiltakspakker omkring forebygging for ulike satsingsområder. Områdene det er satset på er blant annet forebygging av fall, - urinveisinfeksjon og – trykksår ([www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)). Pasientsikkerhetsprogram gjennomført verden over viser til signifikant reduksjon av trykksår etter implementering. Programmets tiltakspakker rettleider personalet i å bli bevisst sin viktige rolle, samt øke kunnskap og kompetanse i forhold til forebygging (Blenman & Marks-Maran, 2017).

En systematisk review gjennomført i årene 2012-2014, fant at implementering av trykksårsforebyggende program kan redusere forekomsten av trykksår, forbedre personalets rutiner i forhold til forebygging, samt øke de ansattes kunnskap og kompetanse. Studien understreker viktigheten av god kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid, oppmuntring og motivasjon, for å oppnå suksess (Pagan, Trip, Burrell & Gillon, 2015).

Flere studier viste at det å la pasienten medvirke i egen forebygging av trykksår kunne være effektivt. Pasientene var jevnt over positive til å medvirke. Resultater fra studiene viste at medvirkning og involvering var avhengig av flere faktorer, blant annet pasientens tilstand og evne til å forstå og nyttiggjøre seg av informasjon.

Helsepersonellens holdninger, kultur og kunnskaper i forhold til å la pasienten medvirke spilte også en viktig rolle. (Latimer, Chaboyer & Gillespie, 2014; Roberts, Wallis,

McInnes, Bucknall, Banks, Ball & Chaboyer, 2017; Schoeps, Tallberg & Gunningberg, 2017).

Norge har i dag en betydelig andel ufaglærte i den kommunale helse- og omsorgssektoren. I 2014 var omkring 25% av de ansatte i kommunal helsetjeneste uten relevant helsefaglig utdanning. I en systematisk oversikt fra 2017 gjennomført av Kunnskapssenteret, var et av formålene å avdekke hvilke konsekvenser bruk av ufaglærte kunne føre til i forhold til kvalitet og sikkerhet på arbeidsplassen. Lite forskning ble funnet i forhold til bruk av ufaglærte, men data kunne tyde på at en lavere sykepleierbemanning var relatert til flere uønskede pasientutfall. Oversikten påpekte i tillegg, at den nåværende og økende sykepleiemangelen kunne føre til økt risiko for at flere ufaglærte ansettes, som igjen ville resultere i flere feilhandlinger i praksis.

(Flodgren, Bidonde og Berg, 2017). En kunnskapsoppsummering fra norsk kommunehelsetjeneste viste at både pasienter og deres pårørende anså sykepleiemangelen å være urovekkende og skape utrygghet. De opplevde mangel på faglig oppfølging, eksempelvis i forhold til smerte- og ernæringsproblematikk og psykiske utfordringer hos de eldre (Ugreninov, Vedeler og Heggebø, 2017).

En ny studie fra 2018 har utforsket forhold som hemmer og fremmer forebygging av trykksår ved sykehjem i England (Lavallée, Gray, Dumville & Cullum, 2018).

Sykepleiere, helsefagarbeidere på sykehjem og sårsykepleiere ved kommunale sårklinikker ble intervjuet. Funn viste at forhold som fremmet forebygging av TS var; godt arbeidsmiljø, tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Forhold som hemmet forebygging var blant annet; underbemanning, manglende fokus på tematikken og begrensede ressurser i forhold til å øke kunnskapsnivået hos de ansatte (Lavallée et al. 2018).

Det finnes store mengder forskningslitteratur omkring forebygging av trykksår. Største delen omhandler sykehussektoren, det har vært mindre fokus på sykehjem (Johansen et al, 2015; Chapman, 2017). Til tross for mye forskning på området, avdekkes hull og mangler i primær forskningen. For få utførte studier og en del av forskningen er etterhvert ved å være mer enn 10 år gammel og bør gjentas (Chapman, 2017). En norsk studie omhandlende forebygging og forekomst av trykksår ved både kommune- og spesialisthelsetjenesten, påpekte at vi vet for lite omkring hvilke konkrete strategier og tiltak som anvendes i det forebyggende arbeidet og hvilke forhold sykepleiere opplever

at fremmer eller hemmer deres arbeid med forebygging av trykksår (Johansen et al, 2015). Tematikken for denne studien ble derfor vurdert som aktuell.

## **1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål**

Studiens hensikt var å få økt kunnskap omkring sykepleieres erfaringer i arbeidet med å forebygge trykksår hos beboere på sykehjem. Forskningsresultater utledet av studien, kan potensielt sett ha overføringsverdi til liknende kontekster ved å skape økt fokus og motivasjon omkring tematikken og dermed være medvirkende til økt kvalitet i tjenestene som ytes.

### **Problemstilling:**

Studien søkte svar på følgende problemstilling;

*«Hvilke erfaringer har sykepleiere med forebygging av trykksår hos beboere på sykehjem?»*

### **Forskningsspørsmål:**

Med utgangspunkt i problemstillingen, ble følgende forskningsspørsmål utledet:

- 1) Hva slags forhold fremmer forebygging av trykksår og hva slags forhold hemmer forebygging av trykksår?
- 2) Hva slags kunnskap og kompetanse er nødvendig?

## **1.3 Studiens kontekst**

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft krever sykehusene færre liggedøgn og pasientene utskrives raskere til eget hjem eller sykehjem. Det har resultert i at sykehjemmene har overtatt en del av den medisinske behandlingen som tidligere krevde innleggelse, hvilket vil si at sykehjemsbeboerens tilstand er skrøpeligere enn den var (Bruvik, Drageset og Abrahamsen, 2017). Desentralisering har ført til krav om effektivisering, flere komplekse arbeidsoppgaver og færre sykepleiere på jobb, noe som kan gjøre sykepleieres arbeidsforhold ved sykehjem fysisk og emosjonelt mer krevende (Ingstad, 2010; Aase, 2015; Bruvik et al., 2017). Å ivareta beboernes grunnleggende behov på alle nivå kan av den grunn være krevende og utfordrende og idealer fra

sykepleierens yrkes etiske retningslinjer om «å ivareta helhetlig sykepleie, bevare verdighet og ikke krenke», kan bli satt på prøve (Aase, 2015; Yrkes etiske retningslinjer, 2011). Etter Helsepersonelloven §4 er sykepleier underlagt kravet om faglig forsvarlighet. Loven innebærer å sikre at helsehjelp som ytes er over faglig minstestandard samt at pasienten ikke påføres skade, lidelse eller unødig smerte (Helsepersonelloven, 1999, §4). Sykepleiere tar del i den direkte pasientkontakten på et sykehjem, men skal også ha det overordnede ansvaret, som kan innebære et generelt overblikk over avdelingens beboere, administrativt ansvar, legevisitt, medisinadministrering og bakvakt for andre avdelinger. På bakgrunn av sykepleiers sammensatte ansvars- og arbeidsoppgaver, er det ofte annet personell som helsefagarbeidere, hjelpepleiere eller assistenter som står for størstedelen av den direkte pasientkontakten (Hartmann et al, 2016). Beboere ved sykehjem har rett til forsvarlig og sikker behandling av god kvalitet, jmfør helse og omsorgstjeneste loven §4 og pasient og brukerrettighetslovens § 1-1 (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011 §4; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999 § 1-1). Helsepersonell er pliktet til å melde uønskede hendelser omkring forhold som kan medføre fare for pasientsikkerheten (Helsepersonelloven, 1999 §17). Helsepersonell som deltar i den direkte pleie og omsorg til beboere på sykehjem kan være; sykepleiere med og uten spesialisering, helsefagarbeidere eller hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, vernepleiere og ufaglærte eller assistenter.

Et sykehjem tilbyr heldøgns helsetjenester til borgere med lidelser som gjør dem ute av stand til å ivareta egen helse. Beboere ved dagens sykehjem er mer pleietrengende enn før, da kriteriene for å bo på sykehjem har endret seg etter samhandlingsreformen. De har behov for omfattende hjelp hele døgnet og har komplekse og sammensatte sykdomsbilder (Ingstad, 2010). Til tross for at beboerne er mer syke og skrøpelige er bemanning på sykehjemmene ikke økt tilsvarende (Nydal, Åsmo, Dybvik og Torheim, 2016). Den komplekse sykehjemsbeboerens tilstand og sykepleiers krav om effektivisering kan på bakgrunn av dette føre til utfordringer i forhold til trykksår hos nettopp denne skrøpelige pasientgruppen.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven inndeles videre på følgende måte; Kapittel 2 tar for seg det valgte teoretiske rammeverk. Kapittel 3 gjør rede for den kvalitative studies metode og design. Kapittel 4 presenterer studiens funn. Kapittel 5 fremstiller diskusjon av studiens funn i lys av valgte teoretiske perspektiver og aktuell forskning på området, samt forskers kritiske tilbakeblikk på egen studie. Kapittel 6 inneholder oppgavens avslutning, hvor det fremstilles svar på problemstilling og forskningsspørsmål, samt forslag til implikasjoner for praksis, forskning og undervisning.

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

Kapittelet presenterer studiens teoretiske perspektiv. Kapittelet innledes ved å se nærmere på sykehjemsbeboerens risiko for trykksår og hovedprinsipper for forebygging. Forekomst av trykksår er en indikator for kvalitet og pasientsikkerhet og fremstilles derfor som neste teoretiske perspektiv. Videre rettes fokus på sykepleiers kunnskap og kompetanse knyttet til modell om kunnskapsbasert praksis. Læringskultur og kunnskapsutvikling ved sykehjem fremstilles som siste del av det teoretiske rammeverket. Teoretiske perspektiver er valgt på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål og vil senere i oppgaven danne utgangspunktet for drøfting av funn.

### **2.1 Sykehjemsbeboerens risiko for trykksår**

Når hud og underhud utsettes for trykk over tid, alt fra et par minutter til lengre varighet, vil blodforsyningen i dette område stanse. Det vil føre til at tilførsel av oksygen og næringsstoffer til dette området opphører, vevsskaden som oppstår blir til et trykksår av ulik grad alt etter lokalisering og varighet av trykk (NPUAP, EPUAP, 2014). Trykksår blir inndelt i fire kategorier etter alvorlighetsgrad, med hensikt å klassifisere og beskrive trykksåret og i tillegg for å evaluere og vurdere effekt av behandling. Det er et internasjonalt klassifiseringssystem, hva som kjennetegner de fire kategoriene beskrives kort; Kategori 1- er rødhet av intakt hud som ikke blekner når man trykker på. Kategori 2- her ses et overfladisk, åpent sår uten nekrose eller en serumfylt eller blodfylt blemme. Kategori 3- er tap av hele hudlaget. Såret er dypere og subcutant fettvev og nekroser kan være synlig. Kategori 4- er sår med tap av vev hvor man kan se blottlagte bein, sener eller muskler. Dødt vev kan skjule størrelse av såret (NPUAP, EPUAP, 2014; Langøen, 2015; Edsberg, Black, Goldberg, McNichol, Moore & Sieggreen, 2016). En tilleggs kategori som er viktig å bemerke seg i forhold til forebygging av trykksår er når huden er rød som følge av trykk, men blekner når man trykker på, i motsetning til kategori 1 hvor huden ikke blekner. Denne tilleggs kategorien, også kalt «trykkspor» er et forstadium til trykksår (Edsberg et al., 2016). Avgrenset varme, ødem eller fortykkelse av huden er også forvarsel om trykksår, som bør kartlegges (NPUAP, EPUAP; 2014; Langøen, 2015). Risikofaktorer for å utvikle trykksår er ofte sammensatte, hvilket vil si at flere faktorer sammen, skaper en større risiko for pasienten. De viktigste risikofaktorene er; høy alder, komorbiditet, dårlig ernæringsstatus, dehydrering, nedsatt aktivitetsnivå, alvorlig medisinsk fysisk og

psykisk lidelse, terminal tilstand og lammelser (Sørensen og Jørgensen, 2011; Langøen, 2015). For å identifisere risikopasienten anbefales sykepleier å bruke sin erfaring og faglige skjønn, i tillegg til å risikovurdere eller -screene alle beboere. Til dette kan anvendes en skala også kalt et risikovurderingsverktøy, og de mest brukte er Braden-, Norton- og Waterlow skala (Moore & Cowman, 2014). Hensikten med slike verktøy er å gjøre sykepleier oppmerksom på de vanligste risikofaktorene som gjør sykehjemsbeboeren predisponert for å utvikle trykksår (Moore & Cowman, 2014). Et eksempel på risikovurdering ved bruk av Braden skala er at beboere ved sykehjem scores ut i fra følgende fem hovedpunkter; fysisk tilstand (poeng 1-4), psykisk tilstand (poeng 1-4), aktivitet (poeng 1-4), mobilitet (poeng 1-4) og inkontinens (poeng 1-4). Beboere med poeng totalt under 14 har potensielt risiko for å utvikle trykksår, og man skal i disse tilfeller iverksette forebyggende tiltak ([pasientsikkerhetprogrammet.no](http://pasientsikkerhetprogrammet.no)).

En beboer med risiko for trykksår er helt avhengig av helsepersonellens iverksettelse av forebyggende tiltak for å unngå at trykksår oppstår. Trykkavlastning skal forekomme både i sittende og liggende stilling er de viktigste tiltakene å iverksette. Til dette finnes avlastende hjelpemidler som blant annet madrasser og puter. Trykkavlastende underlag virker ved å fordele personens kroppsvekt og overflate over et større område. Jo bedre underlaget omslutter kroppens konturer jo mindre blir faren for trykk mot huden (McInnes, Jammali-Blasi, Bell-Syer, Dumville, Middleton & Cullum, 2015).

Trykkavlastende underlag kan deles inn i tre kategorier (NPUAP, EPUAP, 2014). 1. Høyteknologiske (elektriske vekseltrykkmadrasser), 2. lavteknologiske (ikke-elektriske konstante lavtrykks enheter, som for eksempel madrasser eller puter med skum, fiber, vann eller stillestående luft) og 3. andre typer avlastende utstyr (hæl- og albuekapper og annet til avlastning av lemmer) (McInnes et al., 2015; Holte, Underland og Hafstad, 2016). Det er på samme tid avgjørende at helsepersonellet iverksetter tiltak som stillingsendring, hudpleie, aktivisering og sørger for tilstrekkelig ernærings- og væskeinntak (Langøen, 2015, Chamanga, 2016). De steder på kroppen som er mest utsatt for trykksår er der beinfremspring presses mot underlaget, som hæler, hofter, sitteknuter, halebein, skulderblad og albuer (Børsting, Skogestad, Graneheim, Gay og Lerdal, 2018). Nyere studier peker på halebein og hæler som spesielt utsatte steder for å utvikle trykksår hos beboere på sykehjem (Chamanga, 2016, Børsting et al., 2018). De viktigste prinsippene i selve behandlingen av trykksår er avlastning, for å hindre at såret ikke

utvikler seg og lokal sårbehandling (Langøen, 2015; Holte et al., 2016). På grunn av oppgavens begrensning går jeg ikke nærmere inn på selve behandlingen.

## **2.2 Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur på sykehjem**

For at sykehjemsbeboeren og deres pårørende skal føle seg ivaretatt er det en forutsetning med trygghet og sikkerhet. De eldre på sykehjem er syke og skrøpelige og det å få et trykksår er en stor påkjenning (Aase, 2015). Kvalitetsforskrift for omsorgstjenesten i kommunene skal sikre at alle kommuner har skriftlige prosedyrer i forhold til ivaretagelse av beboernes grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Dette gjelder også prosedyrer i forhold til å forebygge trykksår.

Som tidligere nevnt, har Norge på lik linje med andre land etablert en pasientsikkerhetskampanje (2011-2013) etterfulgt av et pasientsikkerhetsprogram (2014-2018). Helsedirektoratet er ansvarlig for programmet og temaene omhandler områder hvor forskning har vist høy forekomst av uønskede hendelser. Noen av satsingsområdene innen forebygging er fall, urinveisinfeksjon, korrekt legemiddelbruk og trykksår (Braut og Holmboe, 2015). Programmet for forebygging av trykksår består av seks hovedpunkter også kalt «tiltaks pakken» og er utarbeidet etter NPUAP og EPUAP's kliniske retningslinjer (NPUAP, EPUAP, 2014). Tiltaks pakken består i korte trekk av; 1. Vurder alle pasienter for trykksårrisiko ved innleggelse på sykehus eller første møte på sykehjem. 2. Sikre nødvendig trykkfordelende utstyr/underlag hos risikopasienter. 3. Undersøk huden x 2 daglig hos alle risikopasienter. 4. Sikre stillingsforandring og/eller aktivitet hos risikopasienter. 5. Kartlegg og vurder ernæringsstatus hos risikopasienter. 6. Involver pasient og pårørende i planlegging og gjennomføring. Antall beboere vurdert, antall risikopasienter og antall dager mellom hvert trykksår registreres i en database. En strategi og motivasjonsfaktor når man driver forbedringsarbeid generelt, er å avholde tavlemøter hvor man gjennomgår forbedring, rutiner og registreringer (pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Forekomst av uønskede hendelser avhenger av pasientsikkerhetskulturen ved en organisasjon, som viser seg i de ansattes holdninger og handlinger. Ledere og ansatte har et felles ansvar i forhold til sikkerhet og bør ha samme verdier og holdninger til hvordan man reduserer uønskede hendelser og skader (Aase, 2015; Bondevik, Hofoss,



Husebø, Deilkås, 2017). Betegnelser som uønsket hendelse, avvik, feil eller kritikkverdige forhold benyttes om hendelser der pasienten er i fare for- eller blir skadet (Saunes, Svendsby, Mølsted, Thesen, 2010). Helsepersonell er lovpålagt å melde avvik ved ethvert helseforetak (Helsepersonelloven, 1999, §17). Hensikten med å melde avvik er å dokumentere feil for å lære av dem og dermed bedre pasientsikkerheten. Målet kan være å oppnå tilfredsstillende bemanning, ressurser til kunnskapsutvikling blant ansatte, mer utstyr, forbedring av arbeidsmiljø eller –rutiner (Ulvund, Rokstad, Vatne, 2017). Til tross for økt fokus på pasientsikkerhet og de siste årene mangler man fortsatt kunnskap omkring omfanget av pasientskader, spesielt i kommunehelsetjenesten. Her finnes mengder av mørketall av uønskede hendelser som ikke blir dokumentert eller meldt (Aase, 2015).

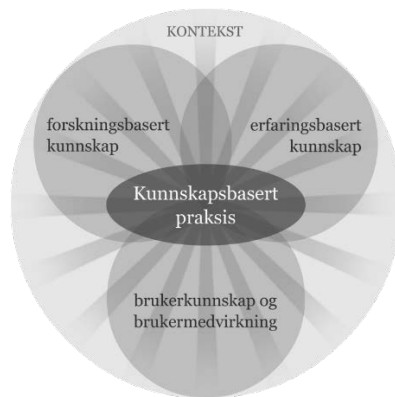
### **2.3 Sykepleiers kunnskap og kompetanse - kunnskapsbasert praksis**

Innen sykepleie har man i flere tiår vært opptatt av ulike typer kunnskap. Man har diskutert hvordan de ulike kunnskapsformene er tilstede i utøvelse av sykepleie og hvilken status og vekt de bør ha. De aristoteliske begrepene *teche* (håndverkskunnskap), *episteme* (viten) og *fronesis* (klokskap) er aktuelle den dag i dag (Alvsvåg, 2009). En sykepleiers kunnskap kan deles inn i teoretisk-, praktisk-, etisk- og erfaringskunnskap (Nordtvedt et al., 2012). Den teoretiske kunnskapen danner grunnlaget for å forstå, handle og reflektere i hver enkelt situasjon. Praktisk kunnskap vil si å kunne anvende og beherske ulike metoder, teknikker og fremgangsmåter tilpasset den enkelte pasients behov, i dette tilfellet å forebygge trykksår. Teoretisk og praktisk kunnskap omhandlende forebygging av trykksår inngår i sykepleiers utdanning, både gjennom pensumlitteratur, forelesning, praktiske øvelser i ferdighetsavdeling og fra klinisk praksis (Johansen et al., 2015). Etisk kunnskap viser seg i holdninger og handlinger og evnen til å handle moralsk korrekt, bedømme situasjoner og håndtere etiske dilemmaer. Erfaringskunnskap handler om å kunne koble teori og praksis sammen (Nordtvedt et al., 2012). Sykepleier bruker praktiske ferdigheter, rasjonelle ferdigheter og samhandlings ferdigheter i sin utøvelse av sykepleie i forhold til å forebygge trykksår, dette vises ved at beboerne blir risikovurdert og ved at riktige forebyggende tiltak iverksettes og følges opp (Holte et al., 2016). Det er i tillegg en forutsetning med individtilpasset sykepleie som krever evne til å reflektere, kritisk vurdere, nyansere og anvende faglig skjønn (Nordtvedt et al., 2012; Flovik, Normann, Mølsted, 2008). Kompetanse kan beskrives

som «evnen til å gjøre noe», en omsetter kunnskap til ferdigheter. Sykepleiekompetanse er ikke statisk, men utvikler og endrer seg over tid og viser seg i måten oppgaver utføres og løses på (Kristoffersen, 2015). For at sykepleier til enhver tid skal være oppdatert omkring det å forebygge trykksår, er det viktig at kunnskap og kompetanse kontinuerlig utvikles og vedlikeholdes. Dette kan blant annet gjøres daglig gjennom faglig diskusjon og kommunikasjon, ved å anvende oppdaterte kliniske retningslinjer for forebygging, delta på kurs og læringsprogrammer og ved å sette seg inn i forskningsbasert litteratur omkring tematikken (Källman og Suserud, 2009). En nyere studie foretatt blant sykepleiere i norsk kommunehelsetjeneste, viste at kompetansen innen sykepleie til eldre var omfattende og kompleks. De mest relevante kategoriene innen kompetanse som kom frem i studien var; helsefremming, sykdomsforebygging, behandling, palliativ pleie, etiske vurderinger, å dekke grunnleggende behov, kommunikasjon, dokumentasjon i tillegg til iverksettelse av forebyggende tiltak (Bing-Johnsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold og Foss, 2014). Samtlige kategorier innen kompetanse inngår i det å forebygge trykksår hos beboere på sykehjem. Målet for sykepleiekunnskap og -kompetanse er å forebygge helseproblemer, bedre helse hos pasienter som skal lære å leve med utfordringer eller å sørge for at pasienter opplever en fredfull død (Flovik et al., 2008, Nortvedt et al, 2012).

Norsk Sykepleierforbund sier følgende om sykepleiepraksis; «NSF mener at sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert og bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap, pasientens/brukerens valg og verdipreferanser» (Flovik et al., 2008). Formålet med kunnskapsbasert praksis er å utvikle sykepleiers kompetanse i det kliniske felt. Kunnskapsbasert praksis i forhold til å forebygge trykksår vil si at sykepleier anvender forskjellige typer kunnskapskilder i praksis. Kunnskapskilder som er *forskningsbasert*, som for eksempel kliniske retningslinjer, *erfaringsbasert*, å nytte egen og andres erfaringer i forhold til forebygging og *kunnskap om bruker og brukervedvirkning*. Rammene eller konteksten sykepleier arbeider innenfor, i denne studien innenfor sykehjemmets rammer, påvirker hvordan praksis utøves. Forebygging av trykksår hos skrøpelige eldre på sykehjem kan være utfordrende. Noen beboere kan ikke selv medvirke og gi uttrykk for egne ønsker og behov. Sykepleiers rolle i forhold til brukerkunnskap er å legge til rette for at riktige beslutninger tas på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap og ved å nytte egne og andres erfaringer. Modellen for

kunnskapsbasert praksis viser hvordan kunnskap og kontekst henger sammen (figur 2.1). De ulike kunnskapsformene i modellen blir i det følgende beskrevet.



Figur 2.1.

(Helsebiblioteket.no)

Forskningsbasert kunnskap er kunnskap som er systematisk utviklet. Denne type kunnskap kalles også vitenskapelig kunnskap og fremstilles i bøker, tidsskrifter, vitenskapelige artikler. Forskningsbasert kunnskap bidrar til at sykepleier holder seg oppdatert og utvikler sine evner. Det gir en økt forståelse ved å identifisere, forklare og beskrive fenomener, årsaksforhold og utbredelse av en tilstand (Nordtvedt et al, 2012).

Erfaringsbasert kunnskap er knyttet til den erfaring en som sykepleier erverver seg ved å være yrkesaktiv. Kunnskapen blir utviklet gjennom refleksjon og evaluering av egen og andres sykepleie, en bevisstgjøring innen personlig og klinisk kompetanse. Erfaringsbasert kunnskap kan blant annet også kalles *faglig skjønn, klinisk blikk, taus kunnskap, praksiskunnskap og intuisjon* (Nordtvedt et al., 2012).

Brukerkunnskap og brukervedvirkning omfatter hensynet til pasienten og dennes situasjon. Pasient og bruker har rett til medvirkning (pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Hensyn til pasientens medvirkning, ønsker og behov skal ivaretas gjennom dialog med den enkelte pasient, deres pårørende eller aktuelle brukergrupper. Sykepleier må søke kunnskap omkring den enkeltes situasjon for å utøve individuell pleie og behandling (kunnskapsbasertpraksis.no).

Kontekst vil si det miljø eller sammenheng kunnskapsbasert praksis finner sted. Konteksten påvirker alle elementene i modellen og fremstilles derfor som en ramme rundt de tre kunnskapsformene. Lokalisering, tilgang på ressurser, kommunikasjon, samhandling og etiske forhold er aspekter det tas høyde for. Praksis vil være ulik i hvert pasient møte fordi kontekst, erfaring og tematikk vil være ulik (Nordtvedt et al. 2012, Alvsvåg, 2009).

Behovet for faglig oppdatering innen forebygging av trykksår er avhengig av den enkelte sykepleiers og arbeidets behov knyttet til pasientgrupper og deres utfordringer (Nordtvedt et al., 2012). En stor del av beboere på sykehjem er i risiko for å utvikle trykksår, og sykepleiers behov for jevnlig oppdatering innen tema vil derfor antas å være nødvendig (Johansen et al., 2015, Pagan et al., 2015).

## **2.4 Læringskultur og kunnskapsutvikling på sykehjem**

For at en organisasjon skal være god på kunnskapsutvikling og læring omkring forebygging av trykksår, er det en forutsetning at kunnskapsdeling og læringsverdier i organisasjonen verdsettes. Dette fordrer ifølge Filstad Jakobsen (2010) et kontinuerlig fokus på læring fra både sykepleierne, de øvrige ansatte og ledelsens side ved at kunnskapsutvikling innen tematikken har et sentralt fokus i organisasjonens kultur (Filstad Jakobsen, 2010). For å etablere en sterk læringskultur ved sykehjem som organisasjon er det viktig å identifisere en felles forståelse av hva læring, kunnskap og kompetanse er, samt hvilke læringsarenaer som finnes i organisasjonen. En læringsarena kan beskrives som et miljø, en formell eller uformell gruppe, eller et praksisfellesskap hvor kunnskap utvikles, deles og anvendes. Tid og ressurser er ifølge Filstad Jakobsen (2010) avgjørende for en sterk læringskultur. Kunnskapsutvikling krever tid og ressurser og samtidig solid forankring i ledelse på alle nivåer i en organisasjon. Kunnskap- og kompetanseutvikling skal være kontinuerlige prosesser med et konstant fokus på læring for å lykkes, et kortvarig fokus vil ikke være tilstrekkelig. I etableringen av læringskulturen er det dessuten avgjørende at organisasjonen samarbeider omkring en felles målsetning, samtidig som ledelsen må støtte opp omkring og tilrettelegge for læringsprosessene (Filstad Jakobsen, 2010). Aase og Wiig (2010) fremstiller en annen innfallsvinkel, som antas kan være mer formålstjenlig i helsevesenet, nemlig at kunnskapsdeling i en organisasjon påvirker læringskulturen i positiv grad (Aase og Wiig, 2010).

Senge (2006) sier at en lærende organisasjon kjennetegnes ved at medlemmene, her helsepersonell, øker sin kapasitet til å skape de resultatene de ønsker å skape. At man i organisasjonen lærer av og med hverandre for å skape vekst og positive resultater. Med Senges egne ord er lærende organisasjoner;

*«organisations where people continually expand their capacity to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free and where people are continually learning to see the whole together».*

Teorien om lærende organisasjoner deles inn i fem disipliner som hver for seg er personlige fagområder. Disiplinene omhandler hvordan den enkelte tenker, samhandler, drømmer og lærer av hverandre. De fem disiplinene blir i det følgende presentert hver for seg;

**Personlig mestring.** Mestring vil i denne sammenheng si at en har kunnskaper omkring forebygging av trykksår og kan utøve bestemte ferdigheter, som observasjon, vurdering og iverksettelse av forebyggende tiltak. Denne disiplinen omfatter også at man har en forpliktelse til livslang læring som en kontinuerlig prosess, hvor man klarlegger og utdyper personlige visjoner og mål. (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007). Personer med høy grad av personlig mestring vil kunne utvikle sine evner til å oppnå ønskede resultater og vurdere dagens situasjon opp mot en fremtidig ønsket situasjon. I følge Senge (2006) er en organisasjons læreevne ikke større enn læreevnen til organisasjonens medlemmer.

**Mentale modeller** handler om at antakelser, integrerte kulturer og generaliseringer vil kunne påvirke hvordan vi i praksis ivaretar beboerne i forhold til forebygging av trykksår (McInnes, 2015). Våre mentale forestillinger er ofte av ubevisst karakter og kan skape strid hos den enkelte når ny kunnskap blir presentert. Eksempler på mentale modeller som kan skape strid i forhold til å lykkes med å forebygge trykksår, kan i dette tilfellet være bruk av tiltak og kunnskap som er utdatert eller feil, eller at personalet har tanker omkring «at det de kan er godt nok» (McInnes, 2015). Senge (2006) hevder at mentale modeller kan hindre at ny kunnskap og innsikt blir omsatt i praktisk handling. Det er derfor viktig å bringe våre indre bilder frem i lyset gjennom refleksjon, for å bedre kunne åpne seg for andres kreativitet og synspunkter. Mentale modeller kan være en trussel for utvikling av kunnskap i en organisasjon.

**Felles visjon** omhandler det å skape felles mål og verdier som resulterer i en felles identitet. Et felles ønske om å ivareta beboernes behov på en tilfredsstillende måte slik at trykksår unngås. Å skape en felles visjon omfatter organisasjonens evne til å avdekke felles bilder av fremtiden som fremmer ekte innsatsvilje og motivasjon. Visjonen må angå den enkelte, slik at det skapes et personlig engasjement og en gjensidig

forpliktelse. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» er et eksempel på en slik satsing, en felles visjon. Ved at ledere, medarbeidere og pasienter sammen, arbeider mot en målsetning om færre trykksår (pasientsikkerhetsprogrammet.no).

**Teamlæring.** Moderne organisasjoner har fokus på å lære i team. Dersom man ikke oppnår læring i teamene, kan heller ikke organisasjonen lære (Jeong, Lee, Kim, Lee & Kim, 2006) Teamlæring baserer seg på personlig mestring og en felles visjon, og kjennetegnes ved at fellesskapet oppnår gode resultater. Betydningen av å «tenke sammen» er grunnleggende for å oppnå teamlæring eller gruppelæring. Teamene lytter til hverandre, ideer kastes frem og tilbake og man leter etter de beste synspunktene og vurderingene (Senge, 2006).

**Systemtenking.** Er den femte disiplinen og må utvikles parallelt med de fire andre, da systemtenking vil gjøre det mulig å implementere de andre disiplinene (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007). Denne siste disiplinen gjør at teori og praksis utgjør en enhet, og at vi kan «se tingene i et større perspektiv», som en helhet. Denne helhetstenkingen er viktig for lærende organisasjoner ved at hendelser ses i lys av underliggende prosesser og strukturer (Jeong et al., 2006).

De ulike disiplinene er dynamiske med varierende påvirkning i et team. Når et team opplever et trygt klima som er støttende og aksepterende, vil det resultere i et mangfold av ideer og nyskapning. For å lykkes med å være en lærende organisasjon, må man være i stand til å kombinere alle fem disipliner (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007).

### 3.0 METODE

Kapittelet tar for seg studiens metodiske tilnærming og design hvor jeg beskriver metodologiske overveielser som er gjort under planleggingen og gjennomføringen av studien.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien er inspirert av en fenomenologisk- hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilnærming. Fenomenologi blir beskrevet som den enkeltes livsverden. I et helsefaglig perspektiv vil det være pasientopplevelser eller helsepersonellens erfaringer en forsker på (Malterud, 2017, Polit & Beck, 2012). I denne studien har jeg derfor valgt å intervju sykepleiere for å få økt kunnskap omkring deres subjektive erfaringer fra egen praksis på sykehjem. For forsker kan egen forforståelse og egne refleksjoner danne et utgangspunkt for studien, men den fenomenologiske reduksjonen innebærer at fokus likevel rettes mot personene vi studerer. Ved den fenomenologiske tilnærmingen vil forskers egen forforståelse settes i parentes (bracketing) (Malterud, 2017), noe jeg mener ikke er fullt ut mulig i denne studien. Dette på bakgrunn av at jeg ønsket å beskrive sykepleiernes erfaringer, men jeg ønsket i tillegg å forstå og fortolke disse erfaringene. Den hermeneutiske tilnærmingen omhandler fortolkning av meningsfylte fenomener. For at et meningsfylt fenomen skal forstås må det først fortolkes (Kvale og Brinkmann, 2015). I hermeneutikken vektlegges at det ikke kun finnes en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere ulike måter (Kvale og Brinkmann, 2015). I forskningssammenheng vil dette innebære en forståelse av at kunnskap utvikles ved at forsker arbeider seg sirkulært gjennom sitt datamateriale. Der forståelsen av delene i datamaterialet påvirker vår forståelse av helheten, som igjen påvirker forståelsen av delene (Kvale og Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Denne sirkulære fortolkningsmetoden blir kalt den hermeneutiske spiral. I tekstanalysen vil denne hermeneutiske spiralen kunne sørge for en ny og dypere forståelse av datamaterialet (Kvale og Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). I min tolkning av data har det vært viktig å la informantenes stemme fremtre så langt mulig, da det var sykepleiers erfaringer med forebygging av trykksår som var det vesentlige. Gjennom analyse av tekstmateriale fremkom de fenomenologiske nyansene i analysens *manifeste*, åpenbare innhold og den hermeneutiske fortolkningen i det *latente*, underliggende innholdet, altså i temaene (Graneheim og Lundman, 2004). Ifølge Graneheim og Lundman (2004), vil både

manifest og latent innhold ha en grad av fortolkning, men tolkningen varierer i dybde og grad av abstraksjon.

### **3.2 Design**

Studien har et kvalitativt utforskende og beskrivende design. Hvor hensikten er å utforske sykepleieres erfaringer i forhold til det å forebygge trykksår hos beboere på sykehjem. Begrunnelsen for å anvende en kvalitativ tilnærming var å innhente rike data basert på informantenes erfaringer for å få økt innsikt og forståelse for forskningsfeltet. Kvalitativ metode gir nærhet til informantene og kan derved bidra til å styrke forståelsen for forskningsfeltet gjennom et dialektisk samspill (Malterud, 2017, Polit & Beck, 2012).

### **3.3 Forforståelse**

Jeg er utdannet sykepleier med flere års klinisk erfaring og har videreutdannelse i «pleie og behandling av kroniske sår». Jeg har arbeidet på sykehjem som sårkontakt hvor jeg har opparbeidet meg kunnskapsforståelse og kompetanse innen tematikken. De tre siste årene har jeg undervist for sykepleiestudenter på bachelor i sykepleie innen fagfeltet. Det vil si at som forsker har jeg stor interesse og kunnskaper omkring sårbehandling og forebygging av sår, noe som har vært en viktig motivasjonsfaktor for denne studien. Det å være bevisst egen forforståelse har derved vært en viktig ressurs for å unngå feilslutninger (bias) gjennom hele forskningsprosessen. Spesielt i møte med data for å være tro mot det informantene ønsket å formidle av sine erfaringer (Malterud, 2017).

### **3.4 Utvalg**

Denne studien benyttet et strategisk utvalg. Strategiske utvalg egner seg i kvalitative studier da utvalget baseres på forskers erfaringer og vurderinger omkring hvem som best egner seg til studien (Malterud, 2017). Sykehjemmene ble valgt ved hjelp av en oversikt over fylkets sykehjem som jeg søkte frem på nettet. For å sikre et robust og variert utvalg ble sykepleiere på sykehjem ved både bykommuner og landkommuner inkludert. På denne måten ble problemstillingen belyst fra ulike sider (Malterud, 2017). De ulike virksomhetslederne ved sykehjemmene ble først kontaktet. De ble informert



muntlig om den planlagte studiens hensikt, metode, inklusjons- og eksklusjonskriterier og diverse informasjonsskriv ble tilsendt umiddelbart etter telefonsamtalen. Det var de ulike avdelingsledere ved de respektive sykehjem som forespurte hver enkelt informant om de ønsket å bli inkludert i studien. Avdelingssykepleiere sendte meg kontaktinformasjonen til de utvalgte sykepleierne på mail, slik at jeg som forsker etablerte kontakten for videre avtaler med informantene. Selv om rekrutteringsprosessen bidro til en positiv interesse fra praksisfeltet i forhold til studien, var det tidkrevende å få kontakt med sykepleierne i sykehjemmene da ikke alle har daglig innsyn i sin jobbmail. Informasjon og samtykkeerklæring ble sendt per mail, inkludert en takk for at de var villige til å delta i studien.

Følgende inklusjonskriterier ble anvendt: Sykepleiere med stilling over 50%, menn eller kvinner, uavhengig av alder, kjønn, nasjonalitet og yrkeserfaring for å sikre bredde og variasjon i data (Thagaard, 2010). Eksklusjonskriterier var: Sykepleiere i stillinger under 50% og ledere. Målsetning med utvalget var å få økt kunnskap om erfaringen til sykepleiere som arbeider med og for beboerne i sykehjem. Sykehjemmene var kommunalt drevet og befant seg innenfor samme fylke. De syv informantene kom fra fem ulike sykehjem. I kvalitativ forskning er ikke utvalgsstørrelsen nødvendigvis av betydning så lenge informantene gir rike data (Kvale og Brinkmann, 2015). De syv informantene var alle kvinner, en mer detaljert beskrivelse av bakgrunnsopplysninger fremkommer i tabell 1.

**Tabell 1:** Bakgrunnsopplysninger (N = 7)

<b>Karakteristika</b>	<b>Gjennomsnitt</b>	<b>Variasjonsbredde</b>
Alder (år)	40	25-53
Erfaring som sykepleier (år)	10	3-31
Ansatt ved samme sykehjem (år)	7	1-13
Antall beboere ved avdelingen (stk)	17	14-25
Stillingsstørrelse (%)	95	80-100

Type avdeling; 5 somatisk langtids-, 1 korttid-/rehabiliterings- og 1 skjermet langtids avdeling.
Sykepleier/sårkontakt/sårsykepleier; Til sammen 7 sykepleiere hvorav 3 var sårkontakter. 1 av sårkontaktene var utdannet sårsykepleier.

### 3.5 Datainnsamling

Studien benyttet individuelle semi-strukturerte intervju. Et intervju kan være mer eller mindre strukturert, alt etter hva forsker vil ha belyst og på hvilken måte (Malterud, 2017). I et strukturert intervju har man et eller flere tema som skal belyses ut i fra fastlagte spørsmål. Den semi-strukturerte intervjuguide som ble utarbeidet og avendt i denne studien var delt inn i tematiske områder med spørsmål og nøkkelord (Kvale og Brinkmann, 2015, Malterud, 2017). Det første intervjuet var tenkt som et pilotintervju, det ble utarbeidet et tilleggsspørsmål etter pilotintervjuet (Vedlegg 1). Pilotintervjuet inneholdt rike data og ble derfor transkribert og analysert sammen med de andre seks intervjuene.

Individuelle intervju ble vurdert til å egne seg best for denne studien, fordi jeg søkte erfaringer fra den enkelte sykepleier kontekstuellt. En annen intervjuform som kunne vært aktuell å bruke er fokusgrupper hvor informantene påvirker og motiverer frem hverandres uttalelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg var derimot *ikke* interessert i at sykepleierne skulle påvirke hverandres svar fordi man gjennom gruppesamtaler genererer en annen type kunnskap i forhold til konteksten. Ved individuelle intervjuer gir man derimot den enkelte deltaker tid og rom til å komme med erfaringer og opplevelser som kan kreve trygghet for å deles (Malterud, 2017).

Hvert intervju ble innledet med en uformell samtale hvor introduksjonsbrevet kort ble gjennomgått, uavklarte spørsmål ble besvart og informanten avleverte utfylt bakgrunnsopplysningsskjema og underskrevet samtykkeskjema. Det ble vektlagt at den enkelte informant ikke måtte føle intervjuet som en test på deres kunnskapsnivå, men at hensikten var å belyse sykepleiers erfaringer fra egen praksis. Stemningen som ble skapt før hvert enkelt intervju opplevdes som uanstrengt og med en god tone. Semi-

strukturert intervju åpnet opp for en god dialog og fleksibilitet som ga rom for personlige refleksjoner omkring de ulike temaområdene. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig at intervjuer har improvisatoriske evner for å kunne stille oppfølgende spørsmål, ha evne til å lytte og lese informantens verbale og nonverbale språk. Det var avgjørende at jeg møtte godt forberedt til hvert intervju, ved å blant annet ha inngående kjennskap til innholdet i intervjuguiden. Kjennskap til fagfeltet gjorde meg i stand til å stille utdypende spørsmål for å få frem nyanser under intervju og selve analyseprosessen. Under intervjuet var jeg bevisst på å unngå å påvirke informantens svar på bakgrunn av egen forforståelse (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuene ble avrundet med spørsmål om informanten ønsket å fortelle noe mer, eller om det var noe intervjuer ikke hadde tatt opp. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene i deres arbeidstid for å lette rekrutteringen. Jeg brukte digital lydopptaker og transkriberte intervjuene fortløpende for å kunne justere og forbedre spørsmålene til neste intervju, inkludert det å oppdage eventuelle mangler i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2015, Malterud, 2017). Hvert intervju varte fra 30 til 45 minutter. Alle intervjuene ble transkribert av meg verbatim. Dialekter ble omgjort til bokmål og latent lydinnhold som latter, lengre pauser, sukk og liknende ble tilføyd i transkripsjonen. Tekstmaterialet utgjorde til sammen 63 A4 sider med linjeavstand 1,5.

### **3.6 Data analyse**

Datamaterialet fra de syv intervjuene ble analysert trinnvis med inspirasjon fra Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse. Da kvalitativ forskning genererer store mengder data ble denne trinnvise analysemetoden vurdert som velegnet. I følge Graneheim og Lundman (2004) vil en innholdsanalyse omfatte en systematisk bearbeidelse av tekst gjennom flere trinn som starter med meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, koder, kategorier og tema (Graneheim og Lundman, 2004; Graneheim, Lindman og Lundman, 2017). For å tydeliggjøre analyseprosessen beskrives prosessen trinnvis som følgende:

Den transkriberte teksten ble først lest igjennom flere ganger for å danne et overordnet inntrykk av datamaterialets innhold. Det var viktig at jeg var bevisst min forforståelse som sårsykepleier og min teoretiske bakgrunnskunnskap, da hensikten var å ha fokus på

den enkelte informants stemme (Graneheim og Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017).

Videre ble hele teksten fra alle syv intervjuene organisert i «meningsbærende enheter». Meningsbærende enheter er korte eller lengre deler av en tekst, som forteller noe om fenomenet som studeres (Graneheim og Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene ble utvalgt for å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål, og ble kopiert fra det transkriberte materiale over i første kolonne til venstre i tabell 2. Hvert utsagn ble markert med «kandidat» for å skille den enkelte informants utsagn fra de andre, for eksempel «Kandidat A». Dette bidro til å starte oppryddingen i det store tekstmaterialet.

Deretter ble meningsenhetene «kondensert» som vil si at teksten ble forkortet, men samtidig inneholdt helhetlige utsagn. Kondensering er nødvendig for at forsker skal få et gradvis bedre overblikk over det sentrale innholdet, og teksten skal bli mer håndterlig. Den forkortede teksten ble skrevet over i neste kolonne i tabellen (tabell 2). I denne fasen var det viktig å unngå å fortolke innholdet for å ivareta informantens utsagn og stemme (Graneheim og Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017).

I neste trinn ble kondensert tekst omgjort til «koder». Dette var en omstendelig og tidkrevende prosess, der teksten ytterligere ble forkortet. Den kondenserte teksten ble fargekodet. Dersom flere informanter snakket om de samme tingene ble dette samlet og forkortet. Det ble videre formulert en egen «samlebetegnelse», som kortfattet beskrev innholdet og ført i tredje kolonne (tabell 2). Det var viktig å fortsatt være nær teksten når kodingen pågikk, for ikke å miste informantens stemme. I følge Graneheim og Lundman (2004) bør koden svare på studiens hensikt eller formål da kodene hjelper forsker å reflektere over sine data på en ny måte.

Kodene ble så gruppert i «kategorier», ved at alle kodene som hadde noe til felles ble samlet. Hele «settet» med koder ble gjennomlest flere ganger for å finne ut av hva den enkelte kode omhandlet. Hver kode som omhandlet det samme ble nummerert og kodene som tilhørte samme nummerering ble plassert sammen i en ny tabell.

Samlebetegnelsen for de sammensatte kodene utgjorde analysens kategorier. Dette var en tidkrevende prosess hvor koder ble flyttet frem og tilbake og kategoriens titler ble endret og tilpasset. Kategoriene kan ses på som det manifeste innholdet i en tekst på et beskrivende nivå som er tekstnært uten fortolkning (Graneheim et al., 2017). De valgte kategoriene viste tydelig at de ulike sykepleiernes utsagn skilte mellom positive og

negative erfaringer med å arbeide med forebygging av trykksår. Jeg valgte derfor å fremstille kategoriene med fokus på «fremmere», det vil si hva som virket positivt inn på forebygging og «hemmere», det vil si hva som virket negativt inn på forebygging. Et eksempel fra innholdsanalysen kan leses av tabell 2. Til dette punkt i analysen har forsker forholdt seg til det manifeste budskapet, det faktiske, synlige og åpenbare budskapet (Graneheim og Lundman, 2004).

Til slutt ble «tema» identifisert på bakgrunn av kategoriene ved å finne en dekkende formulering som passet både til den positive kategorien og den negative kategorien. Et tema blir ifølge Graneheim et al. (2017) referert til som det latente budskapet, den underliggende meningen. Hvor forsker anvender sin forforståelse og forutsetninger til å utarbeide fortolkede tema. Et eksempel på tema med tilhørende kategorier og koder fremkommer av tabell 2. Analyseprosessen ble diskutert med kollegaer, veileder og med studenter på oppgaveseminarer for å styrke studiens troverdighet.

**Tabell 2:** Eksempel fra innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
«Jeg tror vi gjør det hele veien egentlig. Man passer jo på, observerer kroppene hver dag. Hvis de blir røde på hælene så har vi noen skumputer og sånn, som vi fester på. Jeg tror vi er flinke å forebygge og passe på de. At de ikke får trykksår, eller at vi får det fort vekk hvis vi oppdager begynnende trykksår. Ved som sagt å bruke madrasser, puter, snuing og sånn.»	Vi observerer kroppene hver dag. På røde hæler bruker vi skumputer som vi fester på. Vi får det fort vekk hvis vi oppdager begynnende trykksår, ved blant annet snuing, madrasser og puter.	Daglig observasjon av kroppene og iverksetter forebyggende tiltak deretter.	Vi er <i>gode til</i> å observere, vurdere og iverksette forebyggende tiltak.	Rutiner for forebygging av trykksår
«Det blir jo litt igjen sånn med utstyr, hvis vi ikke har tilgjengelig. Vi har to madrasser og begge som bruker dem er	Vi har to madrasser, og begge som bruker dem er veldig utsatt for trykksår. Vi	Mangler avlastende madrasser, har for få.	Kliniske observasjoner, vurderinger og iverksettelse av	

veldig utsatt for trykksår, men vi trenger egentlig og til den tredje. Det har jo med økonomi å gjøre, vi får ikke automatisk noen nye fordi vi trenger det.»	trenger egentlig en til, til en tredje person. Det har med økonomi å gjøre, vi får ikke automatisk en når vi trenger det.		forebyggende tiltak er <i>utfordrende</i> i praksis.	
---	---	--	--	--

### 3.7 Metodologiske overveielser

I kvalitativ forskning er troverdighet et overordnet begrep som omhandler kvaliteten av studien. Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet er vesentlige aspekter av troverdighetsbegrepet (Graneheim og Lundman, 2004). Disse aspektene brukes ofte i kvalitative studier da de menes å fange kvaliteten bedre enn begrepene om validitet og reliabilitet (Graneheim og Lundman, 2004). Fremstillingen av gjennomføringen av en studie og dens kvalitative analyseprosess sier noe om en studies troverdighet (Drageset og Ellingsen, 2010). For å sikre troverdighet i forhold til eget studie ble følgende vektlagt:

Pålitelighet (engelsk dependability) forteller noe om studiens nøyaktighet i forhold til innsamling og analysing av data. I denne studien ble data samlet inn i løpet av kort tid, med etterfølgende transkripsjoner av hvert enkelt intervju, hvilket sier noe om at sykepleiernes uttalelser er konsistente for utvalget i denne studien. Foretar man derimot datainnsamling over lang tid kan man risikere inkonsistens i datamaterialet (Graneheim og Lundman, 2004). Den store datamengden som intervjuene genererte i denne studien ble analysert etter inspirasjon fra Graneheim og Lundmans (2004) anerkjente trinnvise innholdsanalyse. Analysemetoden var utfordrende for en uerfaren forsker, men med god støtte og rådgivning fra veileder gjennom prosessen ble analysen diskutert og ferdigstilt. I tillegg har medstudenter og to faglærere kommet med konstruktive tilbakemeldinger. I følge Thagaard (2010) styrkes troverdigheten ved at flere forskere diskuterer og samarbeider gjennom forskningsprosessen.

Gyldighet (engelsk validity eller credibility) sier noe om studien har undersøkt det man skulle undersøke (Graneheim og Lundman, 2004). Ved å begrunne og gjøre rede for valg som er gjort underveis i studien har jeg som forsker forsøkt å gjøre hele prosessen

transparent for leseren. At leser gis en slik innsikt kan ifølge Malterud (2017) kalles for intersubjektivitet og vil kunne styrke gyldigheten av studien. Med utgangspunkt i at «problemstilling bestemmer metode» har jeg valgt informanter og datainnsamlingsmetode som har gitt svar på min problemstilling. Den enkelte sykepleiers erfaringer var i fokus. Det var en relativt god spredning blant sykepleierne med hensyn til alder og ansiennitet, noe som styrket studiens kvalitet og bidro til å belyse de ulike tematiske områder fra ulike vinkler.

En studies overførbarhet (engelsk transferability) avhenger av kontekst og hvorvidt resultatene fra studien kan overføres til liknende kontekster (Malterud, 2017). Ved å redegjøre for valg av informanter og deres arbeidssted samt ved å beskrive trinn i forskningsprosessen, har jeg som forsker gjort det mulig for leseren selv å avgjøre om studien er overførbar til liknende kontekster.

### **3.8 Forskningsetiske overveielser**

Medisinsk forskning omfatter mennesker og er underlagt etiske standarder og retningslinjer for å beskytte individets helse og rettigheter. Som forsker har jeg gjort meg kjent med og fulgt alle formelle forskningsetiske prinsipper og regler (Malterud, 2017). Etiske prinsipper fra Helsinkideklarasjonen (2013) er fulgt i forhold til; informert samtykke, informasjon i forhold til konsekvenser med studien, konfidensialitet og anonymitet (Helsinkideklarasjonen, 2013; Thagaard, 2010). Det var avgjørende at jeg som forsker presenterte studiet og meg selv på en tillitsvekkende og engasjerende måte for å få adgang til praksis og vekke interesse for prosjektet. De deltakende sykepleiere fikk skriftlig og muntlig beskjed om at deltakelse var frivillig og at de på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg, uten konsekvenser. Som kvalitetssikring er malen til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD, nummer 57705) brukt i informasjonsskriv til deltakerne (Vedlegg 2). Datamateriale ble oppbevart slik at konfidensialitet og taushetsplikt ble overholdt (Thagaard, 2010, Helsinkideklarasjonen, 2013, Helseforskningsloven, 2008 §16). Data ble registrert og lagret slik at det ikke var mulig å identifisere enkeltpersoner i datamateriale, verken direkte eller indirekte. Innsamlet materiale ble oppbevart på passord-beskyttet pc og lydbånd ble låst ned for å ivareta informantenes verdighet og privatliv. Da studien ikke ville involvere pasienter, ble det vurdert som ikke søknadspliktig til Regional Etisk Komitè (REK). Forskning på

helseopplysninger gjennomført ved et helseforetak reguleres av personopplysningsloven, dette prosjektet ble derfor meldt til og godkjent av NSD, personvernombudet for forskning (NSD, nr. 57705; Vedlegg 2; Helsinkideklarasjonen, 2013, etikkom.no). Ethiske refleksjoner og bevissthet er lagt til grunn for valg som er tatt gjennom forskningsprosessen. Jeg har etter beste evne hatt en kritisk holdning til egen rolle som forsker og egen gjennomføring av prosjektet. Taushetsplikt, anonymitet, autonomi, respekt og lojalitet er viktige prinsipper som har ligget til grunn for min forskning.



## 4.0 FUNN

Følgende tre tema fremkom som et resultat av analyseprosessen; *tverrfaglig samarbeid og involvering, rutiner for forebygging av trykksår og utvikling av kunnskap og kompetanse* på et overordnet nivå. For å forebygge trykksår er en avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid, internt og eksternt. Den enkelte ansattes rolle som profesjonell klinisk utøver er i tillegg av betydning. Funnt fra studien viser at en ved å observere, vurdere og iverksette forebyggende tiltak kan unngå at trykksår oppstår. Til dette er nødvendig kunnskap og kompetanse omkring tematikken en forutsetning. De tre temaene blir i det følgende fremstilt i underkapitler der jeg benytter direkte sitater fra informantene for å støtte opp omkring kategorier og tema. De intervjuede sykepleiere blir i det følgende referert til som *sykepleier* eller *informant*.

### 4.1 Tverrfaglig samarbeid og involvering

Som en nødvendig del av det å forebygge trykksår hos beboere ved sykehjem er man avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Informantene opplevde det som godt samarbeid når de åpent kunne stille spørsmål og diskutere på tvers av profesjoner. Det å dele kunnskap og erfaring med hverandre på egen avdeling og mellom avdelinger på sykehjemmet ble vurdert som verdifullt. Informantenes holdninger og arbeidsstedets kultur i forhold til å samarbeide fremsto som positivt, slik disse utsagnene illustrerer;

*«Jeg synes dem jeg arbeider med er flinke til selv å ta initiativ. De blir oppmerksomme ved rapportene, vi har en oppsummerende rapport midt på dagen. Her spør vi hverandre hva vi trenger hjelp til. Det kan være snuing og andre ting» (Kand. B).*

*«Vi har en sårsykepleier som er knyttet til sårklinikken som vi har nede (...) Når vi trenger ekspertråd, så har vi gått ned til dem» (Kand. E).*

Andre avdelinger og instanser i kommunen var også viktige i det tverrfaglige samarbeidet. Fysioterapeut- og ergoterapeutteamet ved de enkelte sykehjem, sykehjemslege, hjemmetjeneste, kommunal sårklinikk og aktuelle avdelinger på sykehuset ble identifisert som viktige samarbeidspartnere. Eget kjøkken ved noen av sykehjemmene ble også ansett som en styrke i det forebyggende arbeidet for å sikre næringsrikt og variert kosthold;

*«Ja, det tverrfaglige er veldig viktig! Vi har eget kjøkken, det er ikke til å undervurdere (...) at vi kan få spesialdietter, med ekstra protein eller energi (...) Det er et sykehjem som legger til rette for faglig god pleie» (Kand. G).*

Positivt var det også at de hadde ansvarshavende som sto for bestilling og distribuering av trykkavlastende utstyr og hjelpemidler. Dette kunne være både fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, hjelpepleier eller avdelingsleder, ulikt for de ulike sykehjemmene og deres avdelinger;

*«Ja så har vi et veldig godt samarbeid med fysio og ergo, sånn at vi får avlastningshjelpemidler og gode madrasser og alt dette. Bestilling av hjelpemidler skal gå via dem, sånn at de til enhver tid vet hva som er i bruk hvor». (Kand. G).*

*«Trenger vi noen hjelpemidler går vi til hjelpepleieren som har ansvar. Så hører hun vel med leder om vi har budsjett til å bestille» (Kand. D).*

Involvering av beboerne ble også fremstillet som en viktig del av det tverrfaglige arbeidet. Det opplevdes positivt og nødvendig å involvere beboere i egen forebygging av trykksår. Dette ble gjort ved eksempelvis å informere om faren ved å ligge eller sitte for mye i ro og hvilke tiltak beboer selv kunne være delaktig i. Her beskriver en av informantene erfaringer i forhold til brukermedvirkning ved sin avdeling;

*«De klare beboerne samarbeider godt. En beboer er klar, men litt deprimert, hun vil ikke ut av rommet sitt. Vi informerer henne og sier at hvis du sitter så mye kan du få trykksår (...) da kommer hun ut. Hun blir med oss hvis vi bruker tid til å informere (...) en god dialog hjelper. En annen pasient passer sin egen treningstid (...) de klare beboerne kan selv ta initiativ.» (Kand. F).*

Til en sengeliggende beboer med demens ble utfordringen løst på en mer kreativ måte;

*«Vi har for eksempel en beboer som er veldig dement og som ligger i èn stilling. Vi flyttet hele sengen slik at hun måtte snu seg for å se ut av vinduet igjen. Det er klart at hun ikke var begeistret for å flytte sengen, men vi sa at nå kan du se både ut av døren og helt inn i fjorden. Og da funka det». (Kand. G).*

Informantenes erfaringer i forhold til tverrfaglighet gjenspeiler at det er et individuelt ansvar hos den enkelte ansatte å be om og søke hjelp. Ved at den enkelte medarbeider selv må opprette kontakten og dermed vite hvem som eventuelt kan kontaktes dersom

det er noe de lurer på. Sykepleierne forteller at et godt tverrfaglig samarbeid er avhengig av god og åpen kommunikasjon mellom de ansatte. Erfaringer var at sykepleierne hadde «hoved-regi» i samarbeidet ved å stå for koordinering og delegering, også i forhold til tverrfaglighet.

*«Her går mye av seg selv. Det er hjelpepleierne som har den tyngste pleien (...) de blir hele tiden satt inn i ting (rutiner/prosedyrer). Det er ingen som sier «å må vi det», det blir bare gjort» (Kand. B).*

Tverrfaglig samarbeid opplevdes som positivt, men på samme tid også utfordrende.

Å diskutere temaet «forebygging av trykksår» var ikke et fokus i personalgruppen i det daglige. Noe som flere av informantene erfarte var et forbedringsområdet ved sin respektive avdeling;

*«Vi er egentlig ganske flinke, men kan bli bedre. Litt lite fokus på det (...) altså med å fange opp de som er i risiko der har vi enormt mye å vokse på. Det må komme tegn til trykksår før vi tenker at her må vi gjøre noe. Vi er litt etterpåkloke når det kommer til det!» (Kand. E).*

*«Jeg mener ikke at pasientenes sikkerhet ivaretas i forhold til selve forebyggingen. Selv om behandlingen av sår er bra, blir selve forebyggingen ikke satt veldig i fokus» (Kand. A).*

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten hadde ved flere av sykehjemmene ansvar for distribusjon og bestilling av hjelpemidler. Egne ansvarshavende ble ansett som en fordel da det sikret en form for oversikt over beholdning av tilgjengelige hjelpemidler og sykepleiers tid i forhold til bestilling ble «frikjøpt». Fordelingen av disse arbeidsoppgavene opplevdes av andre som en utfordring da sykepleierne selv mistet overblikket og det ble blant annet sagt;

*«At hvis vi har en beboer som trenger avlastende madrass og vi ikke har på lageret (på sykehjemmet). Da må vi bestille og det kan ta et par uker. Da blir pasienten liggende på vanlig madrass (...) det kan utvikle seg sår mens han venter». (Kand. F).*

De fleste informantene hadde liten oversikt over antall tilgjengelige madrasser på sitt sykehjem, det samme viste seg i forhold til trykkavlastende puter. Ved at annet personale hadde ansvaret for disse hjelpemidlene, kunne det i noen tilfeller medvirke til

en fraskrivning fra dette ansvaret fra sykepleiernes side. Det fremkom ikke i intervjuene forslag til andre eller bedre løsninger på utfordringen.

At trykkavlastende utstyr ikke alltid var tilgjengelig når det var tiltrengt opplevdes som svært frustrerende. Selv om selve bestillingen var sendt, var det ikke en selvfølge at hjelpemiddelet var tilgjengelig der og da. Det ble heller ikke alltid prioritert som del av sykepleiers arbeidsoppgaver i en travel hverdag. En sykepleier sa;

*«(...) vi må gjerne bestille en madrass eller gå ned på lageret å hente den. Så har man ikke tid til det, det blir kanskje ikke prioritert i en travel hverdag. På lager og hente, fikle, koble og stille inn.. Det blir jo bare et styr (...) ting tar lang tid og du har viktigere ting å gjøre enn å skrive bestilling (...) Skulle veldig gjerne hatt tingene mer tilgjengelige». (Kand. E).*

Samarbeid med beboerne viste seg også å by på utfordringer spesielt når pasientene var dårlige, ikke kontaktbare, inaktive, hadde kognitiv svikt eller en demens diagnose. Det opplevdes nærmest umulig å involvere bruker i forebyggende tiltak, når de av ulike grunner ikke var i stand til det.

*«(...) de demente har liten innsikt i egen sykdomssituasjon, så å involvere dem vil bare føre til mer forvirring (...) vi forklarer gjerne kort hva vi gjør, men ikke noe mer utdypende enn det». (Kand. A).*

*«Korttidsavdelingen har en fått del dårlige pasienter nå. Sengeliggende, palliative, terminale, inaktive pasienter som er veldig utsatt for trykksår». (Kand. A)*

Empirien indikerer at et godt tverrfaglig samarbeid, både på organisasjonsnivå, mellom institusjoner og mellom ansatte og beboere er et viktig medvirkende forhold for å kunne lykkes med å redusere forekomst av trykksår. Et mindre godt tverrfaglig samarbeid kan derimot by på utfordringer.

## **4.2 Rutiner for forebygging av trykksår**

Sykepleierne fortalte innledningsvis i intervjuene at de generelt sett hadde lite trykksår ved sine respektive avdelinger og at deres overordnede inntrykk var at de jevnt over var gode til å forebygge. Noe som gjenspeiles i dette utsagnet;

*«Vi har ikke trykksår på sykehjemmet, lite i alle fall. Så jeg tror vi er ganske flinke til å avlaste dersom beboerne blir sittende eller liggende».* (Kand. B).

Og spesielt viktig var det å fange opp tidlige tegn på trykk og iverksette forebyggende tiltak tidlig;

*«Vi er generelt sett veldig flinke til å se på huden. Vi hjelper de fleste i stell og fanger opp en del da. Hvis noen har litt tegn, tar vi det opp i plenum at her må vi følge med. Men det er spesielt de som er veldig utsatt at vi er føre var på».*  
(Kand. E).

*«Nå er det jo ikke så veldig ofte vi har trykksår. Vi bruker luftmadrasser for å forebygge. Med en gang vi får en pasient som er sengeliggende (korttidsavdeling), så får de luftmadrass. Vi bruker også snuregime, hver 2.-3. time».* (Kand. E).

En sykepleier beskrev forebygging av trykksår som en del av arbeidsrutinene;

*«Det er vel en naturlig rutine vi har som vi automatisk bruker for å forebygge. Vi kaller det ikke sånn spesifikt «nå skal vi forebygge», men vi bruker avlasting, ja jeg tror det er integrert i arbeidsmiljøet vi har».* (Kand. D).

Viten omkring viktighet av avlasting og kunnskap i forhold til trykkavlastende hjelpemidler virket til å være godt integrert ved samtlige sykehjem. Forebyggende utstyr som luftmadrasser, luftputer/ROHO puter, vanlige puter, snuregimer, aktivisering/mobilisering og hudpleie ble nevnt av samtlige informanter. Utsagn som indikerer dette er;

*«Vi bruker disse avlastende totteputene. ROHO ja! Det bruker vi en del til de som sitter mye i alle fall».* (Kand. E).

*«Vi er veldig opptatt av at beboerne ikke skal være i ro, de skal mobiliseres på hva måte som helst. Bare det å sitte fremfor å ligge, stillingsendring generelt, at man hipser litt på dem (...).* (Kand. E).

*«Det fremmer i alle fall god pleie at vi har forståelse for at vi må ha en del utstyr. I forhold til madrasser og hygieneartikler. Tilgang på godt utstyr, ja!»*  
(Kand. D).

Videre påpekes at gode rutiner og prosedyrer i avdelingene virker fremmende for forebygging av trykksår. Eksempelvis faste daglige muntlige rapporter, tavlemøter, faste rutiner for enkelte sengeliggende beboere, skriftlig dokumentering og bruk av risikovurderingsverktøy;

*«Gode rutiner er viktig! Vi har det! (...) hvis noen ser noe blir det rapportert og dokumentert. Så snakker vi sammen om det er fare for trykksår (...).» (Kand. F).*

*«Vi har en tavle på vaktrommet med pasientenes navn. Her står det som er veldig aktuelt for den enkelte. De som har ansvar for den aktuelle pasienten må lese dette og gjøre de oppgavene som står der (...) I tillegg har vi liste hvor pasientens navn, diagnoser og problemstillinger står. Alle får et sånt ark, med pasientens problemer og tiltak som skal gjøres». (Kand. F).*

*«Jeg bruker en trykksårscala (risikovurderingsscala). Jeg sjekker hvem som er i fare for å få trykksår (...) da passer vi på ernæring, mobilisering, stillingsendring, observasjon og sånne ting». (Kand. F).*

Sykepleiernes holdninger til og kunnskaper omkring forebygging av trykksår var oppløftende og positiv. Til tross for dette oppleves praksis noe mer utfordrende enn som så.

Sykepleierne erfarte at de allikevel ikke var gode nok til å være føre var, men at det forebyggende arbeidet i perioder var preget av etterpåklokskap. Det kan være ulike grunner til det og de neste utsagn illustrerer dette;

*«(...) ehm, jeg synes jo folk er flinke, men ikke flinke nok. Når vi ser at det begynner å bli et sår, så er vi kanskje ikke flinke nok til å sette i gang det trykkavlastende tiltaket før det er for seint (...) og da er det verre å få helet denne huden igjen» (Kand. C).*

Tilgjengelig utstyr og riktig bruk av forebyggende utstyr fremkommer også som en viktig faktor om trykksår skal unngås, noe som ikke syntes å være helt optimalt i praksis;

*«Vi har jo sånne luftmadrasser, men vi har bare sånne gamle. De klarer ikke å sove med dem for der er så mye lyd i dem». (Kand. D).*

*«Vi har to madrasser (luft) og begge som bruker dem er veldig utsatt for trykksår, men vi trenger egentlig til en tredje person. Det har jo med økonomi å gjøre, vi får ikke automatisk noen nye fordi vi trenger det (...) vi må prioritere hvem som trenger den mest». (Kand. B).*

*«(...) Det er ikke så lenge siden, vi fikk en beboer som sa at dere må sjekke trykket (i ROHO puten), og vi ble liksom litt sånn, hæ?! Vi har brukt disse putene feil i lange tider». (Kand. E).*

Sammensatte utfordringer i pasientens tilstand oppleves også som en risikofaktor både for pasienten selv og for helsepersonalet;

*«(...) så fikk han i tillegg vondt i ryggen. Han satt i rullestol og ville ikke legge seg. Han hadde trykkavlastende pute, men det hjalp ikke. Det nytter ikke når han har vondt i ryggen og sitter på». (Kand. C).*

*«(...) at når en beboer blir liggende på grunn av en lungebetennelse. At en da fokuserer sin pleie og behandling inn mot det, enn at en faktisk også tenker på å forebygge trykksår». (Kand. C).*

I tillegg til endringer i pasientens tilstand opplevde sykepleierne også utfordringer og endring i egen arbeidsdag som for eksempel travelhet og sykdom;

*«Av og til er avdelingen faktisk ganske tung. Mange sitter i rullestol og trenger heis ved forflytning (...) Noen ganger har vi sykdom og lite bemanning. Da kan ting bli glemt, det skjer av og til». (Kand. F).*

*«Det er tidspunkter hvor vi alltid er utsatt. Da er det faste fagpersonalet færre. Og vi skal allikevel gjøre akkurat den samme jobben. Det er klart at det er da ting skjer. Spesielt sommerferien som er såpass lang». (Kand. G).*

Ved en avdeling virket det som om rutinene for bruk av risikotavle var godt integrert som en del av daglige rutiner. Ved en annen avdeling fantes stadig utfordringer med bruk og nytte av tavlen;

*«Vi har tavlemøter annen hver uke. Ønsket er at det skal bli en helt naturlig del å kaste et blikk på den hver eneste dag. Daglige rapporter har vi i stua, liksom på den andre siden av gangen der, det blir for trangt her (hvor tavlene er)». (Kand. G).*

For å forebygge trykksår er kunnskap og kompetanse hos de ansatte essensielt og den må oppdateres jevnlig. At dette ikke alltid er like enkelt å få gjennomført i praksis kommer frem i neste avsnitt.

### 4.3 Utvikling av kunnskap og kompetanse

Det fremkom av intervjuene at samtlige ansatte hadde likt ansvar i forhold til det å observere den enkelte beboer og iverksette forebyggende tiltak. Ulike typer kunnskap og kompetanse i forhold til å forebygge trykksår ble ansett som viktig. Sykepleierne hadde en formening om hva som var viktig kunnskap i forhold til forebygging. Teoretisk kunnskap var et viktig grunnlag for å vite hva man for eksempel skulle observere og vurdere hos beboerne. Erfaringskunnskap gjorde dem i tillegg bedre rustet og i stand til å ivareta forebyggende behandling, da de gjennom erfaring hadde sett «hvor galt det kunne gå» om de ikke fikk forebygget godt nok. De øvrige ansatte opplevdes av sykepleierne som positive i forhold til å utvikle og øke sin kunnskap og kompetanse;

*«Det er viktig å vite at man faktisk må snu og passe på beinfremspring og at det ikke blir rødt».* (Kand. B).

*«Kompetanse og kunnskap oppsøkes når du ser behovet for det. Og da gjerne ved å forhøre seg med kollegaer, lese brosjyrer og teori som finnes tilgjengelig»* (Kand. A).

*«Jeg tenker at det kliniske blikket er viktig, å kunne se litt frem og tenke konsekvenser (...) at du kan forebygge på den måten og innhente hjelpemidler tidlig».* (Kand. A).

I forhold til egen kompetanse mente sykepleierne at det var viktig og nødvendig med jevnlig oppdatering av grunnleggende teoretisk kunnskap kombinert med erfaring;

*«Vi har jo den basiskunnskapen vi har fra grunnutdannelsen vår (...) og vi er jo klar over aldringsprosessen og den skjøre gamle. Du vet at han kanskje ikke spiser nok eller sitter mye (...) Da skal man kunne lage tiltak som for eksempel holder huden hel».* (Kand. C).



*«Det er viktig å jobbe sammen synes jeg. Fordi de nyutdanna har ny teori om forebygging av sår og sånn, som jeg ikke har (...) Men også kunne lære de gamle måter og metoder som vi bruker og som virker godt. Man kan få mye av hverandre, hvis man kan jobbe sammen da».* (Kand. D).

Det var en felles forventning om at sykepleier hadde kunnskap og kompetanse omkring forebygging av trykksår, i tillegg fremkom det at kunnskap hos de øvrige ansatte var like viktig;

*«Ja jeg tenker på de andre yrkesgruppene (...) Jeg blir bevisst på det nå! Det er jo høyaktuelt med kunnskap om forebygging av trykksår for alle. For det er jo de som går veldig mye ut i stellet og gjør observasjoner i forhold til rødhet og hud og inaktivitet. At vi ikke kun er opptatt av opplæring av kun oss sykepleierne (...) I og med effektiviseringen av helsevesenet er blitt som det er blitt så går vi ikke alltid like mye i pleien og har ikke alltid tid til å gjøre observasjonene som skal til for å forebygge (...)».* (Kand. A)

*«Viktig at alle vet hvordan et trykksår ser ut, altså et begynnende trykksår, så man kan fange det opp før det blir et sår. At man kjenner til risikofaktorer og kan sette inn forebyggende tiltak. Det vet man kanskje ikke hvis man ikke er fagutdanna, det visste ikke jeg før jeg ble utdannet (...)».* (Kand. E).

Sykepleierne hadde erfaringer og tanker omkring nødvendighet av en jevnlig oppdatering av teoretisk og praktisk kunnskap. Og kom med eksempler på hvordan de ansatte på best mulig måte kunne oppdatere kunnskap og utvikle sin kompetanse, ved å få delta på kurs, avholde faglunsjer, internkurs, fagdager og liknende.

*«Avdelingsleder er veldig god til å sende oss på forskjellige kurs (...) Når jeg kommer på jobb igjen forklarer jeg hva jeg har lært».* (Kand. F).

*«Sårgruppen har hatt fagdager for avdelingene (...) de som var på vakt kunne komme. Da snakket vi om trykksår og forebygging (...) To dager hadde vi dette».* (Kand. F).

Sykepleierne hadde jevnt over et positivt syn på viktigheten av kunnskap og kompetanse, men erkjente også at det oppsto utfordringer og hindringer i forhold til dette. Selv med en positiv innstilling og et godt faglig arbeidsmiljø møtte personalet

utfordringer i forhold til kursing og faglig oppdatering, som kunne skyldes blant annet travelhet og økonomiske prioriteringer;

*«Det er lite kursing. Hos oss er det så vidt at jeg (sårkontakt) får gå på sårkurs for eksempel. Det blir ikke prioritert».* (Kand B.)

*«Bemanning, ressurser! Det hemmer både internundervisningen og tiden det tar å tilegne seg kunnskap (...)».* (Kand. A).

Opplæring av ekstravakter og nyansatte ble sett på som en stor utfordring. Det kom tydelig frem at mye ved opplæringen var tilfeldig, både i forhold til hva den enkelte skulle lære og av hvem de nyansatte lærte av. Dette uttrykkes som følger;

*«(...) Det er absolutt et forbedringspotensiale i forhold til opplæring i forebygging av trykksår. Det er ikke det som er det viktigste, det kommer lengre ned på listen».* (Kand. E).

*«Noen ganger er vi noen faste som lærer opp andre ganger er det mer tilfeldig (...) stort sett noen med fagkompetanse, men det trenger ikke være det heller (...)».* (Kand. B).

*«Vi har en ganske lang liste som skal hukas av, men det vil jo ikke si at de har fått opplæring i det likevel (...) Det betyr jo ikke at de dermed er opplært (...) Selv om man har snakket om det, så behøver de ikke å ha forstått det».* (Kand. G).

Sykepleierne utviste en viss usikkerhet i forhold til kliniske retningslinjer for forebygging av trykksår. En del av sykepleierne visste ikke om det forelå kliniske retningslinjer og de fleste tvilte på at de i så fall ble anvendt. Det kom i tillegg frem at forskningsbasert kunnskap i like liten grad ble identifisert og anvendt i praksis.

*«Vi har sårpermer som jeg (sårkontakt) har presentert på alle avdelinger. Med kliniske retningslinjer og annen informasjon (...) De blir brukt noen uker etter at jeg har vist dem, så blir de glemt».* (Kand C)

Som det fremgår av funnene er det å forebygge trykksår hos beboere ved sykehjem et sammensatt og komplekst arbeidsområde. Det er flere forhold som bør være på plass og som spiller sammen for at helsepersonell skal kunne lykkes med forebyggingen.

## 5.0 DISKUSJON

Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår. Med hovedfokus på hva slags forhold som fremmer-, hva slags forhold som hemmer forebygging og hva slags kunnskap og kompetanse sykepleier anser som viktig for å forebygge trykksår. Følgende tre tema fremkom som et resultat av analyseprosessen: *tverrfaglig samarbeid og involvering, rutiner for forebygging av trykksår samt utvikling av kunnskap og kompetanse*. De tre hovedtemaene blir i det følgende diskutert i lys av teoretisk rammeverk og seneste forskning. Det er foretatt nye litteratursøk etter at temaene ble identifisert og aktuell ny forskning inkluderes i diskusjonen.

Funnene fra denne studien viste at for å skape et godt tverrfaglig samarbeid ble det sett på som vesentlig kunne stille spørsmål, diskutere og dele kunnskap og erfaring på tvers av yrkesgrupper. Dette var viktige forhold som sykepleierne erfarte bidro til å fremme forebygging av trykksår. Arbeidsmiljøet eller kulturen på de ulike avdelingene ble jevnt over beskrevet som positiv, hvor sykepleier var den som hadde det overordnede ansvar i avdelingen. Sykepleier på et sykehjem skal inngå i den daglige omsorg og behandling av beboerne i tillegg til å ha et overordnet ansvar i forhold til å koordinere og sikre kontinuitet i pleien for den enkelte beboer (Beeckman et al., 2011; Hartmann et al., 2016). Hellestø, Larsen, Obstfelder og Osvold (2016) peker i sin studie på at sykepleiernes møte med stadig flere produktivitets- og effektivitetskrav har ført til en naturlig forskyvning fra det pasientnære arbeidet til mer organisatoriske- og administrative oppgaver. Annet helsepersonell og ufaglærte står derfor for store deler av den pasientnære kontakten på sykehjem (Hellestø, Larsen, Obstfelder, Osvold, 2016), dette ble også bekreftet i min studie. På bakgrunn av dette anses det som avgjørende at sykepleier har viten omkring og kan gjøre nytte av andre yrkesgruppers erfaringer og kompetanse, for at det tverrfaglige samarbeidet omkring beboerne skal fungere optimalt (Alvsvåg, 2009). Begrepet tverrfaglig samarbeid innebærer at ulike profesjoner og faggrupper arbeider mot et felles definert mål hvor de har en avklart rollefordeling, samt har hyppige samarbeidsmøter (Schottenfeld, Petersen, Peikes, Ricciardi, Burak, McNellis, Genevro, 2016). En systematisk kunnskapsoppsummering pekte på nettopp dette. At viktige medvirkende forhold for å redusere forekomst av trykksår, var blant annet god kommunikasjon, tverrfaglig samarbeid og oppmuntring og motivasjon blant de ansatte (Pagan et al, 2015).

Forekomst av en uønsket hendelse, som det å få et trykksår, avhenger ifølge Aase (2015) i stor grad av pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. Viktige forutsetninger for en vellykket pasientsikkerhetskultur er at ledere og ansatte har felles verdier og holdninger omkring hvordan man reduserer forekomsten av trykksår på sitt arbeidssted (Aase, 2015). Det viser betydningen av å ha en felles visjon i en organisasjon (Senge, 2006). Hyppige samarbeidsmøter mellom profesjoner kan antas å ville styrke pasientsikkerhetskulturen og arbeidsmiljøet ved sykehjem (Schottenfeld et al., 2016). Det fremkom av denne studien at det ble avholdt jevnlig avdelings- og personalmøter, men det ble ikke spesifisert at kvalitetsarbeid, felles verdier og holdninger var en del av tematikken på møtene, det er derfor uvisst hva innholdet i disse møtene besto i. En større pasientsikkerhetsundersøkelse fra 2017 utført ved flere norske sykehjem, pekte på at ansatte med høy stillingsprosent opplevde signifikant høyere arbeidstilfredshet som igjen hadde innvirkning pasientsikkerhetsfaktorer som blant annet arbeidsmiljø (Bondevik et al., 2017). Undersøkelsen samsvarer med denne studien i forhold til at samtlige informanter var ansatt i store stillinger og ga i stor grad uttrykk for tilfredshet i sitt arbeide. Det kan derfor antas å være et medvirkende forhold som fremmer det trykksårforebyggende arbeidet ved de respektive sykehjemmene. En uønsket hendelse eller et avvik innen sykehjem kan være alvorlig og her finnes store mørketall (Aase, 2015). Ingen av informantene hadde meldt alvorlige grader av trykksår som avvik. På bakgrunn av uønsket variasjon og ulik praktisering i forhold til avvik i kommunene, utvikler Helsedirektoratet nå en «trygghetsstandard» som skal være et felles rammeverktøy for sykehjem og hjemmetjenesten (helsedirektoratet.no). Et pilotprosjekt med oppstart 2016 og slutt medio 2018, der 17 sykehjemsavdelinger er med fra 4 forskjellige kommuner. Her utprøves trygghetsstandarder som også skal forskes på innen områdene; ledelse, struktur og prosesser, kunnskapsbasert praksis, ernæring, omsorg ved livets slutt og innovasjon for å nevne noen (Kvaal, 2017, helsedirektoratet.no). Standardiseringer som dette kan også ha positiv innvirkning for arbeidet med forebygging av trykksår på sykehjem, eller en kan utvikle en trygghetsstandard som fokuserer direkte inn mot tematikken.

Sykepleierne i min studie erfarte at det tverrfaglige samarbeide også kunne by på utfordringer, eksempelvis i forhold til koordinering og administrering av hjelpemidler. Det kunne oppstå trykksår mens de ventet på riktige hjelpemiddel og ventingen kunne skyldes kommunikasjonssvikt eller dårlig tilgjengelighet. Dette er eksempler på forhold

som virket hemmende på forebyggingen og som støttes av forskning. Studier peker på at utilgjengelige ressurser kan være en utfordring når man skal forebygge trykksår og at tilgang til ressurser er avhengig av arbeidsplassens organisering, kommunikasjon, samarbeid og kultur (Dellefield & Magnabosco, 2014; Hartmann et al, 2016). Chamanga (2016) viste i sin studie som omhandlet forebygging av trykksår i kommunehelsetjenesten, en sammenheng mellom det å måtte vente på avlastende utstyr og en hyppigere forekomst av trykksår. Tilgjengelige ressurser omhandler i tillegg tilgjengelig fagpersonale. De intervjuede sykepleiere i min studie erfarte at de ikke var tilstrekkelig fagpersonale, spesielt kvelder, helger og ferier. De erfarte dette som et forhold som virket hemmende på forebygging av trykksår, ved at de ikke fikk brukt tid og ressurser som de burde. Tidligere forskning antyder en sammenheng mellom færre sykepleiere på jobb og en økt forekomst av uønskede hendelser (Flodgren et al, 2017). På bakgrunn av dette kan man derfor anta at faren for at beboere med risiko for utvikling av trykksår er spesielt utsatt i perioder hvor sykepleierbemanningen er lavere. På bakgrunn av kompleksiteten ved tverrfaglige problemstillinger anbefales derfor et større fokus på organisering og ledelse, hvor fokus i større grad rettes mot økte ansattressurser og mot anskaffelse, bedre oversikt- og prioritering av trykkavlastende utstyr.

Involvering og medvirkning brukes i denne oppgaven som et uttrykk for brukermedvirkning. Funn fra denne studien viser at sykepleiernes erfaringer med involvering av «klare» beboere opplevdes gunstig og var et medvirkende forhold som fremmet de forebyggende tiltak. Beboere ble informert om faremomenter og instruert i hvordan de kunne medvirke for å unngå trykksår, og de var selv positive til dette. Nyere forskning støtter funnet ved at pasienter generelt sett var positive til medvirkning og at en økt forståelse av egen situasjon kunne føre til økt deltakelse (Shoeps et al., 2017). Involvering er på samme tid komplekst og avhenger av flere faktorer, som blant annet personlige hensyn hos pasientene, pasientenes sykdomsbilde og tilstand samt helsepersonalelets evne og holdninger i forhold til involvering (Latimer et al., 2014; Scoeps et al., 2017; Roberts et al, 2017). Brukermedvirkning er en av de tre kunnskapsformene som inngår i modell om kunnskapsbasert praksis og som understøttes av lovverket (pasient og brukerrettighetsloven, kapittel 3; helsepersonell loven 1999, § 10). I modell om kunnskapsbasert praksis er det en forutsetning at sykepleier har bakgrunnskunnskaper om den enkelte beboer for å kunne tilby

individuell vurdering, behandling og pleie (Nordtvedt et al., 2012; Meld. St.10(2012-13)). Individtilpasset sykepleie krever evne til å kritisk vurdere, reflektere og nyansere (Flovik et al., 2008). Brukermedvirkning til beboere med demens sykdom, som var terminale eller lite kontaktbare, ble av informantene i min studie erfart som et hemmende forhold. At pasienten ikke hadde forståelse for sitt eget beste og manglet innsikt i eget sykdomsbilde ble sett på som utfordrende. Studier viser til liknende funn ved at det å forebygge trykksår hos pasienter med komplekse tilstander som for eksempel demens viser seg vanskelig (Schoeps et al., 2017, Roberts et al., 2017). Det er derfor avgjørende at helsepersonell bruker sin faglige kunnskap og erfaring til å vurdere beboernes evner og anledning til å kunne medvirke i egen forebygging (Latimer et al., 2014; Roberts et al., 2017; Schoeps et al., 2017). Pårørende kan tenkes å ha en sentral rolle i tverrfaglig samarbeid, også omkring forebygging av trykksår på sykehjem (Kristoffersen, 2015). Fokus på pårørende fremkom derimot ikke gjennom noen av intervjuene i denne studien. En avklaring av pårørendes rolle på et sykehjem vil allikevel antas å være vesentlig å presisere ved den enkelte institusjon, da studier viser at mange pårørende ikke helt vet hva de har lov til å medvirke i (Nordheim, Sommerseth, 2014).

Funn fra denne studien viser at sykepleiernes opplevelse av egne praktiske rutiner i forhold til å forebygge trykksår var gode. Daglig observasjon av den enkelte beboers kropp og kontinuerlig vurdering av endring i beboernes tilstand ble beskrevet som forhold som fremmet forebyggingen. Utsagn som å «fange opp tidlige tegn» for å kunne «iverksette forebyggende tiltak raskt» illustrerte at de hadde kunnskap og kompetanse omkring praktiske rutiner for forebygging. Forskning viser at en oppnår en lavere forekomst av trykksår ved å systematisk identifisere risikopasienter (Blenman & Marks-Maran, 2017). Landets sykehus deltar i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet for forebygging av trykksår og viser til resultater der forekomsten har blitt signifikant redusert (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Tiltak som daglig inspeksjon og pleie av huden, bruk av trykkavlastende utstyr som madrasser og puter, fokus på mobilisering samt en vurdering av pasientens ernæringstilstand er noen av hovedstrategiene i «tiltaks pakken» for forebygging av trykksår (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Forebyggende forhold som også informantene i denne studien var bevisst omkring. Tilsvarende pasientsikkerhetsprogram gjennomført verden over viser også reduksjon i antall trykksår (Blenman & Marks-Maran, 2017), hvilket sier noe om at strategiene som

anvendes er effektive. Formålet med tiltakspakker er å standardisere og forbedre pleie og behandling (NPUAP, EPUAP, 2014; Chaboyer & Gillespie, 2014). Det er derimot ikke bare enkelt å implementere tiltakspakker som del av forbedringsarbeid. Forskning fremhever at viktige suksessfaktorer for å lykkes, har vært; forankring i ledelse, bruk av engasjerte nøkkelpersoner og at samtlige ansatte har vært involvert gjennom hele prosessen (Mallion & Brooke, 2016). Det var i tillegg en forutsetning at endringene som ble innført var enkle og gjennomførbare, da for mange og komplekse endringer kunne resultere i demotivasjon og dermed et hinder for gjennomføring (Moore, 2012; Chaboyer & Gillespie, 2014). Senges (2006) disipliner om «personlig mestring» og «felles visjon», kan sette føringer for hvordan man bedre kan lykkes med å implementere retningslinjer i en organisasjon (Senge, 2006). At man har en personlig forpliktelse til livslang læring og sammen med de øvrige ansatte kan skape en felles visjon om hvordan man på best mulig måte kan skåne beboerne for lidelse ved å forebygge trykksår (Senge, 2006). En av informantene som var sårkontakt ved sin avdeling, fortalte at hun brukte en risikovurderingsskala aktivt i hverdagen. Når risikopasienter skal identifiseres anbefales bruk av både en slik skala i tillegg til at sykepleier anvender sitt faglige skjønn i vurderingen (Blenman & Marks-Maran, 2017). De andre informantene fortalte ingenting om rutinemessige, systematiske observasjoner og vurderinger av beboerne. En kan derfor anta at sykepleierne i denne studien risikovurderte sine beboerne ved bruk av intuisjon og sitt faglige og kliniske skjønn. Studier peker på at det mangler forskning omkring helsepersonells evne til systematisk vurdering av risikopasienter ved sykehjem (Samurivo & Dowding, 2014). Noen av sykepleierne i denne studien fortalte at de var «etterpåkloke», at de startet den forebyggende innsatsen etter at såret var oppstått. Det fremkom i tillegg min studie at flere av informantene ikke hadde kjennskap til om det forelå retningslinjer for forebygging av trykksår ved sitt sykehjem. Dette samsvarer med studier som peker på samme mangelfulle bruk av kliniske retningslinjer (Galant et al., 2010; Källman og Suserud, 2009). På bakgrunn av de positive resultatene tidligere forskning viser til ved anvendelse av tiltakspakker og retningslinjer, kan det derfor antas at ledelse og ansatte ved sykehjem kan skape positive ringvirkninger ved samarbeid omkring en felles visjon. Der de ansatte i alle ledd motiverer og støtter hverandre i implementering og anvendelse av tiltakspakker og systematiske kliniske retningslinjer i sitt arbeid med forebygging av trykksår.

Funn fra denne studien viser derimot at sykepleierne hadde særdeles gode rutiner for rapportering og dokumentering generelt, også i forhold til utfordringer og risiko for utvikling av trykksår. Muntlige rapporter mellom vaktskiftene og «midt på dagen-rapport» ga dem anledning til grundig gjennomgang og diskusjon av den enkelte beboers utfordringer og aktuelle iverksatte tiltak. Skriftlig dokumentasjon og individuelle pleieplaner ble i tillegg jevnlig vurdert og oppdatert. Dette er et godt eksempel fra Senges (2006) teori om «teamlæring», at man i fellesskap tenker sammen, diskuterer, utarbeider felles mål og oppnår gode resultater. Flere studier viser til motsatte resultater, nemlig manglende oppfølging i forhold til behandlingsplaner og dokumentasjonsrutiner både når det gjelder forebygging og behandling av trykksår ved sykehjem (Sullivan, Schoelles, 2013; Webster, Bucknall, Wallis, McInnes, Roberts, Chaboyer, 2017). Et annet forhold som sykepleierne erfarte var med på å fremme forebygging, var gjennomføring av tavlemøter. En sykepleier fortalte om daglig anvendelse av tavlene, mens en annen sykepleier fortalte at de brukte tavlen ukentlig, men hadde ambisjoner om at det skulle bli en del av den daglige rutinen.

Erfaringsbeskrivelser fra kvalitetsforbedringsprosjekter gjennomført ved norske sykehjem, viste at de ansatte opplevde en bedre oversikt og kontroll over beboernes problemer og utfordringer ved bruk av risikotavle (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Der tavlen satte en daglig ramme for samhandling og økt fokus omkring kvalitetsarbeid, som igjen resulterte i flere faglige diskusjoner. Den enkelte beboers problemområder ble synliggjort for alle ansatte og avdelingens interne målinger ble ført på tavlen slik at samtlige kunne følge med i forbedringsarbeidet. Målingene kunne for eksempel være antall dager siden sist oppståtte trykksår. Gjennom disse målingene ble ledelsen også holdt oppdatert omkring sykehjemmets kvalitetsarbeid, slike målinger kalles resultatindikatorer (pasientsikkerhetsprogrammet.no, Wiig og Lindahl, 2015). Daglige møter ved risikotavlene kan styrke pasientsikkerhetskulturen i en avdeling ved at samtlige ansatte fokuserer på felles mål og rutiner (Langley, Moen, Nolan & Provost, 2009; Aase, 2015). En forutsetning for å lykkes med implementering av forbedringsprosjekter var at både pasientene og ansatte var villige og motiverte til endring (Moore, 2012; Chaboyer & Gillespie, 2014). For at risikovurdering av den enkelte beboer ikke skal forekomme tilfeldig, men bli mer rutinemessig og systematisk, kan det være nyttig for landets sykehjem å implementere pasientsikkerhets programmer i sin helhet eller å velge ut rutiner og strukturer som viser seg å fungere.

Helsedirektoratet anbefaler organisasjoner å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosesser



som viser seg å være anvendbare i praksis. Det å kopiere suksessfaktorer fra andre organisasjoners forbedringsarbeid ses på som nyttig (Helsedirektoratet, 2017).

Selv om informantene fortalte at de var oppmerksomme på endringer i beboernes tilstand, erfarte de på samme tid at ny-oppståtte diagnoser eller utfordringer hos beboeren kunne «overskygge» behovet for å få forebygget trykksår. Et eksempel på dette var en pasient som fikk lungebetennelse og ble sengeliggende, det utviklet seg trykksår i løpet av få dager. Pasientens tilstand, fokus på ny diagnose og behandling av denne gjorde at forebygging av trykksår ble glemt. Forskning viser at stadig flere pålagte oppgaver, utfordringer, travelhet blant pleiepersonalet og redusert faglig bemanning kan være medvirkende faktorer til at viktige gjøremål nedprioriteres eller glemmes (Ingstad, 2010; Lavallèe, 2018). Utsagn fra min studies informanter viser tilsvarende utfordringer. Sykepleier kan oppleve et gap mellom pasientens sammensatte behov og ressurser de har til rådighet, noe som kan føre til at kvaliteten på pleien kommer i andre rekke (Grønkjær, 2013). Her snakker Filstad Jakobsen (2010) om viktigheten av ledelsens ansvar i forhold til å tildele tid og ressurser dersom man ønsker kunnskapsutvikling og kvalitet ved sin organisasjon (Filstad Jakobsen, 2010). På bakgrunn av dette gapet bør det rettes et større fokus på krysspreset sykepleiere står overfor på sykehjem i dag, kravet om effektivitet uten økte ressurser. Det krever blant annet et godt arbeidsmiljø for å håndtere travelhet og dermed unngå utbrenthet og ikke minst at ledelsen sørger for at det avsettes tilstrekkelig tid og ressurser til kvalitetsarbeid (Grønkjær, 2013, Filstad Jakobsen, 2010).

Funn fra denne studien viste at sykepleierne hadde god kunnskap omkring avlastende hjelpemidler og informantenes uttalelser indikert at de følte seg trygge omkring hvordan trykksår i utgangspunktet kunne forebygges ved hjelp av disse. Anvendelsen av hjelpemidler og de praktisk iverksatte forebyggende tiltak ble derimot ikke alltid korrekt utført. Eksempler på feil-handlinger som ble nevnt var; manglende kontroll av luft i RoHo-puter (luft-fylte avlastningsputer), bruk av kunstig saueskinn og direkte massasje på røde områder. Kunstig saueskinn som avlastning for rygg, hæler og liknende, kan være effektivt dersom «skinnen» er nytt og ikke klumpete som det blir etter vask. Klumpene i seg selv kan forårsake større trykk enn det et vanlig madrassunderlag ville gitt, det anbefales derfor i større grad å bruke ekte saueskinn (Holte et al., 2016). Å massere områder som er røde som følge av trykk virker mot sin hensikt, ved at den allerede avklemte og dårlige blodsirkulasjon blir forverret,

trykksåret kan dermed utvikle seg til en alvorligere grad (Holte, et al. 2016). Det viser seg at det å ha kunnskap ikke automatisk fører til god gjennomføring i praksis, og forsterker dermed viktigheten av at sykepleier holder seg faglig oppdatert på ny kunnskap. Studier viser i tillegg at helsepersonell satte i verk forebyggende tiltak for å være «på den sikre siden» (Gunningberg et al., 2013; Baath et al., 2014), noe som igjen kan være indikasjon på manglende kunnskap eller et resultat av manglende anvendelse av kliniske retningslinjer (Gunningberg et al., 2014).

Utdatert utstyr og manglende tilgang på trykkavlastende hjelpemidler ble av informantene i denne studien nevnt som hemmende forhold i forebyggingen. Ved de fleste sykehjemmene hadde sykepleier lite oversikt over avdelingens og sykehjemmets totale omfang av tilgjengelig avlastende utstyr. Et felles inntrykk som sykepleierne delte var at de generelt sett hadde for få tilgjengelige luftmadrasser. De måtte prioritere bruken av dem til de sykeste beboerne og følte ofte de sto i faglige og etiske dilemma, ved å måtte «velge ut» hvilke beboere som skulle få det beste utstyret. I en svensk studie ble et stort antall sykepleiere og annet helsepersonell spurt om de kunne nevne tre hemmende forhold som hindret forebygging av trykksår. De hyppigst nevnte forholdene var; dårlig tid, pasientens tilstand og manglende ressurser og utstyr (Källman, Suserud, 2009). Å stå overfor faglige og etiske dilemmaer i hverdagen kan føre til at sykepleiers ideal om å ivareta helhetlig sykepleie blir satt på prøve og kan være emosjonelt utfordrende (Ingstad, 2010; Nordtvedt et al, 2012), noe som også ble støttet i min studie. Prioritering av økonomiske midler og ressurser ble av informantene referert til som et lederansvar. «Vi må spørre leder om flere madrasser» eller «vi får ikke nye madrasser bare fordi vi spør om det». Det å låne madrasser fra andre avdelinger ble nevnt som en anvendt løsning, men det var vanskelig å skaffe oversikt over andre avdelingers hjelpemidler. Andre funn fra denne studien viste at sykepleierne brukte ulike typer avlastende madrasser, både luft- og skum madrasser ble nevnt i ulike varianter. Det finnes indikasjoner på at luftmadrasser av ulik art har bedre effekt på forebygging av trykksår enn vanlige standard skummadrasser (Holte et al. 2016). Det finnes derimot ingen kunnskapsoppsummeringer som spesifiserer hvilken type luftmadrass som bør anvendes i praksis (Serraes, van Leen, Schols, VanHecke, Verhaege, Beeckman, 2018). Det er uvisst om sykepleierne i min studie var oppmerksomme på hvilke avlastende madrasser som burde anvendes, eller om valgene deres var tilfeldige. Det er flere faktorer som avgjør dette valget, som for eksempel beboers tilstand, aktivitetsnivå,

ressurser, liggekomfort med mer (Chamanga, 2016). Lavteknologiske luftmadrasser er billigere enn høyteknologiske luftmadrasser, mens liggekomforten for pasientene viser seg likevel å være den samme (Vermette, Reeves, Lernaire, 2012; Serraes et al., 2018). Det er opp til den enkelte virksomhet å velge utstyr. Kommunale sykehjem har ofte rammeavtaler med leverandører av trykksårforebyggende hjelpemidler, som for eksempel ganghjelpemidler, sitteputer eller madrasser (nav.no/hjelpemidler). Noen grossister (leverandører av bandasjer, inkontinensutstyr, elektronisk utstyr og annet) har også utleieordninger til eksempelvis luftmadrasser (hjelpemiddeldatabasen.no). Ingen informanter hadde kjennskap til denne ordningen, det er uvisst hvilke «ordninger» disse fem sykehjemmene hadde. Valg av riktig og beste type avlastende madrass er utfordrende og skaper forvirring, noe nasjonale og internasjonale kunnskapsoppsummeringer støtter opp omkring (McInnes et al., 2015; Holte, et al., 2016). Dette betyr at det er behov for en overordnet oversikt over madrasser og puter som finnes, for å kunne hjelpe helsesektoren med å ta avgjørelser som er kloke og økonomiske. Feil og mangelfull bruk av allerede anvendt trykkavlastende utstyr, tyder også på behov for jevnlig undervisning og gjennomgang av de ulike hjelpemidlenes funksjon og virkemåte. Her kan man med fordel nytte fysioterapeuter og ergoterapeuters kunnskap og kompetanse omkring dette.

Funn fra denne studien viser at sykepleierne hadde en positiv oppfattelse og holdning til eget kunnskaps- og kompetansenivå i forhold til å forebygge trykksår. De mente at deres teoretiske bakgrunn gjorde dem i stand til å foreta selvstendige vurderinger og iverksette riktige handlinger. De uttrykte i tillegg at den enkelte sykepleiers kliniske erfaring spilte en viktig rolle i forebygging av trykksår. At man var bedre rustet i sitt arbeid dersom man hadde sett konsekvensene av manglende forebygging eller hadde erfart effekten av gode forebyggende tiltak. Sykepleie er et profesjonsfag hvor det forventes at teori, praksis, erfaring og etikk utgjør grunnlaget for vurderinger og handlinger (Nordtvedt et al. 2012). Kunnskapsformene kommer til uttrykk i sykepleiers faglige kompetanse, hvilket er handlingene som utøves i praksis (Flovik et al., 2008, Nordtvedt et al., 2012). Sykepleier har et overordnet ansvar på en sykehjemsavdeling hvilket vil si at hun har et overblikk over samtlige pasienter. Hun er i tillegg avhengig av at kollegaene tar ansvar og arbeider selvstendig (Hartman et al., 2016). Informantene fortalte at det å være få sykepleiere på jobb kvelder, helger og ferier virket hemmende på forebygging av trykksår. De var avhengig av god kommunikasjon og korrekte

tilbakemeldinger fra de øvrige ansatte for å kunne sørge for flyt, kontinuitet og faglig forsvarlig pleie og omsorg. Kunnskap og kompetanse i forhold til forebygging av trykksår ble ansett som viktig for samtlige ansatte, da det ofte var de andre ansatte som var mest i den direkte pasientkontakten. Sykepleierne erfarte en varierende grad av kunnskap og kompetanse blant sine kollegaer. På bakgrunn av dette så informantene et behov for å styrke og oppdatere egen kompetanse, men også de øvrige ansattes. Studier viser at ved avdelinger der sykepleiere blir erstattet av annet fagpersonell eller ufaglærte ses en sammenheng med økt antall uønskede hendelser (Flodgren et al., 2017).

Sykepleierne fra studien mente at kurs eller temadager hvor både teori og praksis ble anvendt som undervisningsmetoder, var noe de ville ha best utbytte av. Andre læringsarenaer som ble anvendt var mer eller mindre tilfeldige samlinger hvor aktuelle tematikker inkludert forebygging av trykksår ble diskutert. Dette er ifølge Filstad Jakobsen (2010) medvirkende til å skape en sterk læringskultur. Et av sykehjemmene hadde tidligere arrangert temadager der både teori og praktiske øvelser inngikk, noe som opplevdes nyttig og motiverende. De hadde hatt to dager med samme undervisning, slik at flest mulig ansatte skulle ha mulighet for å delta i en travel hverdag. En ny studie belyste denne problematikken, hvor helsepersonell i en travel hverdag, ofte ikke har anledning til å delta på internundervisning på grunn av lav bemanning og økonomiske barrierer (Lavallèe, 2018). En sykepleier fortalte at hun i regi av det å være sårkontakt fikk tilbud om nyttige kurs, både interne og eksterne. Det ble fra ledelsens side forventet at hun gjenfortalte hovedelementene i kurset til de andre ansatte på kommende avdelingsmøte. Dette kan synes som en god løsning da man ikke kan forvente at sykehjemmet bruker ressurser på å sende mange ansatte på samme kurs. Man kan stille krav om at kursdeltaker oppdaterer sine kollegaer etterfølgende, dette er eksempel på en annen type læringsarena (Filstad Jakobsen, 2010). Spørsmål som; «hvordan vil vi ha det hos oss, hvordan kan vi lære av hverandre og hvordan kan vi bli bedre?» skaper gode diskusjoner og inkluderer de ansatte. Man gjør kvalitet- og forbedringsarbeid til «alle-manns eie» ved at de ansatte selv er med å legge føringer (Senge, 2006).

Det er lovpålagt å holde seg faglig oppdatert for å gi faglig forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999 § 17). Holdninger og kultur i de ulike avdelingene gjenspeilet at de ansatte var positive til faglig og personlig utvikling. Forskningsbasert kunnskap var for de fleste informantene likevel et ukjent begrep, da litteratursøk og oppdatering i form av siste oppdaterte forskning, forekom sporadisk og dersom de

hadde tid til det. Sykepleierne forventet at å oppdatere egen kunnskap skulle inngå i deres arbeidstid, fritid ble beskrevet som «hellig» og skulle brukes til familie og venner. En ny studie viste at dagens sykepleiere er bedre forberedt enn tidligere til å anvende forskningsbasert kunnskap (Renolen, Høye, Hjälmhult, Danbolt, Kirkevold, 2018). Til tross for dette viste andre studier at forskningsresultater sjelden anvendes bevisst i praksis. Støtte og pådriv fra ledelse og administrasjon ble ansett som en medvirkende faktor for å fremme bruk av forskning blant sykepleiere (Mallion, Brooke, 2016; Renolen et al., 2018). Sykepleier kan inneha kunnskap, men det betyr dermed ikke at hun også vet og kan utføre korrekt praksis (Nordtvedt, 2012). Kvalitetsmålinger viser at det er en avstand mellom det vi gjør som sykepleier og det vi burde gjøre. Kunnskapsbasert praksis er et virkemiddel for å øke kvalitet ved å oppnå en mer samstemthet mellom teori og praksis (Nordtvedt, 2012). I dag har sykepleierutdannelsen fokus på at studentene skal lære å arbeide kunnskapsbasert. Gjennom sitt studie øver de på å anvende fag- og forskningsbasert litteratur i sitt arbeide som sykepleier (Rammeplanen for sykepleierutdanningen, 2008; Larsen og Solvoll, 2017). For erfarne sykepleiere derimot er dette ikke en innlært og vant måte å arbeide på, og kan derved synes som en uoverskuelig oppgave. Et velkjent hinder fra egen erfaring er at mye av forskningen som finnes fremstilles på engelsk, som for den erfarne sykepleier kan være vanskelig. Det er derimot ikke sagt at en erfaren sykepleier ikke gjør nytte av forskningsbasert kunnskap. Dette kan gjøres ved å samhandle med kollegaer, spørre om råd og videreutvikle sin kunnskap på den måten (Grønvik, Ulvund og Bjørkly, 2018). Dette gjenspeiles i neste avsnitt.

Informantene anså bruk av ressurspersoner som sårkontakter og sårsykepleiere som nyttig. «Vi oppdaterer oss via dem», ble det sagt. De fleste avdelingene hadde en egen sårkontakt, som sammen med sykehjemmets andre sårkontakter utgjorde et internt «sårteam» eller en sårgruppe. Sårkontaktene var sykepleier med særlig interesse innen sår og sårbehandling og «teamet» hadde jevnlige samlinger der de diskuterte sårrelaterte problemstillinger. Sårkontaktene holdt seg på denne måten faglig oppdatert og kunne trekke kunnskapen med videre til de andre ansatte på sin avdeling. En nyere studie fra Australia peker på tilsvarende positive utfall ved opprettelse av slike sårteam. Noen av sårteamets oppgaver var å undervise, opprettholde et faglig høyt nivå og å sørge for oppdatert og tilfredsstillende trykkavlastende utstyr på de respektive avdelinger (WeiNg & Sage, 2017). På den andre siden opplevde de samme sårkontaktene i teamet, at det å

være en ressursperson ikke alltid ble verdsatt og anerkjent i en travel hverdag. Det å holde ansattgruppens motivasjon og interesse for tematikken oppe til enhver tid, ble sett som utfordrende (WeiNg & Sage, 2017). En måte å imøtekomme denne utfordringen kan være ved å innføre daglig bruk av tavler og tavlemøter, som vil kunne motivere og engasjere de øvrige ansatte gjennom teamlæring (Senge, 2006; Wiig og Lindahl, 2015).

Funn fra denne studien pekte på at det å ha en engasjert ledelse bidro til å motivere de ansatte og opplevdes som et forhold som fremmet forebygging av trykksår. Eksempel som ble nevnt var en faglig oppdatert oversykepleier og sykehjemslege som aktivt bidro ved øke den faglige standarden ved sitt sykehjem. De drev målrettet undervisning og hadde fokus fagutvikling, noe som skapte motivasjon og trygghet blant de ansatte. Forankring i ledelse og en synlig ledelse blir i teorien fremstillet som en viktig buffer i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid (Aase et al., 2015; Bondevik et al. 2017). En egen fagutviklings-, undervisnings- eller forskningssykepleier kan antas å ha en betydelig rolle i kunnskapsutvikling blant de ansatte på sykehjem. Vedkommende kan da blant annet kartlegge institusjonens behov for kunnskap og sette i verk tiltak for å fremme dette. Noen av en fagutviklingssykepleiers oppgaver er å arbeide med forbedring av rutiner, oppdatere prosedyrer, undervise og annen implementering av kvalitets- og forbedringsarbeid (Løvsletten, 2013).

Å søke kunnskap og kompetanse hos eksterne ressurspersoner ble også gjort i stor grad blant informantene i min studie. Eksempler som å ringe sårklinikken, sårsykepleier fra hjemmetjenesten eller å kontakte hudavdelingen ved sykehuset, viste at ingen av informantene var rådløse hva det angikk å søke svar og støtte. En stor studie som omhandlet eksterne kommunale sårklinikker i Canada, viste til positive resultater ved å være ressurs for hele den kommunale helsetjenesten. Resultater viste at sårklinikkene bidro til raskere sårtilheling, færre sykehusinnleggelser og færre trykksår (Abrahamyan, Wong, Pham, Trubiani, Carcone, Rosen, Rac & Krahn, 2015).

Sykepleierne i denne studien fant det derimot utfordrende å skulle lære opp nyansatte og ekstravakter, da spesielt nyansatte som også var ufaglærte. Den skrøpelige gamle har utfordrende og sammensatte grunnleggende behov som den ansatte skal hjelpe med å ivareta i løpet av et døgn. Opplæringstiltak av nyansatte som ble nevnt av informantene var; felles introduksjonskurs til nyansatte og ferievikarer, hvor stell, forflytning, ernæring og aktivitet var noen av punktene som ble gjennomgått. Noen avdelinger hadde opplæringsskjemaer og kontaktpersoner/mentorer som hadde ansvar for

opplæring og avkrysning av skjemaet underveis. Det ble likevel påpekt at det ikke kunne forventes at den nyansatte var ferdigutlært eller hadde fått med seg alt det som ble sagt eller vist. Når man ansettes «direkte fra gaten» så vet man for eksempel ofte ikke hva et trykksår er eller hva man skal observere og iverksette for å unngå at de oppstår. Noen informanter fortalte om en mer tilfeldig form for opplæring der det ikke ble anvendt «sjekklister» eller noen form for kvalitetssikring. Det kan da antas at fare for at viktig tematikk blir glemt i undervisningen og opplæringen av den enkelte, og det er større fare for at feil og mangler i behandlingen forekommer. Noen ganger ble fast personale brukt til opplæring, andre ganger var det mer tilfeldig. For å unngå slike tilfeldigheter kan Senges fem disipliner om lærende organisasjoner brukes til inspirasjonskilde. Den enkeltes forpliktelse til læring og hvordan man lærer av og sammen med andre (Senge, 2006). Pasientsikkerhetskulturen spiller en avgjørende rolle også i forhold til nyansatte. Kulturen sier noe om den enkeltes ansvar og holdning til hvordan systematikk og kontinuitet i opplæringen forekommer på arbeidsplassen. Lederne og ansatte har et felles ansvar og bør ha samme verdier og holdninger omkring hvordan man på best mulig måte lærer opp de nyansatte for å redusere uhell og skader (Aase, 2015; Bondevik, et al., 2017). Utviklingssenter for hjemmetjeneste og sykehjem (USHT) i Oslo kommune har gjennomført opplæringsprogrammet «Vel møtt» i årene 2014-2017. «Vel møtt» er et introduksjonsprogram for nyansatte, ekstravakter, vikarer og studenter. Programmet ble utviklet på bakgrunn av uønskede hendelser i forbindelse med ansettelse nyansatte, og hensikten var å sikre kvalitet og systematikk i opplæringen. Et fire dagers kurs ble gjennomført for nyansatte, hvor evalueringer både fra kursdeltakerne og deres ledere var positive. Med tanke på videreføring av programmet er det i dag et behov for å avklare USHT's versus helseetaten og tjenestestedenes rolle (utviklingssenteret.no). En videreføring av et slikt standardisert og allerede vellykket opplæringsprogram kan med fordel implementeres i andre kommuner. Omkring 25% av ansatte ved norske sykehjem er ufaglærte (Flodgren et al., 2017). Det er ulike forhold som styrer rekruttering og ansettelser av personell ved sykehjem i de ulike kommunene. Det er lovpålagt at helsetjenester som ytes skal være forsvarlige og det som et minimum skal være en sykepleier som har det overordnede ansvar for faglig forsvarlig pleie og behandling (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, kap.4; Forskrift for sykehjem, 1988, § 3-2). Det står derimot *ikke* i loven hvor mange sykepleiere hvert sykehjem skal ansette og heller ikke hvor mange som skal være på vakt per skift.

## 5.1 Kritisk tilbakeblikk

Studiens omfang og tid ses som begrensninger for denne masteroppgaven. Teoretiske perspektiver som er valgt, begrenser i tillegg det som fremkommer av bidrag til ny kunnskap. Oppgavens kunnskapsbidrag ville vært annerledes ved valg av andre teoretiske perspektiv. Eksempel på annet teoretisk perspektiv kunne være implikasjonsteori eller mestringsteori som ville belyst tematikken dypere fra en annen vinkel. Det skal allikevel sies at valg av teoretisk perspektiv belyser viktige områder innen forebygging av trykksår ved sykehjem.

Kvalitativt intervju som metode var et naturlig valg for denne problemstillingen, da det var sykepleiernes erfaringer jeg ønsket å belyse. Det kunne imidlertid ha vært spennende med en kvantitativ innfallsvinkel for å kartlegge de ansattes kunnskapsnivå i forhold til å forebygge trykksår, ved bruk av et spørreskjema. Det finnes ulike oppdaterte spørreskjemaer i forhold til tematikken, som kan brukes til å finne ut av hva de ansatte er gode på og hvor de har eventuelle kunnskapshull, som en i etterkant kan sette i verk tiltak for å dekke.

Min forforståelse har jeg i hovedsak vurdert som en kilde til kvalitet. Jeg erkjenner likevel at den kan ha lagt begrensninger for min forståelse av datamaterialet og kan dermed ha vært en potensiell kilde til feiltolkning.

En svakhet ved metoden, kan være at jeg ikke har hatt en med-forsker til drøfting, diskusjon og kvalitetssikring underveis i prosjektet. Veileder, faglærere og medstudenter har derimot fulgt forskningsprosessen.

De utvalgte informantene kan utgjøre en begrensning for studiet. Ikke med tanke på den kunnskap de har delt, men om en går ut ifra at dette er spesielt interesserte sykepleiere, med kunnskaper omkring tema og som i hovedsak er positivt innstilte til å bli intervjuet. Et mer «tilfeldig» valg av sykepleiere, kunne potensielt sett ha ført til andre nyanser ved resultatene. Ulik alder på deltakerne ses som positivt da det gir innblikk i både den nyutdannede og den mer erfarne sykepleiers erfaringer. Sykepleiere med ulik nasjonalitet skaper også flere nyanser i uttalelsene, noe også mannlige sykepleiere kunne ha gitt anledning til.

Informantene hadde en formening om at det fantes få trykksår ved de respektive sykehjemmene. Forskning har pekt på at det finnes mye underrapportering i forhold til avvik, noe som kan tas i betraktning da ingen av informantene anså et trykksår som et



avvik, og at det ikke ble sendt avviksmeldinger når såret var av alvorlig grad tre eller fire.

Det er i tillegg en begrensning at jeg kun har intervjuet sykepleiere. Sykepleierne ble valgt på bakgrunn av deres nøkkelrolle i forhold til forebygging av trykksår samt for å begrense omfanget av studien. Ved å intervju helsefagarbeidere, hjelpepleiere, ufaglærte og ledere i tillegg, ville oppgavens resultater og diskusjon potensielt sett ha fremkommet med andre interessante og viktige innspill til tematikken. Nettopp fordi andre ansatte og ledelsens rolle fremkommer i denne oppgaven som viktige aspekter i forhold til å forebygge trykksår ved sykehjem.

Min erfaring som forsker er begrenset til dette masterstudiet. Sett i bakspeilet, ville en mer erfaren intervjuer med samme faglige kompetanse muligens ha stillet mer inngående spørsmål for å få frem flere viktige tanker og erfaringer hos informantene.

## 6.0 AVSLUTNING

Studiens resultater peker på at det er flere forhold som påvirker forebygging av trykksår ved sykehjem. Sykepleiers utøvelse av adekvat forebygging av trykksår hos beboere ved sykehjem avhenger av kunnskap og kompetanse. Det avhenger i stor grad også av andre forhold som tid, materielle ressurser og forhold hos beboer. En standardisering i form av prosedyrer og tiltak for forebygging av trykksår i sykepleiepraksis, er en av flere måter å kvalitetssikre forebygging av trykksår på.

I dette kapittelet oppsummeres studien ved å fremstille svar på problemstilling og forskningsspørsmål.

### 6.1 Svar på problemstilling og forskningsspørsmål

Som et resultat av forskningsprosessen er det fremkommet svar på problemstillingen

*«Hvilke erfaringer har sykepleier med forebygging av trykksår hos beboere på sykehjem?»*

Sykepleierne erfarte at forebygging av trykksår hos beboere på sykehjem er komplekst og sammensatt av flere medvirkende forhold. Et godt tverrfaglig samarbeid og et inkluderende arbeidsmiljø ble ansett som vesentlig. Teoretisk og praktisk fagkunnskap som jevnlig ble oppdatert og repetert ble i tillegg vektlagt, og ikke minst støtte og motivasjon fra ledelse i form av ressurser i forhold til blant annet kunnskapsutvikling og personaleressurser. En mer spesifisering av forhold som fremmer og hemmer forebyggingen av trykksår fremstilles punktvis i følgende avsnitt.

#### **Forskningsspørsmål;**

*Hva slags forhold fremmer forebygging og hva slags forhold hemmer forebygging av trykksår?*

Forhold som sykepleierne opplevde at *fremmet* forebygging av trykksår var;

- godt tverrfaglig samarbeid, internt og eksternt
- en åpen holdning som skapte et godt arbeidsmiljø og trivsel
- involvering av beboere som var i stand til det kognitivt og fysisk
- tilgang på ressurser, som hjelpemidler og fagpersonale
- jevnlig oppdatering av teoretisk og praktisk kunnskap til alle ansatte

Forhold som sykepleierne erfarte var med på å *hemme* forebygging av trykksår, var som de selv uttrykte det;

- «når forhold som fremmer forebygging ikke var optimale, altså det motsatte»

- et forhold som utmerket seg, var at ufaglærte erstattet fagpersonale. Utfordringer som viste seg spesielt kvelder, helger, helligdager og ferier. Opplæringsrutiner av nyansatte var også en utfordring mange steder.

*Hva slags kunnskap og kompetanse er nødvendig?*

At personalet hadde teoretisk kunnskap omkring forebygging av trykksår som et grunnlag, var noe sykepleierne forventet både av seg selv og annet fagpersonale. Kunnskap omkring hva et trykksår er, hvordan man kategoriserer, hva skal man se etter av tegn til trykksår, hvem er utsatt, vurderinger, hvilke typer forebyggende hjelpemidler finnes.

Praktisk kunnskap var også essensielt. Ved at de ansatte kunne anvende praktiske metoder og teknikker korrekt for å forebygge trykksår. Hvordan kroppen bør leires og på hvilket underlag, hvordan ivareta hudpleie, hvilke aktiviserings- og ernæringstiltak bør iverksettes.

Erfaringskunnskap, klinisk blikk, bruk av intuisjon ble omgå nevnt som viktige anvendte kunnskapskilder.

Sykepleierne anvendte i tillegg etisk kunnskap i sitt arbeide med forebygging av trykksår. Blant annet ved deres evne til å handle moralsk korrekt, bedømme situasjoner og til å løse ulike dilemmaer de møtte i hverdagen.

## **6.2 Implikasjoner for praksis, forskning og utdanning**

### **Praksis:**

En økt etterlevelse av en standardisering og strukturering av det daglige forebyggende arbeidet anbefales. Dette kan gjøres ved å øke fokus på retningslinjer som allerede foreligger, eller ved å innføre og implementere kliniske retningslinjer og tiltakspakker som allerede viser seg anvendbare og som skaper gode resultater. Ledelse og ressurspersoner bør ha en viktig rolle i dette, ved å være pådrivere og motivatorer.

Andre standardiseringer av daglige rutiner kan være bruk av risikotavler og tavlemøter. Ved bruk av en såkalt «risikotavle» vil flere tematikker kunne ha fokus samtidig, for eksempel fare for fall, urinveisinfeksjon, ernæring, trykksår med mer, og kan være en strategi for at viktige temaer ikke glemmes.

Kommuner og sykehjemsledelse bør jobbe målrettet med kvalitetsforbedringsarbeid i forhold til forebygging av trykksår ved sitt sykehjem. Forslag om å opprette en fagutviklingsstilling, dersom man allerede ikke har en, hvor en kvalifisert sykepleier vil ha ansvar for å planlegge, lede og motivere i forbedringsarbeid og kunnskapsutvikling ved sitt respektive sykehjem. Det vil også innebære et fokus på videreutvikling og mulighet for utdanning av de ansatte, for å skape motivasjon, vekst og øke kvalitet.

Et større fokus på pårørende som ressurs og en mer åpen holdning til de pårørende anbefales. Forskning viser at mange pårørende ønsker å medvirke mer, dette er sykehjems personalet kanskje ikke observante på. Ved å la pårørende medvirke ved for eksempel sosiale aktiviteter, kan de ansattes tid potensielt sett fristilles til å oppdatere pleieplaner, dokumentere eller mer pasientnære oppgaver.

Funn fra min studie viste store utfordringer i forhold til tilgjengelige ressurser som for eksempel avlastende hjelpemidler. Det anbefales på bakgrunn av dette å skape en bedre oversikt samt at de ansatte opplæres rutinemessig i hvordan utstyret skal anvendes. Det vil være opp til det enkelte sykehjem hvordan man synliggjør ressurser eller mangel på ressurser. Og finne ut av hvordan man økonomisk kommer best ut av det, ved å kjøpe eller eventuelt leie avlastende utstyr.

### **Forskning:**

Denne studien har hatt fokus på sykepleieres erfaringer med forebygging av trykksår. I løpet av forskningsprosessen har det dukket opp flere interessante vinklinger til tematikken, noen av disse forslag til videre forskning fremstilles kort;

Opplæring av nyansatte fremkommer som et av de viktigste forbedringsområdene i min studie, hvor forskning har vist tilsvarende. Fokusområder kan være på organisasjonens, leders og de ansattes rolle. I implikasjon for praksis anbefales også å ha stramme rammer for opplæring av ufaglærte og et fokus på hva som skal til hos den enkelte for å kvalifisere seg til å arbeide med eldre.

Denne studien har hatt fokus på sykepleieres erfaringer. For å få en dypere belysning av tematikken, kunne det være interessant å finne ut av hvordan ledere, annet fagpersonale eller ufaglærte, beboere og deres pårørende erfarer forebygging eller implementering av forbedringsprosjekter.

Som det fremgikk innledningsvis i oppgaven mangler man forskning omkring sykepleiers evne til å anvende kliniske retningslinjer i praksis, som dermed blir mitt siste forslag til videre forskning.

### **Utdanning:**

Øke fokus på tematikken omkring forebygging av trykksår ved fagutdannelsene innen helse- og omsorgsfag. Viktig er det at tema inngår både som teori og praktisk øvelse. Dette kan tenkes å skape et behov for oppdatering hos veileder og lærere som underviser i utdanningene.

Økt fokus på ressurser som støtter kunnskapsutvikling hos de ansatte. Hva institusjonen og de ansatte har best utbytte av økonomisk og faglig må være opp til det enkelte foretak å diskutere. Men ulike metoder for kunnskapsutvikling innen forebygging av trykksår kan være; e-lærings kurs, internundervisning, fagdager, ekstern kursing og liknende.

Forslag om at flere høyskoler og universiteter i landet tilbyr videreutdanning i pleie og behandling av kroniske sår. På denne måten vil det etter hvert finnes flere ressurs sykepleiere med denne viktige kunnskapen og kompetansen. Ressurspersoner som vil engasjere, motivere og støtte implementering av det forebyggende kvalitetsarbeidet.

## REFERANSER

Aase, K. og Wiig, S. (2010). Skape og opprettholde et lærende helsevesen? I: Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet- Teori og praksis i helsevesenet*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Aase, K.(red.) (2015). *Pasientsikkerhet- Teori og praksis i helsevesenet*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Abrahamyan, L., Wong, J., Pham, B., Trubiani, G., Carcone, S., Mitsakakis, N., Rosen, L., Rac, V.E. & Krahn, M. (2015). Structure and characteristics of community-based multidisciplinary wound care teams in Ontario: An environmental scan. *Wound Repair and Regeneration*. 2015. 23.

Al-Abri, R.K. & Al-Hashmi, I.S. (2007). The Learning Organization and Health Care Education. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 7(3).2007.

Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning*, 4 (3). (216-220).

Bing-Johnsson, P.C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M. og Foss, C. (2014). Competence in advanced older people nursing: development of «Nursing older people-Competence evaluation tool». *International Journal of Older People Nursing*. 2014.

Beeckman, D., Defloor, T., Shoonhoven, L og Vanderwee, K. (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2011.

Blenman, J. & Marks-Maran, D. (2017). Pressure ulcer prevention is everyone`s business: the PUPS project. *British Journal of Nursing*. 2017. Vol 26. No. 6.

Bondevik, G.T., Hofoss, D., Husebø, D.S. og Deilkås, E.C.T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*. 2017. 17(1).

Braut, G.S. og Holmboe, J. (2015). *Pasientsikkerhet - dagens strukturer*, i K. Aase (red.) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bruvik, F., Drageset, J. og Abrahamsen, J.F. (2017). Fra sykehus til sykehjem- hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien, Forskning*. 10. 2017.

Børsting, T.E., Skogestad, C.R., Granheim, T.I., Gay, C.L. og Lerdal, A. (2018). Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle- and older-aged medical inpatients in Norway. *Journal of Clinical Nursing*. 2018. 27(3/4).

Bååth, C., Idvall, E., Gunningberg, L & Hommel, A. (2014). Pressure reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national prevalence surveys in Sweden. *Journal of Evaluation in clinical practice*. 2014. 20(1).

Chaboyer, W. & Gillespie, B.M. (2014). Understanding nurses`views on a pressure ulcer care bundle: a first step towards successful implementation. *Journal of Clinical Nursing*. 2014. (23).

Chamanga, E. (2016). An evaluation of a novel alternating mattress and cushion technology. *Community Wound Care*. 2016.

Chapman, S. (2017). Preventing and treating pressure ulcers: evidens review. *Community Wound care*. 2017.

De Nasjonale Forskningsetiske Komitèene. [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no). Lest 20.10.17.

Dellefield, M.E. & Magnabosco J.L., (2013). Pressure Ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization level factors. *Geriatric Nursing*. 2014. 35.

Demarrè, L., Verhaeghe, S., Annemans, L., VanHecke, A., Grypdonck, M. & Beeckman, D. (2015). The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness-study. *International Journal of Nursing Studies*. 52(7). 2015.

Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitative forskningsintervju. *Sykepleien Nett*. 5(4). 2010.

Edsberg, L.E., Black, J.M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L. & Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 43 (6). 2016.

Filstad Jakobsen, C. (2010). Suksesskriterier for etablering av sterk læringskultur. *Magma* (3).2010. Hentet 7.5.2018, Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/suksesskriterier-for-etablering-av-sterk-laeringskultur>

Flovik, A.M., Normann, L. og Mølstad, K. (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Nordby Grafisk AS. NSF.

Flodgren, G.M, Bidonde, J, Berg R.C (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt*. Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Ikrafttredelse 2003).

Forskrift 14.november 1988 nr. 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Galant, C., Morin, D., St-Germain, D. & Dallaire, D. (2010). Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses knowledge and best practice. *International Journal of Nursing Practice*. 2010. 16. (183-187).

Graneheim, U. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). (105-122).

Graneheim, U., Lindgren, B-M. og Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56. (29-34).

Grønkjær, L.L. (2013). Nurses experiences of stress and burnout: A litteratur review. *Klinisk sygepleje*, 2013. 27(1). (15-26).

Grønvik, C.K.U., Ulvund, I. og Bjørkly, S. (2018). Videreutdanning gjør sykepleiere bedre rustet til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien Forskning*. 2018. 13.

Gunningberg, L., Mårtensson, G., Mamhidir, A.G, Florin, J. & Athlin. Å.M. (2013). Pressure Ulcer knowledge of regisered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. *International Wound Journal*. 2013.



Hahnel, E., Lichterfeld, A., Blume-Peytavi, U. & Kottner, J. (2016). The epidemiology of skin condition in the aged: A Systematic review. *Journal of tissue viability*. 2017. 26.

Hansen, R.L. og Fossum, M. (2016). Nursing documentation of pressure ulcers in nursing homes: comparison of record content and patient examinations. *Nursing Open*. 2016 (3).

Hartmann, C.W., Solomon, J., Palmer, J. & Lukas, C.V. (2016). Contextual Facilitators of and Barriers to Nursing Home Pressure Ulcer Prevention. *Advances in skin and wound care*. 2016. Vol 29. No.5. (226-238).

Hellesø, R., Larsen, L.S, Obstfelder, A., Olsvold, N. (2016). *Hva er sykepleie? I: Sykepleien* nr. 8.

Helsedirektoratet (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring*. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Sist oppdatert. 13.06.17. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>

Helsedirektoratet (2016-2018). Trygghetsstandard i sykehjem. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem>

Helseforskningsloven. (2008) Lov om helseforskning av 20.juni Nr. 44. 2008. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.juni Nr. 30. 2011. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell av 2.juli Nr. 64. 1999. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsinkideklarasjonen (2013). De Nasjonale Etske Komitèer. [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no).

Hjelpemiddeldatabasen.no. ROHO. Hentet: 1.4.18. <http://www.hjelpemiddeldatabasen.no/blobs/brugsvejl/31382.pdf>

Holte, H.H., Underland, V. og Hafstad, E. (2016). *Oppsummert forskning om forebygging av trykksår*. (Systematic reviews on preventing pressure ulcers) Rapport-2016. Oslo: Folkehelseinstituttet 2016.

Ingstad, K. (2010). *Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter*. *Vård i Norden*. 2/2010. No 96. Vol 30.

Jeong, S.H., Lee, T., Kim, I.S., Lee, M.H. & Kim, M.J. (2006). The effect of nurses' use of the principles of learning organization on organizational effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*. 2006. 58(1).

Johansen, E., Bakken, L.N. & Moore, Z. (2015). Pressure ulcer in Norway- A snapshot of Pressure Ulcer Occurrence across Various Care Sites and Recommendations for Improved Preventive Care. *Healthcare*, 3(2).  
<http://doi.org/10.3390/healthcare3020417>

Källman, U. & Suserud, B.O. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2009. 23. (334-341).

Kristoffersen, N.J. (2015). *Sykepleie – kunnskap og kompetanse*. I: *Grunnleggende sykepleie bind 1. kap 5*. 2. utg. 4. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2015). *Sykepleier i organisasjon og samfunn*. I: *Grunnleggende sykepleie bind 1. kap. 7*. 2. utg. 4. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapsbasertpraksis.no. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo. Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Kvaal, Bjørn. (2017). Bidrar til trygghetsstandard i sykehjem. *Senter for omsorgsforskning*. Tilgjengelig fra:  
[http://omsorgsforskning.no/nyheter/bidrar\\_til\\_trygghetsstandard\\_i\\_sykehjem](http://omsorgsforskning.no/nyheter/bidrar_til_trygghetsstandard_i_sykehjem)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndverk*. 3. udg. Hans Reitzels Forlag. København.

Langley, G.L., Moen, R., Nolan, K.M., Provost, L. (2009). *The improvementguide: a practical approach to enhancing organizational performance*. 2 utg. San Fransisco, California: Jossey-Bass. 2009.

Langøen, A. (red). (2015). *Sårbehandling og hudpleie*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 3 og kap 5.

Larsen, T.H. og Solvoll, B.-A. (2017). Lærer å bruke forskningsartikler. *Sykepleien*. 2017. 105(2).

Latimer, S., Chaboyer, W., Gillespie, B. (2014). Patient participation in Pressure Injury prevention: Giving patients a voice. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2014, 28(4), 648-656.

Lavallèe, J.F., Gray, T.A., Dumville, J. & Cullum, N. (2018). Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the Theoretical Domains Framework. *International Journal of Nursing Studies*. 2018 (82).

Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien*. 2013 (2).

Mallion, J. & Brooke, J. (2016). Community- and hospitalbased nurses` implementation of evidencebased practice: are there any differences. *British Journal of Community Nursing*. 2016 (21).

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Universitetsforlaget.

McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S.E.M, Dumville, J.C, Middleton, V., Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. Issue 9.

Meld. St. 10 (2012-13). *God kvalitet – trygge tjenester*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Moore, Z. & Cowman, S. (2014). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. Issue 2.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide*; Emily Haesler(Ed.) Cambridge media: Osbourne Park, Western Australia.

Nav.no/hjelpemidler, tilgjengelig fra:

[http://www.hjelpemiddeldatabasen.no/news.asp?newsid=2588&x\\_newstype=7](http://www.hjelpemiddeldatabasen.no/news.asp?newsid=2588&x_newstype=7)

Nordheim, A. og Sommerseth, R. (2014). Forutsetninger for pårørende involvering i sykehjemstjenesten. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2014. 34 (3).

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe AS.

Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T.K. og Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, nr.03. 2016.

Ousey, K., Kaye, V., McCormick, K. & Stephenson, J. (2016). Investigating staff knowledge of safeguarding and pressure ulcers in care homes. 2016. 25(1).

Ousey, K., Kaye, V., McCormick, K. & Stephenson, J. (2015). Pressure Ulcers: are they a safeguarding issue in care and nursing homes? *Wounds UK*. 2015.Vol 11 No 3.

Palfreyman, S.J. & Stone, P.W (2014). A systematic review of economic evaluations assessing interventions aimed at preventing or treating pressure ulcers. *International Journal of Nursing Studies*. 2015. 52.

Pagan, M., Trip, H., Burrell, B. & Gillon, D. (2015). Wound programmes in residential aged care: a systematic review. *Wound practice and research*. 2015. Vol 23 no2.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli Nr. 63. 1999). Helse- og omsorgsdepartementet.

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Forebygging av trykksår. Hentet 12.5.2017. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-trykks%C3%A5r>

Polit, D.F. & Beck C.T. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. International 9<sup>th</sup> edition, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins: USA.

Reddy, M. (2008). Skin and woundcare: important considerations in the older adult. *Advanced skin and wound care*. 2008. 29(1).

Renolen, Å., Høye, S., Hjälmhult, E., Danbolt, L.J. og Kirkevold, M. (2018). «Keeping on track»- Hospital nurses`struggles with maintaining workflow while seeking to integrate evidencebased practice into their daily work: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018. Vol 77.

Roberts, S, Wallis, M, McInnes, E, Bucknall, T, Banks, M, Ball, L, Chaboyer, W. (2017) Patients`perceptions of a Pressure Ulcer Prevention Care Bundle in Hospital: A Qualitative Descriptive Study to Guide Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017. 14(5) 385-393.

Samuriwo, R. & Dowding, D. (2014). Nurses`pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: a systematic review. 2014, 51(12).

Saunes, I.S., Svendsby, P.O., Mølsted, K. og Thesen J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2010.

Schoeps, L.N, Tallberg, A-B, Gunningberg, L, *Patients`knowledge of and participation in preventing Pressure Ulcer- an invention study*. *International wound Journal*, 2017. 14(2). 344-348.

Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, Genevro J. (2016) *Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care*. Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*. March 2016.

Serraes, B., van Leen, M., Schols, J., VanHecke, A., Verhaege, S. & Beekman, D. (2018). Prevention of pressure ulcers with a static air support surface: A systematic review. *International Wound Journal*. 2018.

Strand, T. og Lindgren, M. (2010). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units. A descriptive cross-sectional study. *Intensive and critical Care Nursing*, 26. (335-342).

Sullivan, N. & Schoelles, K.M. (2013). Preventing In-facility Pressure Ulcers as a Patient Safety Strategy. A systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2013 (158).

Sørensen, J.L. og Jørgensen B. (2011). *Sår relateret til tryk og forskydning*. I Gottrup, F og Karlsmark, T(red.); Sår – baggrund, diagnose og behandling. 2. udg. Munksgaard Danmark.

Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Fagbokforlaget.

Ugreninov, E., Vedeler, J.S. og Heggebø, K. (2017). Konsekvenser av sykepleiemangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv. *NOVA rapport*. 7/17.

Ulvund, I., Rokstad, A-M.M. og Vatne, S. (2017). Varsling av avvik- en vanskelig balansekunst. *Sykepleien Forskning*. 10.

Vermette, S., Reeves, I. & Lernaire, J. (2012). Cost effectiveness of an air-inflated static overlay for pressure ulcer prevention: a randomized, controlled trial. *Wounds*. 2012.

Webster, J., Bucknall, T., Wallis, M., McInnes, E., Roberts, S. & Chaboyer, W. (2017). Does participating in a clinical trial affect subsequent nursing management? Post-trial care for participants recruited to the INTACT pressure ulcer prevention trial: A follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017. (71).

WeiNg, A & Sage, S. (2017). Igniting the potential of wound care champions. *FOCUS. Infection prevention and control practices/wound care*. 2017. Vol.24. No.8.

WMA, The World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (Internett) WMA. 2013. Hentet 2. mai. 2018. Tilgjengelig fra <https://www.wma.net/>

Wiig, S. og Lindahl, A.K. (2015). *Indikatorer og sikkerhetsarbeid- hvorfor og hvordan? I: Pasientsikkerhet, teori og praksis*. 2. utg. Aase, K. (red.). Universitetsforlaget. 2015.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Oslo: Norsk sykepleieforbund.

## **Vedlegg 1** Intervjuguide

**Intervjuguide.** (Varighet 30-45 min)

**Problemstilling:** *Hvilke erfaringer har sykepleiere med forebygging av trykksår ved sykehjem*

### **Introduksjon/innledning (5-10 min)**

Takke for deltakelse og fremmøte, skape en trygg atmosfære.

Fortelle om prosjektet, problemstilling og hvordan jeg har tenkt å bruke intervjuet.

Repetere informasjon, samt informert samtykke. Avklare anonymitet og taushetsplikt.

Informere om lydopptak og at jeg tar korte notater underveis.

Start lydbånd.

### **Hoveddel (20-30 min)**

Innledende spørsmål;

- Kan du fortelle om dine erfaringer med det å forebygge trykksår her ved sykehjemmet? ( gjerne med konkrete eksempler)
- Hvordan oppleves kulturen i avdelingen generelt i forhold til å forebygge trykksår? («Hvordan gjør dere det her»)

### **Tema; Sykepleiers kunnskap og *kompetanse***

- Har du tanker omkring hva som er viktig kompetanse å ha som sykepleier når man skal forebygge trykksår?
- Har du kjennskap til om det foreligger kliniske retningslinjer for forebygging av trykksår ved sykehjemmet? Anvendes disse?
- Har du kjennskap til om det anvendes forskningsbasert kunnskap. (I så fall; På hvilken måte anvendes denne kunnskapen, tanker omkring?)

- På hvilken måte mener du at sykepleiers erfaring har betydning i forhold til å forebygge trykksår?
- På hvilken måte blir beboere involvert i det forebyggende arbeidet?
- Hvordan holder personalet seg faglig oppdatert? Er der rutiner for dette?
- Har du tanker omkring hvordan øvrig personale bevisstgjøres? Hvordan blir kunnskapen videreformidlet?
- Kan du fortelle om hvilke forhold du opplever at *fremmer* arbeidet med forebygging av trykksår?
- Kan du fortelle om hvilke forhold du opplever at *hemmer* arbeidet med forebygging av trykksår?

### **Tema; Pasientsikkerhet**

- Hvilken kjennskap har du til pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender»?
- Hvordan vil du si at pasientsikkerheten ved sykehjemmet ivaretas i forhold til å forebygge trykksår?
- På hvilken måte blir forekomst av trykksår registrert som avvik ved sykehjemmet?

### **Oppsummering og avrundning (5-10 min)**

Kort oppsummering av hovedpoeng

Er det noe viktig jeg ikke har fått spurt om, noe mer du ønsker å legge til?

Tusen takk for deltakelse!

Slukke for lydbånd.



Kristin Akerjordet, 4036 STAVANGER

Vår dato: 19.12.2017

Vår ref: 57705 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

## Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.12.2017. Meldingen gjelder prosjektet: 57705

*Forebygging av trykksår ved sykehjem - sykepleiers erfaringer*

*Behandlingsansvarlig    Universitetet i Stavanger, ved*

*institusjonens øverste leder*

*Dagligansvarlig        Kristin Akerjordet*

*Student                    Elin Espeland*

## Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

## Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Stavanger sine retningslinjer for datasikkerhet

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

## Veiledning

### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Stavanger er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

### Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.01.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

## Gjelder dette ditt prosjekt?

### Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå databehandler avtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / [Siri.Myklebust@nsd.no](mailto:Siri.Myklebust@nsd.no)

### Vedlegg 3 Informasjonsskriv og forespørsel til virksomhetsleder og avdelingsleder



## Informasjonsskriv og forespørsel til virksomhetsleder og avdelingsleder

Stavanger desember 2017.

Til virksomhetsleder og avdelingssykepleiere ved

..... sykehjem

Jeg er sykepleier og student ved masterstudium i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, Det Helsevitenskapelige fakultet. Som del av mitt studie, skal jeg gjennomføre en individuell studie, som skal resultere i min masteroppgave.

Tema for oppgaven er *forebygging av trykksår*. Jeg vil foreta en kvalitativ studie, ved å intervju sykepleiere ved regionens sykehjem. Hensikten med studien er å få innsikt i og kunnskaper omkring sykepleiers erfaringer og opplevelser med forebygging av trykksår hos beboere på sykehjem.

*Jeg ber herved om hjelp til å velge deltakere ved deres sykehjem. Hvor inklusjonskriteriene er:*

- Sykepleier med stillingsbrøk over 50%
- Ikke leder stilling (oversykepleier, avdelingsleder)

Jeg ønsker å gjennomføre individuelle intervjuer, med en varighet på inntil 45 minutter, i sykepleiers arbeidstid. Hvilket forutsetter at sykepleier blir fri-stillet fra sitt arbeide til

å delta i intervjuet. Jeg ønsker også at vi kan få et rom på sykehjemmet, hvor vi kan sitte uforstyrret mens intervjuet pågår.

Arbeidet med masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse og samfunnsfag. Det skal søkes godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). De deltakende sykepleiere får informasjonsskriv og vil undertegne frivillig informert samtykke ved ønske om å delta.

Dersom det ønskes mer informasjon kan undertegnede kontaktes.

[elin.e.nielsen@hotmail.com](mailto:elin.e.nielsen@hotmail.com).

Min veileder for studien er professor Kristin Akerjordet ved UiS.

Med vennlig hilsen

Elin Espeland

Mastergrad student i Helsevitenskap

Det helsevitenskapelig fakultet

Universitetet i Stavanger

## **Vedlegg 4** Informasjonsskriv og forespørsel til sykepleiere om deltakelse



### **Informasjonsskriv og forespørsel til sykepleiere om deltakelse**

Stavanger desember 2017.

**Tema; Forebygging av trykksår ved sykehjem – sykepleiers erfaringer.**

#### **Bakgrunn og hensikt:**

Jeg er sykepleier og mastergrad student i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Mitt mastergradsprosjekt omhandler forebygging av trykksår, og jeg skal gjennomføre en kvalitativ studie i kommunehelsetjenesten. Hensikten med studien er å få innblikk i sykepleiers erfaringer og opplevelser i forhold til å forebygge trykksår hos beboere ved sykehjem. Hvor fokus vil være på hvilke faktorer fremmer forebygging, hvilke faktorer hemmer forebygging og hvilken kunnskap og kompetanse anses som nødvendig for å lykkes.

#### **Hva innebærer studien?**

Sykepleier spiller en viktig rolle i forhold til å forebygge trykksår. Det er derfor vesentlig at sykepleier med direkte kontakt med beboerne er de som deltar i studien. Selve intervjuet skal på ingen måte føles som en utspørring eller være en test i forhold til kunnskap, det er erfaringer og opplevelser som er viktige å belyse. Intervjuene foretas enkeltvis og uforstyrret, med en varighet av 30-45 min per intervju. På et sted hvor intervjuet kan foregå uten avbrytelser og at sykepleieren kan få gå fra, for å delta i intervjuet mens hun/han er på jobb. Intervjuet tas opp på lydbånd, innholdet nedskrives og analyseres etterfølgende. All informasjon behandles konfidensielt og anonymiseres. Intervjuene slettes når de er nedskrevet. Senest 1.6.2018.

### **Får jeg noen fordeler ved å delta?**

Du vil ikke få noen personlige fordeler ved å delta. På sikt kan sykehjem potensielt sett ha nytte av din informasjon. Fordi denne studien vil gi innsikt i sykepleieres erfaringer i forhold til å forebygge trykksår hos beboere ved sykehjem. I tillegg kan studien bidra til økt fokus, interesse og engasjement innen tema.

### **Hva skjer med informasjonen?**

Alle opplysninger og informasjon du deler vi bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Informasjon vil låses inn i skap under behandlingstiden, eller oppbevares på passordbeskyttet pc. All informasjon vil bli slettet etter prosjektslutt, senest 1.6.2018. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i studiens resultater.

### **Frivillig deltakelse**

Kriterier for å delta er at sykepleier har en ansettelsesbrøk på over 50%, og at hun/han ikke har en lederstilling ved sykehjemmet.

Deltakelse i studien er frivillig. Ønsker du å delta, underskrives samtykkeskjema samt bakgrunnsopplysningsskjema som er vedlagt dette brevet. Du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg fra ditt samtykke, uten å oppgi grunn, helt inntil intervjuet er skrevet inn i oppgaven. Utfylt samtykkeskjema og utfylt bakgrunnsopplysningsskjema, leveres til prosjektleder/intervjuer ved oppstart av intervjuet.

Takk for at du tok deg tid til å lese denne informasjonen.

Hvis du har spørsmål til masterprosjektet eller utførelsen av intervjuet, kan du ta kontakt med meg, Elin Espeland på mail [elin.e.nielsen@hotmail.com](mailto:elin.e.nielsen@hotmail.com) eller telefon 48608801.

Med vennlig hilsen

.....

Elin Espeland, mastergrad student

Helsevitenskap, Universitetet i Stavanger, Kull 2016-2018.

## Vedlegg 5 Samtykkeskjema



### Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta:

.....  
Sted/dato

Signatur prosjektdeltaker

Jeg gir med dette også samtykke til at mastergradsstudent/prosjektleder kan kontakte meg i etterkant av intervjuet dersom behov for ytterligere informasjon



## Vedlegg 6 Skjema for bakgrunnsinformasjon



### **Skjema for bakgrunnsinformasjon.**

Dette brevet mottas sammen med brev om «informasjon og forespørsel om deltakelse» og «samtykkeskjema».

#### **Bakgrunnsinformasjon:**

- Alder:
- Kjønn:
- Klinisk erfaring som sykepleier:
- Hvor lenge ansatt ved dette sykehjemmet?:
- Hva er din funksjon i avdelingen? (sett ring rundt det som passer)

Sykepleier - sårsykepleier - sårkontakt - sykepleier 1

- Stillingsprosent i avdelingen?
- Type avdeling? (somatisk/skjermet)
- Antall beboere på avdelingen?
- Er sykehjemmet kommunalt eller privat drevet?

*Vær vennlig å medbring dette skjemaet utfylt den dagen intervjuet avholdes (Tidspunkt avtales).*

