

Trykksårbehandling til intensivpasienten

En kvalitativ studie

- Intensivsykepleierens opplevelser og valgutfordringer, sett i et kunnskapsbasert perspektiv.**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Master i intensivsykepleie
Emnekode: MI- OPP5200

Kandidatens navn:
Marie Alvilde Otterstad
Silje Veberg Larsen

Måned/årstall
Mai.2017.

MASTERSTUDIUM I INTENSIVSYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår – 2017)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Marie Alvilde Otterstad og Silje Veberg Larsen

VEILEDER: Bente Margrethe Pettersen Skogsaas

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Trykksårbehandling til intensivpasienten - Intensivsykepleierens opplevelser og valgutfordringer i et kunnskapsbasert perspektiv

Engelsk tittel: Evidence-based Pressure ulcer treatment in a specific intensive care unit – A qualitative study on ICU nurses experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Intensivsykepleier, trykksår, trykksårbehandling erfaringer, kunnskapsbasert praksis

ANTALL SIDER: 79 (inkludert vedlegg).

Antall ord: 16255

CAMPUS VESTFOLD04.05.17

DATO/ÅR

Forord

Denne studien er utført i forbindelse med masterstudiet i intensivsykepleie ved Høyskolen i Sør-Øst Norge.

Vår interesse for trykksårbehandling til intensivpasienter ble vekket etter en forelesning med Edda Johansen, Førstemanuensis, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap Campus Drammen. På en særdeles engasjerende måte viste hun oss enkle grep for hvordan praksis kunne bli forbedret. Hun avdekket kunnskap vi trodde vi hadde, men som viste seg å være svært mangelfull! Som nyutdannede intensivsykepleiere har vi flere ganger erfart at kunnskap om trykksår har vært mangelfull. Vi har blant annet erfart at vi ikke har god nok oversikt over risikofaktorer, klassifiseringsverktøy og samt tilgjengelig behandlingsmuligheter. Vi opplever også at sårstell ofte nedprioriteres i en travel hverdag,

Vi ønsker rette en stor takk til intensivsykepleierne som har gitt bidrag til denne studien. Deres åpne og ærlige beskrivelser av praksis har gitt oss god kunnskap som vi vil ta med oss i vårt videre arbeid som intensivsykepleiere.

Takk til ledelsen ved intensivavdelingen for godkjennelse av studien og til kollegaer for interesse og innspill underveis. Takk til medstudenter gjennom utdannelsen for stadig oppmuntring, nyttige refleksjoner og diskusjoner.

En stor takk til Edda Johansen som «åpnet en dør» mot dette temaet. Hun har vist oss betydningen om å holde fast på prinsippene for grunnleggende sykepleie og har gitt oss et stort mot for et videre arbeid med dette temaet.

En spesiell takk rettes mot vår hovedveileder Bente M. Skogsaas for god veiledning på en sti som har vært «ugått» for oss. Du har vært vår veiviser! Takk for stor motivasjon når det til tider har «buttet» imot.

Til slutt vil vi rette den varmeste takk til våre nærmeste familie og venner som har stått ved vår side, til tross for at vi ikke alltid har vært 100% tilstede. En spesiell takk rettes til Sondre og Tove for gjennomlesning av oppgaven, og gode innspill. Våre svært tålmodige livsledsagere fortjener en stor takk - dere har heiet på sidelinjen hele veien!

Takk for alt dere er for oss!

Skien, 02. Mai 2017

Marie Alvilde Otterstad og Silje Veberg Larsen

Sammendrag

Problemstilling: Hva opplever intensivsykepleiere som muligheter og begrensninger for kunnskapsbasert behandling av oppstått trykksår hos intensivpasienten?

Hensikt: Få innsikt i hva intensivsykepleiere forstår som rammer, muligheter og begrensninger i arbeidet med kunnskapsbasert trykksårbehandling hos intensivpasienten. En slik innsikt vil kunne bidra til videre forståelse om hva som bør tilrettelegges for at intensivsykepleiere kan gjøre hensiktsmessige og effektive valg i trykksårbehandling.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk vitenskapelig forankring, hvor det ble utført to fokusgruppeintervjuer med totalt åtte intensivsykepleiere, utført ved en intensivavdeling på Østlandet. Det er i tillegg utført et systematisk litteratursøk som bakgrunn for det empiriske datamaterialet. Analyse og fortolkning av intervjuene har blitt utført som tematisk innholdsanalyse.

Funn: Intensivsykepleierne opplevde manglende kunnskaper og ferdigheter om klassifiseringsverktøy og mulige behandlingsvalg. Intensivsykepleierne diagnostiserte trykksår med bruk av et systematisk kartleggingsverktøy, og jobbet derfor til en viss grad kunnskapsbasert. De valgte behandling ut ifra tidligere erfaringer og hva som var lettest tilgjengelig. Trykksårdiagnostisering og behandling ble sett på som en naturlig del av stellet, men kunne ofte bli nedprioritert som følge av pasientens ustabile tilstand og mangel på tid. Intensivsykepleierne opplevde at trykksårbehandling var et tverrfaglig samarbeid, men ønsket økt fokus på området og mer bevissthet i forhold til forbedring av praksis rundt fenomenet.

Konklusjon: Mangel på forskningsbasert kunnskap og ferdigheter om diagnostisering og behandling, resulterer i at intensivsykepleiere i stor grad baserer sine valg på erfaringer. Dette er ikke i tråd med å arbeide kunnskapsbasert. Forholdene bør leggestil rette slik at intensivsykepleiere kan arbeide kunnskapsbasert med trykksårbehandling.

Nøkkelord: intensivsykepleie, trykksår, trykksårbehandling, erfaringer, kunnskapsbasert praksis

Abstract

Problem statement: What do intensive care nurses experience as possibilities and limitations to apply evidence-based treatment for pressure ulcers in ICU patients?

Purpose: The aim of this study is to gain insight into what intensive care nurses understand as being possibilities and limitations in their evidence-based treatment of pressure ulcer in intensive care patients. Such insight should facilitate an understanding of measures to be taken to prepare nurses to make appropriate and effective choices in pressure ulcer treatment.

Methodology: This is a qualitative study based on a phenomenological scientific foundation, using two focus group interviews with altogether eight intensive care nurses working in one intensive care unit in Eastern Norway. Additionally, a systematic literature survey forms the basis for the empirical data. Analysis and interpretation of the interviews have been conducted as a thematic content analysis.

Results: The intensive care nurses experienced lack of knowledge and skills regarding use of tools to grade pressure ulcer and use of bandages. Nurses diagnosed pressure ulcer using a systematically survey of the skin, and worked to some extent knowledge-based. They selected treatment based on experience and what was commonly available. The diagnosis of pressure ulcer and treatment was considered a natural part of daily patient care, but could often be abandoned due to the unstable clinical condition of the patient and lack of time. The results of this study also showed that intensive care nurses experienced interdisciplinary cooperation, but were in demand of increased focus on pressure ulcers and greater awareness for practice improvement.

Conclusion: Intensive care nurses base their choice of pressure ulcer treatment mainly on experience, in lack of knowledge and skills. This is not according to evidence-based practice. The results of this study call for interdisciplinary efforts to get pressure ulcer treatment back in the track of evidence-based practice.

Keywords: Intensive care nursing, pressure ulcer, pressure ulcer treatment, evidence-based practice, ICU nurse experience

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	8
2.0 Teoretisk rammeverk.....	11
2.1 Kunnskapsbasert trykksårbehandling	14
2.1.1 Hva vil det si å arbeide kunnskapsbasert?	14
2.1.2 Diagnostisere og behandle trykksår	16
2.1.3 Tidligere studier relatert til kompetanse om trykksår	17
2.2 Kontekstuelle rammer for trykksårbehandling	20
2.2.1 Omgivelse for pleie og behandling av trykksår	20
2.2.2 Profesjonelle forutsetninger hos den enkelte intensivsykepleieren	21
2.2.3 Tidligere studier relatert til kontekstuelle rammer.....	22
3.0 Metode	24
3.1 Valg av metode og design	24
3.1.1 Litteratursøk.....	25
3.2 Utvalg og datasamling	26
3.2.1 Transkriberingsarbeidet	28
3.3.1 Analysearbeidet.....	29
4.0 Resultater.....	32
4.1 Innstillinger og prioriteringer av trykksår	34
4.1.1 Innstillinger til trykksår som et fenomen og trykksårbehandling	34
4.1.2 Ulik prioritering av trykksårbehandling.....	35
4.2 Vurdering av trykksår og valg av behandling	37
4.2.1 Kunnskaper om trykksår	38
4.2.2 Fortrolighet med bruk av klassifiseringsverktøy	38
4.2.3 Begrunnelse for behandlingsvalg.....	39
4.2.4 Kunnskapsdeling og samarbeid	40
4.3 Rammer for trykksårbehandling i en konkret intensivpraksis.....	42
4.3.1 Valgutfordringer ved trykksår.....	42
4.3.2 Kontekstuelle utfordringer	44
4.4 Ideer om hva som kan forenkle vurdering og valg av trykksårbehandling	46
4.4.1 Forbedre dokumentasjon.....	47

4.4.2 Tverrfaglig samarbeid	48
4.4.3 Oversikt over behandlingsmulighetene.....	49
5.0 Diskusjon	50
5.1 Hvordan diagnostiserer intensivsykepleiere trykksår og hva er deres fortrolighet med bruk av klassifiseringsverktøy?	50
5.1.1 Forståelse av trykksår som fenomen	50
5.1.2 Kunnskaper og holdninger relatert til klassifisering og diagnostisering av trykksår	52
5.2 Hvordan behandler intensivsykepleieren oppstått trykksår?	55
5.2.1 Kunnskaper og holdninger relatert til behandling av trykksår.....	55
5.2.2 Kontekstens begrensninger og muligheter i forhold til trykksårbehandlingen	57
5.2.3 Forbedring av trykksårbehandling	60
5.3 Metodekritikk	61
6.0 Konklusjon.....	64
7.0 Referanseliste	65

Vedlegg 1: Godkjennelse fra NSD

Vedlegg 2: Forespørsel og informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Redegjørelse for individuelt bidrag til masteroppgaven Silje Veberg Larsen

Vedlegg 5: Redegjørelse for individuelt arbeid til masteroppgaven Marie Alvilde Otterstad

1.0 Innledning

Trykksår er et kjent fenomen i dagens helsevesen, som følge av økt kunnskap om etologi og patogenese. Samtidig er det økt fokus på forebygging, tidlig diagnostisering og et bredt behandlingssortement. Til tross for dette er trykksår fortsatt en stor utfordring i sykehus (Keller, Wille, van Ramshorst, & van der Werken, 2002; Lawrence, Fulbrook, & Miles, 2015; Soh, Davidson, Leslie, Digiacomio, & Soh, 2013; Sving, Gunningberg, Högman, & Mamhidir, 2012). Trykksår defineres som følgende: ”Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev, vanligvis over et beinfremspring, som et resultat av trykk, eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter” (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Alliance., 2014).

Trykksår er relatert til smerter og ubehag hos pasienten, forlengelse av sykehusopphold og rehabilitering, samt økt mortalitet (Beeckman, Defloor, Schoonhoven, & Vanderwee, 2011; Köse, Yesil, Öztunç, & Eskimez, 2016; Soh et al., 2013). På bakgrunn av dette er forekomst av trykksår en viktig kvalitetsindikator. (Demarré et al., 2015). Forebygging og behandling av trykksår på en intensivavdeling kan være utfordrende som følge av intensivpasientens ofte ustabile og kritiske tilstand, tidspress, holdning til fenomenet og manglende kunnskap blant helsepersonell (Keller et al., 2002; Krupp & Monfre, 2015; Köse et al., 2016; Strand & Lindgren, 2010).

Rapportert forekomst av trykksår hos intensivpasienter på verdensbasis varierer fra 13,6 til 82% (Elliott, McKinley, & Fox, 2008; Krupp & Monfre, 2015). Tallene er høyere på intensiv enn ved andre avdelinger (Keller et al., 2002; Nijs et al., 2009). Ved norske sykehus er forekomsten ca 17 til 18%. Dette er et lavt tall på verdensbasis, men noe høyere sammenliknet med andre land i Europa (Bredesen, Bjoro, Gunningberg, & Hofoss, 2015; Johansen, Bakken, & Moore, 2015). Bredesen et al. (2015) viser til 31,8% forekomst av trykksår ved intensivenheter i Norge.

Den høye forekomsten av trykksår ved intensivavdelinger kan forklares ved at intensivpasienten er en høyrisikopasient som følge av immobilitet, hemodynamisk ustabilitet, flerorgansvikt, vasoaktiv behandling, bruk av sedativer, muskelrelakserende medisiner, kardiovaskulær sykdom, respiratorbehandling, lengde på sykehusopphold og eventuelt dialyse som viktige risikofaktorer (Cox, 2011; Nijs et al., 2009; Soh et al., 2013). Både forebygging og behandling av trykksår krever individuell behandling som følge av en kompleks tilstand

med kritisk sykdom. Til tross for tilstrekkelig forebygging kan trykksår være uunngåelig hos intensivpasienten (Edsberg, Langemo, Baharestani, Posthauer, & Goldberg, 2014). Forskning viser at 60,000 pasienter dør hvert år i USA som følge av komplikasjoner relatert til oppstått trykksår på sykehus (Krupp & Monfre, 2015). Fra et økonomisk perspektiv blir det brukt store ressurser på trykksårbehandling. I USA har man estimert med at det krever enorme økonomiske ressurser hvert år i forbindelse med sykehuservervet trykksår (Krupp & Monfre, 2015).

En situasjonsbeskrivelse vil nå bli presentert for å illustrere intensivsykepleierens muligheter og begrensninger relatert til trykksårbehandling. Denne vil bli presentert som en del av vår for forståelse. Intensivpasienten defineres som følgende: «En intensivpasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel» (Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for intensivsykepleiere, 2006).

Det er dagvakt på intensivavdelingen. Intensivsykepleieren er hos en intubert og sedert respiratorpasient. Under morgenstellet observerer intensivsykepleieren et trykksår på albuen og setet. Usikkerheten om hvilken grad såret er streifer sykepleieren. Det ringes på assistanse til stellet. En kollega ankommer. Kroppsspråket signaliserer at hun ikke har tid. Det veksles ord om at hun kan hjelpe til senere på dagen. Sårstellet blir utsatt. Pasienten blir stelt, og intensivsykepleieren planlegger å utføre prosedyren senere på dagen. Sårskapet har et rikt utvalg av bandasjer, men hvilke velger man? Anestesilegen kommer inn og vil anlegge trakestomi. Sårstellet blir ytterligere utsatt. Bandasjer blir pakket opp, men prosedyren blir avbrutt av radiografpersonell. Det kimer fra skopet, pasienten er hypotensiv. Intensivsykepleieren gjør tiltak og øker hastigheten på de vasoaktive medikamentene. Sårstellet blir igjen utsatt. Det er vaktskiftet. Intensivsykepleieren rapporterer muntlig om trykksårene. Hun spesifiserer at dette må stelles. Kveldsvakten glemmer sårstellet og behandlingen blir først iverksatt 24 timer etter det ble oppdaget.

Intensivsykepleieren er ved pasientens side hele døgnet, og deres nærhet fører til at både forebygging og behandling blir deres hovedoppgave (Tweed & Tweed, 2008). Dette gjenspeiles også i funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere som blir beskrevet senere i studien. For at trykksårbehandling skal bli gjennomført på en tilfredsstillende måte kreves det gode teoretiske og praktiske kunnskaper (Tweed & Tweed, 2008). Samtidig kreves det også en positiv og dedikert holdning til fenomenet (Beeckman et al., 2011).

Som følge av høy forekomst av trykksår hos intensivpasienter blir det lagt stor vekt på forebygging. Det arbeides på nåværende tidspunkt nasjonalt med å kartlegge forekomsten av oppståtte trykksår hos pasienter innlagt på sykehus. Stortingsmelding 11 fra 2014-2015 gir en beskrivelse av utfordringer og status for helsevesenets kvalitet og pasientsikkerhet for 2013 (Meld.St. nr. 11, 2014-2015). Et resultat av dette førte til at pasientsikkerhetsprogrammet, «I trygge hender 24/7», ble iverksatt. Dette er en femårsplan som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak for hele helsetjenesten, hvor trykksår er et av tolv innsatsområder (Pasientsikkerhetskampanjen, 2016). Det legges stor vekt på at sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert på bakgrunn av kompetansekravet samfunnet i dag stiller. Kompetanse består av kunnskap, ferdigheter og holdninger. Målet er å mestre komplekse utfordringer og situasjoner (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012a)

I denne studien ønsker vi å rette fokus mot behandling av trykksår da vi har erfart at dette blir nedprioritert i en travel intensivhverdag. Det er også en opplevelse av lite kontinuitet i behandlingen som følge av ulike metoder. Intensivavdelingen som kontekst blir i denne studien vektlagt da tidligere studier viser at overordnet kultur, fysiske omgivelser og kulturelle forskjeller mellom personalet har innvirkning på praksis relatert til trykksår (Strand & Lindgren, 2010; Swafford, Culpepper, & Dunn, 2016).

Hensikten med studien er å få innsikt i hva intensivsykepleiere forstår som rammer, muligheter og begrensninger i arbeidet med kunnskapsbasert trykksårbehandling hos intensivpasienten. I neste omgang vil en slik innsikt gi forståelse for hva som bør tilrettelegges for at intensivsykepleiere kan gjøre hensiktsmessige og effektive valg i trykksårbehandlingen.

Studiens forskningsspørsmål er følgende:

Hva opplever intensivsykepleiere som muligheter og begrensninger for kunnskapsbasert behandling av oppstått trykksår hos intensivpasienten?

2.0 Teoretisk rammeverk

Ut ifra scenarioet som ble presentert i introduksjonen kan trykksårbehandling være utfordrende som følge av konteksten, kunnskap og pasientens ulike behov. Studiens rammeverk vil ta utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis for intensivsykepleieren i arbeidet med trykksår. Det vil være hovedvekt på klassifiseringsverktøy som vil representere intensivsykepleierens kompetanse relatert til fenomenet. Videre vil det bli redegjort for kontekstens betydning i arbeidet. Til slutt vil det legges vekt på de profesjonelle forutsetningene hos den enkelte intensivsykepleieren, sett i lys av ansvar og funksjonsområdene for intensivsykepleiere.

Utvalg til rammeverket er basert på fagbøker og et avgrenset litteratursøk. Hensikten med litteratursøket var å få en bakgrunnsforståelse av fenomenet. Det ble utført et avgrenset søk på kompetanse hos intensivsykepleiere relatert til trykksårbehandling. Søket henviser til enkeltstudier relatert til kompetanse om forebygging av trykksår på intensivavdeling, samt ulike intervensjoner om å forebygge. Studiene som på ulike måter måler intensivsykepleierens kompetanse og kunnskap rundt trykksårbehandling viser til stor variasjon. Vi fikk med dette avdekket at det er manglende studier også internasjonalt relatert til behandling av trykksår hos intensivpasienter. Vi har valgt å benytte studier knyttet til forebygging, da det kan anses som overførbart til behandling (se tabell 1 for oversikt over anvendte forskningsartikler). Litteratursøket vil bli nærmere presentert i metodekapittelet.

TABELL 1: Oversikt over anvendte forskningsartikler i teoretisk rammeverk

Forfatter og årstall:	Tittel:	Metode og Funn:	Funn relevant for studiens problemstilling:
Ipek Köse, Pınar Yeşil, Gürsel Öztunç, Zehra Eskimez (2016)	Knowledge of nurses working in intensive care units relation to prevention interventions for Pressure Ulcer	Kvantitativ: Deskriptiv tverrsnittstudie Sykepleierne hadde gode kunnskaper om trykksårforebygging. Ulikt andre studier som kan forklares med nasjonalitet på studier	Opplevde gode kunnskaper om trykksår hos intensivsykepleiere.
Katie Swafford, Rachel Culpepper, Christina Dunn (2016)	Use of a comprehensive program to reduce the incidence of Hospital Acquired Pressure Ulcers in an intensive care unit	Kvantitativ: Retrospektiv tverrsnittstudie Implementering av omfattende trykksårforebyggende undervisningsprogram reduserte trykksårforekomsten	Økte kunnskaper om trykksår hos intensivsykepleiere og reduserte forekomst.
Kim Lam Soh, Patricia M Davidson, Gavin Leslie, Michelle DiGiacomo and Kim Geok Soh (2012)	Nurses' perceptions of standardised assessment and prevention of complications in an ICU	Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju Kontekst har stor betydning i arbeidet med å forebygge trykksår. Viktig å øke sykepleieres kunnskaper og holdninger om kunnskapsbasert praksis	Kontekstens betydning for trykksår. Bør øke kunnskaper og holdninger om trykksårforebygging. Kunnskapsbasert praksis ble sett på som betydningsfullt.
Mariana F Cremasco, Fernanda Wenzel, Suely SV Zanei and Iveth Y Whitaker (2012)	Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk	Kohort? Prospektivt og deskriptivt design. Arbeidsmengde, lengde på intensivopphold, sykdomsgrad/alvorlighet og kjønn identifisert som risikofaktorer og var relatert til Braden-skår.	Arbeidsmengde ble sett på som en risikofaktor for utvikling av trykksår.
Eva Sving, Lena Gunningberg, Marieann Högman and Anna-Greta Mamhidir (2011)	Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings	Kvalitativ og kvantitativ studie med observasjoner og intervjuer. Deskriptivt design Kontekst hadde betydning for trykksårforebygging. Jobbet ikke alltid etter guidelines. Sykepleiere anså ikke trykksårforebygging som deres område.	Kontekst hadde stor betydning for om det ble gjort trykksårforebygging. Sykepleiernes holdninger til trykksår var at det ikke var deres ansvar.

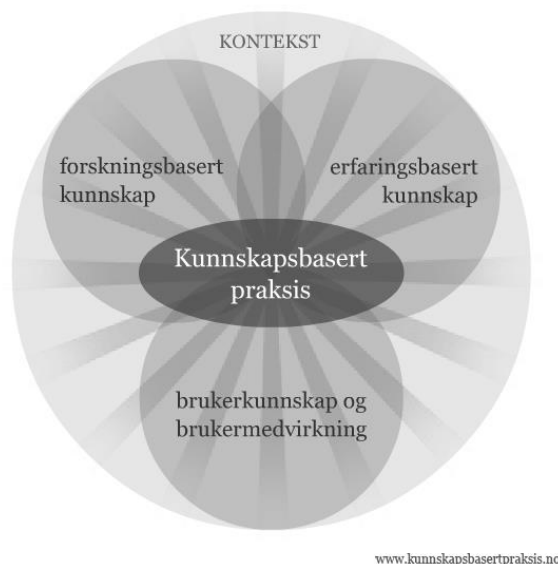
Dimitri Beeckman, Tom Defloor, Lisette Schoonhoven, Katrien Vanderwee (2010)	Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals	Tverrsnittstudie Sykepleierne viste lav kunnskap om trykksår og forebygging.	Lave kunnskaper om trykksår.
Tillan Stranda & Margareta Lindgren (2010)	Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study	Deskriptiv tverrsnittstudie Manglende kunnskaper om kategorisering. Tid og pasientens tilstand identifisert som begrensninger. Kunnskaper og tilgang på trykkavlastende utstyr ble identifisert som muligheter.	Manglende kunnskaper om kategorisering. Tid og pasientens tilstand identifisert som begrensninger. Kunnskaper og tilgang på trykkavlastende utstyr ble identifisert som muligheter.
Eman S. M. Shahin Theo Dassen and Ruud J. G. Halfens (2008)	Pressure ulcer prevention in intensive care patients: guidelines and practice	Tverrsnittstudie Trykksårforebyggende tiltak var i tråd med EPUAP guidelines bortsett fra massasje av huden. Trykksårforebyggende tiltak ble utført til risikopasienter.	Jobbet i tråd med guidelines. Forebyggende tiltak ble utført til risikopasienter.
Rosalind Elliott, Sharon McKinley, and Vicki Fox (2008)	Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit	Kvasiekseptimentell metode, kvalitetsforbedringsprosjekt. Forekomsten ble redusert fra 50% (2003) til 8% (2005). 75% av trykksårene oppstod i intensivavdeling. 60% av trykksårene oppstod på heler, 30% på sacrum. Bruken av trykkavlastning økte fra 75% (2003) til 100% (2005-2006)	Redusert forekomst etter kvalitetsforbedringsprosjekt. Bruken av trykkavlastning økte. God effekt på pasient outcome av kvalitetsforbedringsprogram
Carol Tweed & Mike Tweed (2008)	Intensive Care Nurses' Knowledge of Pressure Ulcer: Development of an Assessment tool and Effect of an Educational Program	Randomisert kontrollert studie Økt kunnskap om trykksår etter undervisningsprogram. Gikk ned igjen til baseline (før undervisning) etter 20 uker.	Økte kunnskaper rett etter undervisningsprogram

2.1 Kunnskapsbasert trykksårbehandling

Det vil nå bli redegjort for hva det vil si å arbeide kunnskapsbasert. Videre beskrives klassifiseringsverktøyet fra European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) sett i lys av kunnskapsbasert praksis.

2.1.1 Hva vil det si å arbeide kunnskapsbasert?

Kunnskapsbasert praksis består av tre ulike kunnskapskilder: Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap eller brukermedvirkning (Nortvedt et al., 2012a). At en intensivsykepleier arbeider kunnskapsbasert vil si at man bevisst bruker ulike kunnskapskilder i sin praksis som forskningskunnskap og erfaringskunnskap sammen med pasientens behov og ressurser i en kontekst. Kunnskapsbasert praksis innebærer å holde seg faglig oppdatert ved å benytte oppsummert forskningsbasert kunnskap når den foreligger, samtidig som man bruker den kliniske erfaringen og det etiske skjønnnet man har med seg (Nortvedt et al., 2012a). Nordtvedt med forfattere definerer kunnskapsbasert praksis slik: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt et al., 2012a).



Figur 1:(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012b) www.kunnskapsbasertpraksis.no

Erfaringsbasert kunnskap etableres gjennom å praktisere, og utvikles gjennom ulike prosesser der praktikeren lærer av erfaringen. Det er viktig å påpeke at det ikke nødvendigvis er slik at jo mer erfaring man gjør seg, desto dyktigere blir man som fagutøver. Bruerkunnskap innebærer at pasientens syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger skal tas. Nortvedt med flere kaller dette for helsetjenestens demokrati (Nortvedt et al., 2012a). Stortingsmelding 13 fremhever betydningen av brukerkunnskap ved å presentere pasientens helsetjeneste. Pasientens helsetjeneste innebærer at tjenestene i større grad skal organiseres etter pasientens behov, og samvalg skal etterstrebes. Samvalg innebærer at pasienten er en aktiv og likeverdig deltaker ved at han involveres i beslutninger om videre behandlingen (Meld. St. 13, 2017).

Dette kan være utfordrende som følge av at intensivpasienten er kritisk syk og kan ofte ha redusert bevissthet. Pasienten kan i mange tilfeller i liten grad ta del i behandlingen.. Intensivsykepleieren må til enhver tid vurdere og tolke pasientens behov og innhente supplerende opplysninger fra eksempelvis pårørende der pasienten selv ikke klarer å uttrykke egne behov. Sykepleierens rolle ved brukerkunnskap er å legge til rette for at gode beslutninger tas ved å anvende både forskningsbasert kunnskap og egne erfaringer (Nortvedt et al., 2012a).

Som nevnt i innledningen er kompetanse relatert til kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Intensivsykepleierens kompetanse om trykksårbehandling vil omfatte kunnskap om trykksårbehandling, ferdigheter relatert til diagnostisering og behandling og hva slags holdninger de har til trykksår som et fenomen. Rammeplanen for videreutdanning i intensivsykepleie vil kunne være et nyttig styringsredskap for å si noe om hvilke kunnskaper det forventes av en intensivsykepleier og dermed sikre et enhetlig faglig nivå (Utdanning - og forskningsdepartementet, 2005). Kunnskapsbasert praksis sett i lys av trykksår vil derfor innebære å søke og bruke forskning om temaet sammen med tidligere erfaringer og aktivt bruke pasientens ressurser og behov i arbeidet.

2.1.2 Diagnostisere og behandle trykksår

Det skilles mellom to verktøy for vurdering av trykksår; klassifisering og kartlegging.

Klassifiseringsverktøy er et systematisk verktøy som er basert på omfanget av såret i dybden av huden og underliggende vev. Dette er utviklet av EPUAP og National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) som arbeider internasjonalt med forebygging og behandling av trykksår. Resultatet av skåringen vil være retningsgivende for behandlingen (Knudsen & Tønseth, 2011). Det finnes også kartleggingsverktøy som brukes for å gi en strukturert beskrivelse av sårets utseende, såkalt TIME. Bokstavene står for; T- tissue, observere vevet omkring. I- infeksjon, inflammasjon. M- moisture, fuktighet, sårveske. E-edge, sårkanter (Johansen, 2012). I denne studien er det på bakgrunn av oppgavens størrelse og relevans lagt størst vekt på klassifiseringsverktøyet fra EPUAP. Kartleggingsverktøyet TIME vil derfor kun få en kort presentasjon. Kartleggingsverktøyet TIME er i hovedsak tiltenkt ved kroniske sår, men på bakgrunn av sin detaljerte form anses kartleggingen som stor relevans også for trykksår. Bruk av både klassifiseringsverktøyet fra EPUAP og kartleggingsverktøyet TIME, vil avhenge av intensivsykepleierens kunnskaper. Det vil i tillegg være av betydning for intensivsykepleieren å ha kunnskaper om de ulike bandasjenes egenskaper for å tilpasse behandlingen til det enkelte såret (Knudsen C., 2011). I denne studien vil imidlertid kunnskap om bandasjevalg ikke ha et hovedfokus, da denne studien legger hovedvekt på intensivsykepleierens vurderinger i trykksårbehandlingen.

Klassifiseringsverktøyet fra EPUAP er validert og internasjonalt anerkjent og er hentet fra EPUAP sin kortutgave av retningslinje for forebygging og behandling av trykksår. Verktøyet er oversatt til norsk i samarbeid med Norsk interessefaggruppe for sårheling, (NIFS) og Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge Hender 24-7». Klassifiseringsverktøyet graderer med et tall fra 1-4. Verktøyet vil bli presentert i tabell 2, hvor faguttrykk har fått en mer allmenn forklaring. Dette verktøyet benyttes i den aktuelle intensivavdelingen der denne studien ble gjennomført.

TABELL 2: Internasjonalt klassifiseringssystem for trykksår

Kategori/grad:	Betegnelse:	Beskrivelse:
I	Erytem (rødhet) som ikke blekner ved trykk	Rødhet på huden som ikke blekner ved trykk. Fargen kan være annerledes enn det næromliggende området. Det kan oppleves som smertefullt, varmere eller kaldere enn huden ellers for pasienten. Huden kan være fast eller bløt sammenliknet med omkringliggende vev. Denne kategorien kan være vanskelig å oppdage hos personer med mørk hudfarge.
II	Delvis tap av dermis (øverste hudlag)	Man kan observere overfladiske sår med rød og/eller rosa farge, men fravær av dødt vev. Andre observasjonen kan være revnet serumfylt eller blodfylt blemme. Denne kategorien må ikke forveksles med dermatitt (betennelsesforandringer) assosiert med inkontinens, hudskade som følge av tap eller andre hudavskrapninger. Blåmerke kan indikere dype vevsskader.
III	Tap av hele hudlag	Subkutan fettlag kan være synlig, men ben, sener og/eller muskler er ikke synlig eller direkte følbare. Dødt vev kan observeres, men viser ikke dybden av vevskaden. Det kan være tunneldannelse i underliggende vev. Dybden kan variere ut ifra hvor trykksåret er lokalisert. På grunn av mangel på subkutan fettvev kan overfladiske sår på nesen, ørene, bakhodet og ankelknoklene være kategori 3. I motsetning kan områder med rikelig fettvev utvikle seg til svært dype trykksår.
IV	Tap av alle vevslag	Ben, sener og/eller muskulatur er blottlagt. Dødt vev eller sårskorpe kan forekomme. Ofte er det tunneldannelse. Dybden på kategori 4 vil på lik linje som kategori 3 variere ut fra mengde subkutan fettvev og anatomisk lokalisasjon. Ofte rammes muskel og/eller annen støttestruktur som hinner, sener eller leddkapsel. Dette kan medføre utvikling av osteomyelitt (beinbetennelse) eller osteitt (betennelse i benvev). Ben og muskulatur som er blottet er synlig og lett følbart.
Ikke klassifiserbart trykksår	Ukjent dybde	Gjennomgående tap av vev der sårbunnen er dekket av dødt vev/nekrose (gul, gulbrun, grå, grønn eller brun) og/eller sårskorpe (gulbrun, brun eller svart). Det er umulig å fastsette trykksårets reelle dybde før nok dødt vev/nekrose er fjernet og sårbunnen kan observeres. Dermed kan kategori/grad ikke fastsettes. Stabil sårskorpe (tørr, fast, intakt uten rødme) på hælene fungerer som «kroppens naturlige plaster» og bør derfor ikke fjernes.

2.1.3 Tidligere studier relatert til kompetanse om trykksår

I en tverrsnittstudie (studie om forekomst i en definert populasjon på et gitt tidspunkt) ble det undersøkt sykepleieres kunnskap og holdninger relatert til forebygging av trykksår, og om hvorvidt det ble iverksatt adekvat forebyggende tiltak til risikopasienter (Beeckman et al., 2011). Studien ble utført på 14 belgiske sykehus og representerte 207 avdelinger, hvor

intensivavdelinger også ble inkludert. Studien viste at sykepleiernes kunnskap om trykksår og forebygging var lav. Lavest var kunnskapen relatert til risikovurdering av pasient. Avdelinger med høy skår på forebyggende tiltak hadde høyere forekomst av positiv holdning til fenomenet. Sykepleierne hadde generelt gode holdninger til trykksårforebygging. Forfatterne peker imidlertid på at det var ingen klar sammenheng mellom kunnskap og holdning. Sykepleiere med gode kunnskaper og holdninger til fenomenet brukte imidlertid ikke mer tid på trykksårarbeid (Beeckman et al., 2011).

I tre andre studier så man på effekt av implementering av et omfattende trykksårforebyggende undervisningsprogram for å øke kvaliteten på behandling. Innholdet og metoden for hvordan undervisningsprogrammene ble implementert varierte noe, men alle tre programmene hadde fokus på risikovurdering og tiltak knyttet til forebygging. Den ene studien hadde i tillegg til risikovurdering også opplæring i bruk av bandasjer (Swafford et al., 2016). Resultatet av studiene viste at forekomsten av trykksår ble redusert og det ble en kvalitetsforbedring i sykepleiernes kliniske vurdering (Elliott et al., 2008; Swafford et al., 2016). Ved den ene studien ble forekomsten av trykksår grad 3 borte (Swafford et al., 2016). Prinsipielt må en være særlig kritisk til studier som er sponset av kommersielle aktører. Denne studien ble sponset av en bandasjeleverandør og man kan derfor stille spørsmål ved reliabiliteten av studien. Resultatet fra den tredje studien, utført på New Zealand viste at kunnskapene økte rett etter undervisning, men man var tilbake til utgangspunktet (målt kunnskapsnivå) tre måneder etter avsluttet undervisning (Tweed & Tweed, 2008). To av studiene viser også at det er utfordrende for ledelsen på ulike avdelinger å legge til rette for gode rutiner for forebygging og behandling av trykksår, samt å tilegne sykepleiere ny og oppdatert kunnskap om fenomenet (Beeckman et al., 2011; Strand & Lindgren, 2010).

I en tyrkisk prevalensstudie som inkluderte 73 sykepleiere på en intensivavdeling, undersøkte man kunnskaper relatert til vurdering av hud og forebyggende tiltak. Studien viste at respondentene hadde gode kunnskaper om trykksårforebygging. Disse funnene skiller seg ut i fra resultater fra andre nasjoner, og påpeker mulig ulik kultur som en forklarende årsak til dette (Köse et al., 2016).

Et deskriptiv (beskrivende) tverrsnittstudie ble utført ved fire svenske intensivavdelinger. Her ble det benyttet spørreskjemaer for å undersøke kunnskaper og holdninger relatert til trykksårforebygging. Resultatene viste et akseptabelt nivå av kunnskap om trykksåretologi.

Imidlertid ble det avdekket at kunnskapsnivået vedrørende kategorisering kunne forbedres hos intensivsykepleiere (Strand & Lindgren, 2010).

EPUAP har somt nevnt tidligere utviklet en internasjonal retningslinje for forebygging og behandling av trykksår. Retningslinjen ble benyttet i en stor tysk studie utført ved 18 intensivavdelinger. Hensikten med studien var å avdekke hvorvidt intensivsykepleiere fulgte retningslinjen. Det ble skilt mellom trykkavlastende utstyr og sykepleietiltak. Eksempel på utstyr som ble målt var: Avlastende madrasser, for eksempel tempurmadrasser, avlastning med puter og spesialsenger med luftmadrass. Eksempler på sykepleietiltak som ble vurdert var: Hudinspeksjon, endring av leie, massering med hudkrem og vurdering av ernæringsstatus. Av 159 inkluderte pasienter ble det gjennomført inspeksjon av hud på 130 av dem. Av de inkluderte fikk 41,5% hyppig leieendring, 80,5% fikk massasje og 42,4% av pasienter i høyrisiko for utvikling av trykksår fikk avlastende madrasser. Dette er tall som ifølge forfatterne viste at respondentene handlet i tråd med retningslinjen, med unntak av massasje som ikke skal benyttes på trykksår (Shahin, Dassen, & Halfens, 2009).

En kvalitativ studie utført med 8 fokusgruppeintervjuer av 36 intensivsykepleiere i Malaysia, omhandlet intensivsykepleieres oppfatning av forebyggende tiltak relatert til komplikasjonene: Trykksår, VAP (ventilert assosiert pneumoni) og infeksjoner til intravenøse innganger. Studien viste at sykepleierne var uvitende om viktigheten av bruk av retningslinjene for forebyggende tiltak, og at de handlet etter erfaring. Informantene hadde liten grad av forståelse om viktigheten av en standard retningslinje. Studien konkluderte med at sykepleieres kunnskaper og holdninger om kunnskapsbasert praksis bør økes (Soh et al., 2013).

2.2 Kontekstuelle rammer for trykksårbehandling

Som nevnt i innledningen av oppgaven krever både forebygging og behandling av trykksår individuell behandling og dedikert helsepersonell (Edsberg et al., 2014; Mallah, Nassar, & Kurdahi Badr, 2015). Dette innebærer at man i praksis skal vurdere hele pasientens helsetilstand. Johansen (2012) påpeker viktigheten av helhetlig menneskesyn. Om omsorgen blir avgrenset til såret, kan man overse viktige behov og tiltak som igjen kan påvirke kvaliteten på pasientbehandlingen (Johansen, 2012). Trykksårbehandling blir som følge av dette betraktet som personsentrert sykepleie. Dette er et rammeverk bestående av fire deler: Personorienterte prosesser, profesjonelle forutsetninger hos den enkelte sykepleier, personorienterte resultater og omgivelse for pleie, omsorg og behandling. Rammeverket anses som vesentlig i denne studien da det er et verktøy for å forstå faktorer som har betydning for intensivsykepleierens kliniske hverdag og tjenestekvalitet (McCormack & McCance, 2010).

2.2.1 Omgivelse for pleie og behandling av trykksår

Omgivelse for pleie, omsorg og behandling kan karakteriseres som kontekst. Her belyses de fysiske omgivelsene, kompetansesammensetting, felles beslutningstaking, rom for forbedring og risikotaking rundt omgivelsene der behandlinger skjer. Kontekst forstås i personsentrert rammeverk ved McCormack og McCance (2010) som både kultur, kompetansesammensetning, felles beslutningstaking, maktdeling og effektive personalrelasjoner, rom for nytenkning og de fysiske omgivelsene. Dermed vil konteksten farge vår persepsjon av hendelser og dermed også tiltakene vi gjør (McCormack & McCance, 2010). Med kontekst menes den settingen pasient og intensivsykepleier befinner seg i, og er knyttet til ressurser, etiske forhold, politikk og kultur (Thornquist, 2003).

Intensivavdelingen som kontekst kan beskrives som en avdeling med komplekse kritisk syke pasienter i en ustabil tilstand med svikt i ett eller flere organer. Behandlingen blir som følge av dette komplisert og ressurskrevende (Norsk anesthesiologisk forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleie, 2014). For å kunne ivareta pasientens situasjon administrerer avansert medisinske behandling i form av høyteknologisk behandlingsutstyr (Stubberud, 2010). En intensivavdeling kan dermed betegnes som en høyteknologisk kontekst. Som følge av dette, kan det tenkes å være utfordrende for intensivsykepleieren å utføre grunnleggende sykepleie som trykksårbehandling. Intensivavdelingen består av kompetanse- sammensetning av ulike yrkesgrupper som følge av

pasientens komplekse tilstand. Ulike yrkesgrupper som fysioterapeut, røntgenpersonale, medisinske-, kirurgiske-, og anestesileger skal også arbeide rundt og med pasienten. Som et resultat av dette kan det bli utfordrende for intensivsykepleieren å få utført sine ansvarsoppgaver. I tillegg har intensivsykepleieren en koordinerende rolle som innebærer å organisere det tverrfaglige samarbeidet til det beste for pasienten (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002). McCormack og McCance (2010) fremhever viktigheten av avdelingskulturen som en del av konteksten og dens påvirkning på intensivsykepleierens koordinerende rolle. En intensivavdeling med en personorientert tilnærming vil vektlegge felles forskningsbasert beslutningstaking, personalets egne faglige utvikling og hvor det er rom for nytenkning. Samtidig kan intensivavdelingen være et hektisk miljø og det vil ofte være mange ulike faggrupper som må ha tilgang til pasienten. Det vil da være av stor betydning at intensivsykepleieren er bevisst i sin rolle som koordinator, slik at det blir til det beste for pasienten. Konteksten vil på bakgrunn av dette påvirke koordineringen av forløpet sammen med pasientens behov (McCormack & McCance, 2010).

2.2.2 Profesjonelle forutsetninger hos den enkelte intensivsykepleieren

Profesjonelle forutsetninger fokuserer på den enkelte sykepleier og legger vekt på ulike aspekter som mellommenneskelige ferdigheter, dedikasjon til arbeidet, tydelighet og bevissthet i forhold til egne valg, samt sykepleierens selvinnsikt (McCormack & McCance, 2010). Dersom dette relateres til trykksårbehandling kan den enkelte intensivsykepleiers innstilling og fokus på trykksårbehandling, bevissthet og begrunnelse i forhold til valg av behandling, samt selvinnsikt i forhold til egen kunnskap om fenomenet være av betydning.

De profesjonelle forutsetningene kan også sees i lys av intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse. Norsk Sykepleierforbunds Landsforening For Intensivsykepleiere (NSFLIS) har utarbeidet funksjonsbeskrivelse og ansvarsområder for intensivsykepleiere. Den kliniske delen er delt inn i forebyggende-, behandlende-, lindrende og rehabiliterende funksjon. Den forebyggende funksjon til intensivsykepleieren relatert til trykksårbehandling, er å identifisere risiko for trykksår på et tidlig stadium, og igangsette forebyggende tiltak. Dette er tiltak som bør starte når pasienten ankommer intensivavdelingen og følges gjennom hele forløpet. Intensivsykepleieren skal samtidig kontinuerlig observere og vurdere pasientens behov for medisinsk behandling (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002). Den behandlende funksjon skal ytes på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og pasientens opplevelser, ressurser og behov. Det skal ytes hjelp ved

svikt i pasientens vitale funksjoner og behandling skal administreres i tett samarbeid med lege. Ved bruk av sin spesialkompetanse skal intensivsykepleieren sikre gjennomføring av medisinsk nødvendig behandling på en forsvarlig måte, og med dette handle forsvarlig innenfor eget kompetanseområde. Kontinuitet i pasientens behandling skal sikres gjennom skriftlig dokumentasjon (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002). Intensivsykepleieren har også en forskende og utviklende funksjon som påpeker viktigheten av at man skal aktivt søke kunnskap og faglig oppdatering (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002).

2.2.3 Tidligere studier relatert til kontekstuelle rammer

Det er tidligere utført studier som på ulike måter viser at tidspress, tilgjengelig personale, avdelingskultur, individuelle holdninger og pasientens helsetilstand har sammenheng med utførelse av forebygging og behandling av trykksår. Disse vil nå bli nærmere presentert.

I en kvantitativ studie utført i Brasil så man på trykksårutvikling relatert til intensivsykepleierens arbeidsmengde og pasientenes helsetilstand (Cremasco, Wenzel, Zanei, & Whitaker, 2013). Hovedfunnene i studien viste at trykksårutvikling i stor grad kan sees i sammenheng med intensivsykepleieres arbeidsmengde, pasientens helsetilstand, kjønn og lengde på intensivoppholdet. Studien konkluderte med at pasientens helsetilstand hadde stor sammenheng med om tiltak relatert til trykksår ble iverksatt (Cremasco et al., 2013). Dette funnet får støtte av en annen studie, Strand og Lindgren (2010) som også peker på alvorlighetsgraden av pasientens helsetilstand som en barriere for utførelse av trykksårsforebygging. Imidlertid understreker studien at dette ikke må være en rutinemessig unnskyldning for at tiltak ikke blir satt i gang (Strand & Lindgren, 2010).

Strand og Lindgren (2010) påpekte at mangel på tid og personell var ytre faktorer som kunne redusere og nedprioritere forebygging av trykksår. Samtidig påpekes det i studien at sykepleierne anså trykksårsforebygging som en viktig del av sin kliniske hverdag. Forfatterne hevder også at en etablert kultur om daglig prioritering relatert til trykksårbehandling, vil føre til økt kontinuitet av praksis, men at etablering av en slik kultur kan være en organisatorisk utfordring (Strand & Lindgren, 2010).

En svensk studie med bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode undersøkte sykepleieres holdninger til trykksår (Sving et al., 2012). Informantene beskrev at de ikke oppfattet seg selv

som aktive i arbeidet med trykksår, da de så på ”assistent *nurses*” som mer kompetente og erfarne på området. Videre ytrer de også at klassifiseringsverktøy ikke kunne erstatte deres kliniske vurdering og erfaring, og de kunne derfor bedømme såret uten å bruke systematiske og validerte klassifiseringsverktøy. Bruk av guidelines varierte også i arbeidet med trykksår, og det varierte hvor hyppig de satt i gang trykkavlastende tiltak. Imidlertid hadde sykepleierne en positiv holdning til trykksår da de uttrykte at det var et viktig tema, samt at forebygging var betydningsfullt selv om praksis ikke reflekterte dette. Videre viste studien at forebyggende tiltak i sykehus var avhengig av kollegaers kompetanse og om andre i avdelingen benyttet seg av klassifiseringsverktøy (Sving et al., 2012). En annen studie peker også på manglende samarbeid fra kollegaer som en utfordring til trykksårbehandling i intensivavdeling (Soh et al., 2013). Oppsummert viser disse studiene viktigheten av at intensjonen og viljen for trykksårbehandling er avhengig av samarbeid og en felles forståelse rundt tema.

3.0 Metode

I dette kapitlet vil metodiske valg begrunnes. Det systematiske litteratursøket vil bli beskrevet. Videre vil den praktiske gjennomføringen av studien presenteres. Deretter redegjøres det for analysemetoden og analysearbeidet.

3.1 Valg av metode og design

På bakgrunn av studiens problemstilling og hensikt, ble det naturlig å benytte kvalitativ metode ettersom problemstillingen retter søkelys mot intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser rundt trykksårbehandling. I denne studien har vi brukt litteraturstudie som bakgrunn for våre empiriske data. Litteraturstudie som metode innebærer å gjøre et systematisk litteratursøk for å hente frem relevant litteratur på området og resulterer i en kunnskapsoppsummering (Nortvedt et al., 2012a). Et litteraturstudie kan være et utgangspunkt for en empirisk studie, men kan også være selve formålet med studien (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015). Litteratursøket gjort i forbindelse med denne studien blir nærmere beskrevet senere i dette kapitlet.

Kvalitative metoder anvendes der man ønsker å undersøke subjektive erfaringer og opplevelser, samt bidra til å presentere mangfold og nyanser av et fenomen (Malterud, 2011). Denne forskningsmetoden innebærer å forstå den iboende kompleksiteten i mennesket og hensikten er å få en forståelse av menneskelige erfaringer og opplevelser. Kvalitative data finnes i form av tekst eller lyd, og samles inn ved hjelp av observasjon, intervjuer og gruppesamtaler. Det stilles spørsmål om hvordan man opplever et fenomen, hvordan noe virker og hvorfor (Malterud, 2011). Disse dataene kan ikke analyseres ved hjelp av statistiske metoder. Opplevelser og erfaringer kan ikke telles og nummereres slik kvantitative data blir analysert (Christoffersen et al., 2015).

For at en kvalitativ studie skal være troverdig er det viktig at det dokumenteres hva som blir gjort og at man vurderer eget produkt kritisk. Begrepet troverdighet innebærer om man har undersøkt det man hadde hensikt til å undersøke, altså om resultatene svarer til problemstillingen (Ellingsen & Drageset, 2010). Troverdighet innebærer å sikre at datamaterialet er innhentet på en god måte, for eksempel å sikre kvaliteten på lydbåndet eller uoppmerksomhet i transkriberingen. Troverdigheten blir styrket ved at en detaljert beskrivelse

av fremgangsmåte blir presentert slik at studien blir transparent og kan gjentas (Ellingsen & Drageset, 2010). Dette vil bli videre gjort rede for i metodekritikk senere i studien.

I denne studien ble det utført fokusgruppeintervju. Intensjonen med fokusgruppeintervju er å skape en dialog mellom informantene, samtidig som den nonverbale informasjonen blir ansett som betydningsfull (Christoffersen et al., 2015). Ved et fokusgruppeintervju vil informantene selv kunne dele og sammenlikne erfaringer og ideer, om bla. likheter og forskjeller seg imellom (Malterud, 2012). Det var ønskelig å få frem en god diskusjon/ flyt og meningsutveksling blant informantene, for å oppnå et rikest mulig datamateriale. På bakgrunn av studiens omfang var dette også en arbeids- og ressursbesparende metode for å innhente data (Morgan, 1997). Studien har fått en fenomenologisk vitenskapelig tilnærming på bakgrunn av at vi ønsker å undersøke trykksår som fenomen slik det oppleves for intensivsykepleieren. Fenomenologi retter sin oppmerksomhet mot verden slik den erfares av personen, og fremstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg (Thornquist, 2003). I denne studien ble intensivsykepleieren subjektet, som forteller om sine opplevelser og erfaringer om fenomenet trykksårbehandling, slik de opplever det. Slik fremskaffes den sentrale meningen. Informantenes opplevelser og erfaringer beskrives fremfor å fortolke.

3.1.1 Litteratursøk

Et litteratursøk ble utført i databasene OVID Medline, PubMed og Cinahl. Søkeordene som ble brukt var *pressure ulcer*, *ICU*, *critical care nursing* og *bed sores*. Et avgrenset søk i OVID Medline gav 429 treff. Litteraturen i studien er basert på engelskspråklige artikler, foruten en oversiktsartikkel fra Tidsskriftet for Den norske legeforening. I tillegg til artikler er det også brukt fagbøker og pensumlitteratur. Medical Subject Headings (MeSH) for trykksår som ble brukt var: *pressure ulcer*, *bed sores*, *decubitus ulcer*. Intensiv avdeling fikk søkeord som *intensive care unit*, *ICU*, *intensive care nursing*, *critical care nursing*. Ordet erfaringer ble: *experience*, *nurses experience*. Kunnskapsbasert praksis: *evidence based practice*.

Det ble utført et vidt søk på *pressure ulcer* og *intensive care unit*. Det ble begrenset til engelske artikler og utgivelsesår fra 2007-2017. Dette ga et resultat på 401 artikler. Det ble forsøkt å kombinere disse ordene med *evidence based nursing*, *nurses experience* og *attitude* ble antall artikler redusert til 25 stk. Da treffet med dette ble så redusert, ble det opprinnelige søket gjennomgått. Disse ble gjennomgått for relevans ved å lese sammendrag.

I denne studien ble det funnet noen kunnskapsoppsummeringer, men flest enkeltstudier. Artiklene ble vurdert ut ifra kunnskapspyramiden. I pyramiden vil enkeltstudier representere mer detaljert, men mindre anvendbar og kvalitetssikret forskning (Alper & Haynes, 2016; Nortvedt et al., 2012a). Dette kan ha påvirket denne studiens litteraturbruk, se metodekritikk senere i oppgaven.

3.2 Utvalg og datasamling

Intervjuundersøkelsen ble utført i syv ulike faser etter Kvale og Brinkmann: tematisering, planlegging, intervjuarbeid, transkribering, analysering, verifisering og rapportering (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Etter temavalg og godkjenning av prosjektplan, ble en søknad til Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) sendt. Etter godkjennelse (se vedlegg 1), ble forskningsansvarlig ved det gjeldende sykehuset kontaktet for å registrere prosjektet. Prosjektplan, informasjonsskriv til informanter og kopi fra godkjennelse fra NSD ble lagt ved. Enhetsleder ved intensivavdelingen på sykehuset fikk samme informasjon. Datainnsamling ble ikke påbegynt før disse formalia var på plass.

Utvalget til studien (inklusionskriteriene) bestod av informanter som var: Intensivsykepleiere, arbeidet på en intensivavdeling, fast ansettelse og med minimum ett års erfaring. Totalt ble 45 intensivsykepleiere spurt om å delta i studien via e-post. Lite respons var en utfordring, men totalt ble 10 intensivsykepleiere rekruttert til studien. Det var i utgangspunktet rekruttert 5 informanter til hvert intervju, men på bakgrunn av sykdom og jobbsituasjon ble det 1 mindre i hvert intervju.

Datasamlingen ble foretatt på et sykehus på Østlandet, med 4 informanter i hver gruppe. Alle informantene jobbet på en generell intensivavdeling med både kirurgiske og medisinske pasienter med totalt 14 sengeplasser. Dette innebærer at avdelingen ble gradert til nivå 2A (Norsk anesthesiologisk forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleie, 2014). For å få et bredt utvalg ble det etterstrebet en heterogen blanding med hensyn til alder og antall års erfaring blant informantene i hvert intervju.

I alt ble 8 intensivsykepleiere intervjuet, hvorav 1 mann og 7 kvinner i alderen 30 til 60 år. Antall års erfaring varierte fra 2 år opp til over 10 år. Alle informantene hadde 75% stilling eller høyere. Litteraturen varierer med tanke på antall personer et fokusgruppeintervju bør bestå av. Det varierer mellom 6-12 informanter (Malterud, 2012; Morgan, 1997; Polit &

Beck, 2012). Det var satt av en time til hvert intervju. De to intervjuene ble foretatt på separate dager i januar 2017, på et møterom ved det aktuelle sykehuset.

Informantene fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeerklæring i forkant av studien, se vedlegg 2. Det ble ved dette informert om: Anledning til å trekke seg når som helst under intervjuet uten grunn, at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, dataene ble slettet etter transkribering, samt at sted og personer ble anonymisert under transkribering. Intervjuer vektla et ønske om fri meningsytring og diskusjon i forkant av intervjuet.

I forkant av intervjuene ble roller fordelt hvor en ble intervjuer og en ble sekretær. Rollefordeling ble forklart til informantene, og spesielt sekretærens rolle, slik at informantene ikke skulle føle seg usikre og tilbakeholde meninger. Intervjueren sørget for flyt og strukturering av diskusjonen. Med dette menes at alle fikk ytret sin mening, eventuelt ble dominerende informanter forsøkt nedtonet. Det ble sørget for at relevante emner for problemstillingen ble diskutert og at intervjuguiden ble fulgt. Sekretæren var aktivt lyttende til informantene, samtidig som non-verbale handlinger og beskrivelse av gruppedynamikk ble nedskrevet.

Det ble brukt en semi-strukturert intervjuguide. Dette gav informantene mulighet til å uttrykke seg fritt og fortelle historier om temaet. Meningsutveksling blant informantene ble ansett som viktig, da dette kan bringe frem rikere informasjon, sammenlignet med et tradisjonelt intervju (Lerdal & Karlsson, 2008). Det ble lagt vekt på en rolig atmosfære under intervjuene slik at informantene kunne ta seg tid til å finne eksempler og refleksjoner fra pasienthendelser. Intervjuguiden bar preg av åpne spørsmålstillinger i starten, for å igangsette diskusjon. Selv om det ble fortrinnsvis brukt åpne spørsmål, var det nødvendig med en viss standardisering slik at informantene holdt seg til temaet. Mot slutten av intervjuet ble det stilt mer direkte spørsmål for å avdekke punkter som ikke allerede var blitt diskutert. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden:

- Kan dere bruke tre minutter på å nevne noen stikkord om hva dere mener kjennetegner trykksår?
- Hva slags erfaringer har dere med trykksår?
- Kan dere si noe om hvordan dere opplever å arbeide med trykksårbehandling på deres avdeling?
- Opplever dere at det er fokus på trykksår i avdelingen?
- Opplever dere at det er et tverrfaglig samarbeid?

3.2.1 Transkriberingsarbeidet

Intervjuene ble tatt opp med to diktafoner som var testet i forkant. Dette ble gjort for å sikre god lyd kvalitet og hindre vanskeligheter med transkribering. Lydopptakene ble overført til data og lagret til studiens avslutning. Transkribering skjedde fortløpende dagen etter intervjuene. Dette ble utført ved å høre på lydbåndet og skrive ned ordrett hva som ble sagt. Avbrytelser, bekreftelser og kroppsspråk ble notert ned der det var tydelig at informantene var enig eller uenig. Informantene ble kodet med bokstaver fra A-H. Det ble notert ned antall års erfaring, over 10 år eller under 5 år. Ord som ble lagt trykk på ble uthevet med fet skrift og pauser ble skrevet ned (se tabell 3). Det ble viktig under denne prosessen å forholde seg tro mot informantenes egen språkbruk. Dersom informantene navnga personer ble disse anonymisert. Refleksjoner ble også tatt med fra sekretærens notater. Transkriberingsarbeidet bar noe preg av at informantene i intervjuene pratet samtidig og at noen ble avbrutt. Dette resulterte i at lydopptaket måtte gjennomgås flere ganger, for å sikre meningsinnholdet i ytringene.

TABELL 3: Eksempel på transkripsjonsmarkører og koding av informantene

Informant	Informantens antall år i praksis
1 = A 2 = B 3 = C 4 = D Intervjuer = I Sekretær = S	>5 års erfaring >10 års erfaring > 5 års erfaring < 5 års erfaring
(....)	Ytringer uten relevans er utelatt
Betoning	Fet skrift der informanten vektlegger ytringer
()	Beskrivelse og skildringer av informantenes kroppsspråk

3.3 Dataanalyse

Analyse av datamaterialet skal være en brobygger mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2012). I kvalitativ forskning brukes begrepet metningspunkt eller saturasjonspunkt for å beskrive når man har nådd et punkt i datasamlingen der det ikke fremkommer ny informasjon. Når man har nådd dette punktet kan man begynne å se mønstre og kategorier til analysen (Polit & Beck, 2012). Det vil nå bli redegjort for analysearbeidet.

3.3.1 Analysearbeidet

Analysen ble utført som en tematisk innholdsanalyse (Braun & Clarke, 2006). Denne ble valgt på bakgrunn av at det er en fleksibel og teoriuavhengig metode for å identifisere og analysere mønstre i datamaterialet, for deretter å trekke ut det som trer frem som temaer og undertemaer (Braun & Clarke, 2006).

Det ble i analysearbeidet tatt hensyn til egen forforståelse av fenomenet, for å motvirke påvirkning av datamaterialet. Det vil likevel i en kvalitativ metode være nærmest umulig å unngå (Polit & Beck, 2012). Dette ble forsøkt korrigert ved å være trofaste mot informantenes ytringer, og til dels kroppsspråk. Et sukk fra en av informantene kan f.eks. ha flere betydninger: 1) Det kan bety uenighet. 2) At man er enig i en frustrasjon en av de andre informantene opplever rundt temaet (Ellingsen & Drageset, 2010). For å avklare dette forsøkte intervjuer å få informant til å utdype sin refleksjon/ reaksjon.

Braun & Clarke sin modell for tematisk innholdsanalyse bygger på en trinnvis modell med seks følgende faser og ble utført på følgende måte:

Fase 1: Gjøre seg kjent med datamaterialet. Analysearbeidet startet ved å lytte til intervjuene gjentatte ganger på lydbånd, transkribere for deretter å skrive ned notater om refleksjoner og tanker vi gjorde underveis.

Fase 2: Lage koder. I denne fasen ble alle sitater fargekodet ut fra ulike temaer slik at datamaterialet ble grovkategorisert. Dette ble utført for å få en oversikt, samt forenkle og fremheve det som var relevant og for studiens problemstilling. Fargen gul representerte forebygging, blå- definisjon av trykksår, orange- behandling osv. Det er viktig å påpeke at det ikke ble satt noen hovedtemaer i denne fasen.

Fase 3: Finne hovedtemaer. I denne fasen ble alle de fargede sitatene plassert i 4 overordnede temaer: Innstillinger og prioriteringer, vurdering og behandling, rammer i en konkret intensivpraksis og forbedring av praksis. Dette ga et svært stort materiale under hvert tema. Sitater ble fortløpende fortettet av begge forfatterne slik at meningen i utsagnet skulle holdes, samt unngå feilfortolkning.

Fase 4: Vurdering av tema. Fortattede sitater ble vurdert som gyldige eller ikke for studiens problemstilling.

Fase 5: Definere og navngi tema. I denne fasen ble temaene finpusset og definert for deretter å bli presentert i en forenklet modell, hvor meningsfortattede data som belyste temaet best ble valgt ut (se tabell 5).

TABELL 5: Eksempel på trinn 5 i analysefasen.

Sitater	Meningsfortattede data:	Undertema:	Tema:
<i>B: (...) jeg syntes det er vanskelig med behandling ja. Jeg syntes det er vanskelig å være sikker på at jeg har kategorisert det riktig og derav kommer tankene om jeg har behandlet det riktig.</i> <i>A: det er jo mange metoder som er riktige. Vi bruker jo veldig mange metoder. Mange bandasjemetoder er jo riktige, men det er jo liksom en miks på alt sammen, og da blir det ikke noe kontinuitet</i> <i>C: jeg synes kanskje det er litt vanskelig å vite hvor jeg skal oppsøke informasjon, spesielt om bandasjene. En ting er kategoriseringen, der har vi den «plansjen», men det er en jungel av forskjellige bandasjer, og da syntes jeg det blir veldig overveldende.</i> <i>E: ja, nei for det som er vanskelig syns jeg er at det forandrer seg. For noen år siden så var det Intrasite på alt, ikke sant. Så var det Allewyn på alt og nå bruker vi nesten ikke det lengre. Så det er vanskelig syns jeg altså.</i>	Feil kategorisering kan føre til feil behandling. Mange ulike metoder fører til nedsatt kontinuitet Utfordrende å vite hvor man skal oppsøke informasjon om bandasjene Hyppig produktendring gjør det vanskelig.	Kompetanseutfordringer ved trykksår	Uklare rammer for trykksår-behandling i en konkret intensivpraksis

Fase 6: Utføre rapporten. Siste steg i analysen ble å utforme tematiseringen i resultatdelen og diskusjonsdelen av studien ved å lage tabeller. Det ble laget en tabell for hvert av de fire temaene.

Analysearbeidet er en dynamisk prosess, hvor man beveger seg fritt ifra den ene fasen til neste, uavhengig av nummeret på fasen (Braun & Clarke, 2006). Temaene har endret formulering underveis og har ikke nødvendigvis vært spesielt tilknyttet spørsmålene vi stilte i intervjuet (Braun & Clarke, 2006). Med dette menes at det også ble reflektert over nye tema underveis i intervjuet som kunne besvare studiens problemstilling. I analysen ble det, som i metoden, brukt en fenomenologisk tilnærming ved at informantenes erfaringer om trykksår som fenomen kom frem. Vi forsøkte å induktivt tilnærme oss datamaterialet. Med dette menes en åpen og teorinøytral tilnærming til datasamlingen (empirien), med intensjon om å skape en teori ut i fra analysen (Thornquist, 2003).

I analyseprosessen ble det tatt utgangspunkt i studiens underspørsmål i arbeidet med utforming av undertemaer og temaer. Våre underspørsmål var som følgende:

- Hvordan diagnostiserer intensivsykepleiere trykksår og hva er deres fortrolighet med klassifiseringsverktøy?
- Hvordan behandler intensivsykepleieren oppståtte trykksår?

4.0 Resultater

Innledningsvis vil det redegjøres for gruppedynamikk, samt likheter og forskjeller mellom de to fokusgruppeintervjuene. Videre vil studiens funn bli presentert i 4 temaområder, med 2-4 undertemaer. Disse vil representere informantenes meningsutsagn knyttet til kunnskaper, holdninger og ferdigheter i forhold til trykksårbehandling i deres kliniske hverdag. Det tilstrebes i presentasjonen av resultatene å gi et innblikk i samtaleprosessen og gruppedynamikken i de to intervjuene. Sitatutvalg er gjort for å illustrere temaene sett ut ifra meningsutveksling fra informantene, samt vise forskjellene mellom de to intervjuene. For å avgrense sitatmengden er det kun tatt med utdrag fra sitatene som er mest illustrerende for temaene.

Felles for intervjuene var at det var god diskusjon og meningsutveksling i begge gruppene. Intervjuer og sekretær ble som følge av dette ikke mer aktive enn nødvendig. Diskusjonen mellom informantene ble opplevd som naturlig og alle fikk mulighet til å uttrykke sine meninger. I det første intervjuet var det en av informantene som bidro mye og intervjueren var da påpasselig med å dra inn de andre informantene ved å spørre om utsagnet samstemte med deres meninger. I det andre intervjuet var det mer likevekt av ytringer blant informantene. Intervjuer oppsummerte både underveis og på slutten av intervjuet for å bekrefte at man oppfattet informantene korrekt.

Under datasamlingen til denne studien opplevdes det i stor grad et metningspunkt for de fleste punktene i intervjuguiden. Dette til tross for at det manglet en informant i hvert intervju. Et visst metningspunktet ble erfart når en ytring ble gjentatt flere ganger av flere av informantene. Imidlertid ble det diskutert temaer i det ene intervjuet som ikke kom frem i det andre. Oversikt over temaer og undertemer som ble utviklet presenteres i tabell 6.

TABELL 6: Oversikt over temaer og undertemaet som ble utviklet

Tema:	Undertema:
Innstillinger og prioriteringer av trykksår	Innstillinger til trykksår som et fenomen og trykksårbehandling
	Ulik prioritering av trykksårbehandling
Vurdering av trykksår og valg av behandling	Kunnskaper om trykksår
	Fortrolighet med bruk av klassifiseringsverktøy
	Begrunnelse for behandlingsvalg ved trykksårbehandling
	Kunnskapsdeling og samarbeid
Rammer for trykksårbehandling i en konkret intensivpraksis	Valgutfordringer ved trykksår
	Kontekstuelle utfordringer
Ideer om hva som kan forenkle vurdering og valg av trykksårbehandling	Forbedre dokumentasjon
	Tverrfaglig samarbeid
	Oversikt over behandlings-mulighetene

4.1 Innstillinger og prioriteringer av trykksår

Dette temaet representerer intensivsykepleiernes innstillinger, opplevelse, fokus og prioritering til trykksårbehandling på det individuelle plan.

TABELL 7: Meningsfortattede data, undertema av temaet innstillinger og fokus på trykksår

Meningsfortattede data:	Undertema:	Tema:
- Økt opplevelse av trykksår tidligere - Høyt fokus på leie og trykkavlastning - Generelt mer fokus på respiratorpasienter - Ingen opplevelse av trykksår på intensiv - Økt fokus på avlastning - Bedre madrasser og utstyr har ført til økt fokus på brukerutstyr - Dyre spesialbandasjer og feilbruk går på bekostning av økonomi - Økt fokus på trykksårbehandling i fagmiljøet og fra bandasjeleverandører - Trykksårbehandling har fokus i fagmiljøet, men viktigere temaer som blir prioritert først	Innstillinger til trykksår som et fenomen og trykksårbehandling	Innstillinger og prioritering av trykksår
- Trykksårbehandling er en av de kategoriene som lett blir utsatt og skjøvet nedover på prioriteringslista på grunn av tidspress. - Trykksårbehandling kan være avhengig av tilgjengelige personale - Omprioritering av rutinemessig gjøremål - Naturlig del av stellet - Lettere å flytte på	Ulik prioritering av trykksårbehandling	

4.1.1 Innstillinger til trykksår som et fenomen og trykksårbehandling

Dette undertemaet baserer seg på spørsmål om hvorvidt informantene føler at de har fokus på trykksår i hverdagen. Alle informantene mente at de hadde fokus på trykksårbehandling ved at de hadde økt fokus på leieendring og trykkavlastning: *G: Det var det første jeg la merke til da jeg begynte her at det er veldig bra fokus på leie og trykkavlastning.* Dette utsagnet bekrefter også de andre informantene. Flere av informantene reflekterte over at årsaken til økt fokus hadde en sammenheng med bedre utstyr i form av intensivsenger. En av informantene påpekte også at det hadde sammenheng med økt fokus i fagmiljø og salg av bandasjer: *B: Det er hvertfall mye mer tema i **fagmiljøet** og også utenfor fra andre som vil selge disse bandasje sine. Det er et marked for å selge.* Samtidig reflekterte informantene også over at det var andre temaer som ble prioritert på fagdager. En informant uttrykte at hun hadde opplevd mer trykksår tidligere: *D: Jeg har også opplevd mer trykksår før egentlig, på ortopedisk avdeling enn på intensiv.* Det var kun i gruppe 2 det ble uttrykt at de hadde økt

fokus på intensivpasienten og at det ble iverksatt flere tiltak til denne pasientgruppen i forhold til medisinske pasienter:

F: Det er vel fordi de ligger jo helt i ro, de er jo helt passive, så vi er jo nødt. Det er jo opp til oss på en måte. Klart de maskepasientene er jo passive de og. Men generelt er vi flinkere med respiratorpasienten.

Et overraskende funn var at en informant uttrykte at hun aldri hadde observert trykksår på intensiv: D: (...) *Jeg har ikke kommet over noen sår, eller noe jeg tror er et trykksår. Ikke foreløpig.* Dette ble ikke bekreftet av de andre informantene rundt bordet. En av informantene i gruppe 1 reflekterte også over det økonomiske aspektet ved trykksårbehandling. Dette utsagnet fikk støtte fra de andre informantene i gruppen: A: *Det er jo ikke verdens billigste disse spesialbandasjene heller. Bruker man de feil så går det på økonomi.*

4.1.2 Ulik prioritering av trykksårbehandling

Alle informantene i gruppe 1 uttrykte at trykksårbehandling ble utført som en del av morgenstellet, men at prosedyren kunne bli glemt om det ikke ble utført da. I gruppe 1 ytret også alle informantene at observasjoner av trykksår og eventuell behandling var en naturlig del av stellet. Det var spesielt informant B som påpekte mest om prioriteringen i hverdagen, men fikk støtte fra de andre informantene.

B: Men det er nok hvis man ikke får gjort det i morgenstell, det kommer jo litt an på hvordan dagen ser ut rett og slett, hvor mange andre ting også skal gjøres, så vil jeg jo tro at det kan bli glemt. Jeg vil ikke si at vi slurver med det, men jeg kjenner jo det selv også at det å få en blodgass-status på en dårlig pasient ville selvsagt fått prioritet, i forhold til stell av trykksår (...) Jeg tror at det er en av de kategoriene som blir utsatt og skjøvet nedover på lista på grunn av tidspress.

Det ble også påpekt av samme informant at trykksårbehandling lettere lar seg flytte på i prioriteringslista enn andre ting som ble ansett som å ha en høyere prioritet: B: *Det lar seg lettere flytte på enn en del andre ting som er enda viktigere.* Det ble uttrykt av samme informant at det er mange gjøremål og prosedyrer som skal gjennomføres i løpet av en dag, men at trykksårbehandling kunne fått en høyere prioritet i hverdagen: B: *Det er mye som skal skiftes, slanger og diverse. Men jeg tror at vi kunne kanskje latt vær å skifte respiratorslanger før klokken tre og heller ta et trykksårstell før tre.*

På spørsmål fra intervjuer om informantene i gruppe 2 opplevde det som utfordrende å få gjennomført trykksårbehandling i løpet av en vakt, ble dette besvart av kun en informant, men fikk støtte av de andre informantene: *E: Jeg syns vi er flinke. Jeg tenker det er en naturlig del av stellet.* Det nikkes bekreftende rundt bordet. Tilgjengelighet av personalet ble kun diskutert i gruppe 1. Det ble belyst av en informant at tilgjengelig personale hadde sammenheng med om trykksårbehandling ble utført: *A: Noen ganger så går det **veldig** på det med hvor mange personale vi har tilgjengelig. Er vi få så må vi **skynde** oss å gjøre det mens vi har noen der, eller så blir det nedprioritert.* De andre informantene yret enighet i utsagnet fra informant A ved å nikke bekreftende.

4.2 Vurdering av trykksår og valg av behandling

Dette temaet illustrer informantenes kunnskaper om trykksår, hvordan de kartlegger trykksår, samt om de benytter seg av kartleggingsverktøy og deres fortrolighet med dette.

TABELL 8: Meningsfortattede data, undertema av temaet vurdering av trykksår og valg av behandling

Meningsfortattede data:	Undertema:	Tema:
- Hva er forskjellen på et trykksår og et merke? - Trykkmerke som blekner etter en viss tid eller ved stillingsendring er et trykkpunkt. Et trykksår forsvinner ikke når du trykker på den. - Dersom ett merke ikke forsvinner etter avlastning kan det etter definisjon være et begynnende trykksår? - Fargeforandringer i huden - Blemmer og blemmeutvikling kan være trykksår	Kunnskaper om trykksår	Vurdering av trykksår og valg av behandling
- Jeg kategoriserer ikke med grader - Har kategorisert ut ifra om såret er overfladisk eller dypere. Ikke vant å gradere. - Vanskelig med bruk av klassifiseringsverktøy på bakgrunn av personavhengig tolkning - Mot til å ta i bruk kategoriseringsverktøyet og bevissthet i forhold tilgjengelighet. Tidligere har vi beskrevet det vi ser, men nå er det viktig med en mal for å sette det inn i en kategori.	Fortrolighet med bruk av klassifiseringsverktøy	
- Begrunnelse for behandlingsmetode. - Behandlingsvalg baseres på erfaringer fremfor validert informasjon - Ser på fagdager som kunnskapsbasert praksis, men benytter seg også av en del synsing - Viktig å velge behandling ut ifra faglig begrunnelse, og ikke ut ifra egne preferanser - Produkter som er lettest tilgjengelig blir hyppigere anvendt	Begrunnelse for behandlingsvalg ved trykksårbehandling	
- Stiller spørsmål og diskuterer med hverandre - Lav terskel for å konferere med hverandre - Ulik kompetanse på tvers av avdelingene, derav viktig med tverrfaglig samarbeid. - Tillitt til kollegaer med relevant erfaring - Ved utfordrende sår kontaktes plastikkirurgen - Fotografering som kommunikasjonsverktøy	Kunnskapsdeling og samarbeid	

4.2.1 Kunnskaper om trykksår

Undertemaene tar for seg intensivsykepleierens kunnskaper om trykksår og hva de forstår med trykksårbegrepet.

I første del av intervjuet uttrykte informantene i begge gruppene seg noe ulikt om hva de forstod som trykksår. Noen av informantene uttrykte at de var usikre på hva trykksår defineres som. De undret seg over hva og om det er noen forskjell mellom trykksår og merke: *A: Jeg står ofte og undrer på om det er et trykksår eller merke.* Andre mente at dersom merket ikke forsvant ved hjelp av avlastning kunne det etter definisjonen være et begynnende trykksår: *D: Men det er jo sånn at det merket forsvinner ikke da. Hvis det er et trykksår, hvertfall begynnende.* Det ble en god diskusjon i begge gruppene omkring definisjonen av trykksår. Andre påpekte blemmer som trykksår: *H: Ja, blemmer kan jo være trykksår.* De andre informantene nikkete bekreftende rundt bordet. En annen av informantene pekte på fargeforandringer i huden som viktige tegn på trykksår: *F: (..) Fargeforandringer i huden. Det går jo på det. Det kan jo være rødt og blekt.* Dette var de andre informantene enige i. Informantene diskuterte ulike definisjoner, men det viste seg underveis i diskusjonen at de hadde en forholdsvis lik forståelse av fenomenet underveis

4.2.2 Fortrolighet med bruk av klassifiseringsverktøy

Under dette undertemaet beskrev informantene hvordan de betrakter bruk av klassifiseringsverktøy i møte med pasienter med trykksår. De påpekte kunnskaper om bruken av verktøyet, utfordringer de møtte og hvordan de gikk frem når de kategoriserer.

Alle informantene var klar over at man skulle kategorisere trykksår ved hjelp av klassifiseringsverktøy, og de hadde fått undervisning om dette på fagdager. Men det var bred konsensus om at det var utfordrende å bruke på bakgrunn av varierende opplæring, samt at man ikke alltid visste hvor verktøyet fysisk befant seg. De fleste informantene var enige om at de ikke brukte et systematisk klassifiseringsverktøy: *F: (...) Men vi kategoriserer det ikke, sånn med de gradene og sånn, det gjør ikke jeg hvertfall.* Dette var de andre informantene enige i, men at dette var noe de skulle begynne med på bakgrunn av et fokus i avdelingen. De fleste var også enige i at de heller beskrev det de så ved å observere dybde og utseende rundt sårkanter, og med dette gjorde en kartlegging av trykksåret: *H: (...) Det er jo sånn vi har kategorisert det - om det er overfladisk eller dypere. Vi har ikke vært vant til grad 1 og 2 og sånn som vi skal ha fokus på nå.* En annen av informantene mente det var vanskelig å bruke

kategoriseringsverktøyet på bakgrunn av at man tenker ulikt og dermed tolker såret ulikt. En pasientcase ble presentert der man på to dager etter hverandre hadde satt svært vidt forskjellige kategorier på et trykksår: (..) *Hvis du ser på de plansjene så er jo det et stygt sår som er mye dypere, og derfor er det vanskelig å gå ut ifra de plansjene. Og fordi vi tenker så ulikt.* En av informantene reflekterte rundt årsaken til at klassifiseringsverktøyet ble lite benyttet på bakgrunn av manglende tilgjengelighet, samt at man må ha mot til å ta det i bruk:

B: (...) Det har kanskje noe med mot til å tørre å ta i bruk det kategoriseringsverktøyet (..) Hvis jeg oppdager et trykksår og jeg er i tvil om det er en grad 1 eller 2, så burde jeg jo hente den veilederen. Men det gjør jeg ikke. Jeg hadde nok funnet ut av hvor den lå altså.

En annen informant påpekte at selv om man ikke hadde brukt et slikt verktøy tidligere, var det nå viktig med en mal å forholde seg til: *E: (..) Men nå skal vi jo sette det inn i en kategori og da er jo en mal veldig viktig for oss, føler jeg hvertfall.* De fleste informantene i begge gruppene var samstemte i at de ikke brukte det tilgjengelige klassifiseringsverktøyet regelmessig, men hadde erfart nyttheten av det når de først hadde tatt det i bruk.

4.2.3 Begrunnelse for behandlingsvalg

I dette undertemaet delte informantene sine tanker rundt begrunnelsen som lå bak behandlingsvalg.

Alle informantene var enige i at det var betydningsfullt å begrunne sine valg når det gjelder trykksårbehandling, men de færreste søkte forskningsbasert kunnskap om behandling og ulike bandasjer. Ofte stolte man på andre kollegaer og egne erfaringer:

G: (...) Men jeg er ikke så flink til å sette meg ned og lese om de forskjellige bandasjene. Så det går jo litt på erfaringer man får og det som blir fortalt av andre kollegaer (..)

Alle mente de arbeidet kunnskapsbasert med trykksårbehandling ved at de hadde hatt en del undervisning om temaet, men de benyttet også en del synsing:

H: Hvis du tenker på det vi har hatt som undervisning så er jo det kunnskapsbasert i utgangspunktet (..) Men litt synsing.. En del synsing er det vel også. Det er en kombinasjon av de to.

De andre informantene nikket bekreftende som respons på dette utsagnet. Det var særlig informantene på det andre intervjuet som mente dette. En av informantene på det andre intervjuet mente også at man hyppigst valgte produkter som var lettest tilgjengelig: *G: (..)Derfor blir det hyppig brukt fordi vi har det tilgjengelig (..)* I det første intervjuet uttrykte imidlertid en av informantene at det var viktig med en faglig begrunnelse for sine behandlingsvalg: *D: Det er viktig å ikke tenke på hva man **selv** har lyst til å legge på ut ifra hva man **liker**, men at man faktisk har en begrunnelse bak det.*

4.2.4 Kunnskapsdeling og samarbeid

Alle informantene i begge gruppene påpekte at de benyttet seg av kompetanse fra sykepleiere på plastikk kirurgisk avdeling.

D: (...) Jeg tenker jo at vi har områder som vi er skikkelige gode på, også har vi andre områder som vi mister litt av den faglige oppdateringen som kommer også, fordi vi jobber ikke på plastkirurgen. Vi kan jo ikke få med oss alt heller. Nye ting som skjer, og prosedyrer. Det er kjempe viktig med et samarbeid

B: (...) Hvis jeg har et vanskelig sår eller stomier så ringer jeg til sykepleiere på gastro eller til plasten, og de kommer, og jeg får gode råd.

Flere av informantene i begge gruppene påpekte at de rådførte seg med kollegaer og at det var lav terskel for å spørre: *B: Det er hvertfall ikke sånn at jeg har **høy** terskel for å spørre. Jeg syntes vi har lav terskel for å spørre uansett jeg. Det gjelder hos oss.* En av informantene mente det viktigste var å konferere med kollegaer når man skulle vurdere sårprosedyren: *F: Også er det jo plastkirurgene eller diskutere med kollegaer, ikke minst. Det er jo det viktigste.* Samtidig mente den ene informanten i gruppe 1 at kjennskap til kollegaers erfaringer med trykksårbehandling hadde sammenheng med om man stolte på prosedyren:

*B: (...) Jeg vet også at informant A har jobbet på plastikk-kirurgen, og at når han har laget en prosedyre så hadde jeg stolt på at her er det **kunnskap** som gjør at han har tenkt det slik.*

Fotografering av trykksår ble nevnt som en metode for å få til samarbeid mellom lege og intensivsykepleier:

D: Hvis kirurgen kommer og bandasjen ligger på (...), så kan jeg vise et bilde, at slik så det ut i går. For det er noe med å få til den kommunikasjonen slik at alle følger med.

Utsagnet ble bekreftet av flere informanter i gruppe 1, samtidig som informant A mente at man kunne bli bedre på det.

4.3 Rammer for trykksårbehandling i en konkret intensivpraksis

Dette temaet illustrerer rammene rundt trykksårbehandling ut ifra konteksten intensivsykepleieren befinner seg i.

TABELL 9: Meningsfortattede data, undertema av temaet rammer for trykksårbehandling i en konkret intensivpraksis

Meningsfortattede data:	Undertema:	Tema:
- Feil kategorisering kan føre til feil behandling. - Jeg er ikke stødig på behandling og dette fører til at jeg er lett å lede. - Mange ulike metoder fører til nedsatt kontinuitet - Mangel på opplæring av bandasjene fører til at det blir liggende i skapet. Man bruker den man har kjennskap til. - Utfordrende å vite hvor man skal oppsøke informasjon, spesielt om bandasjene. - Hyppig produktendring gjør det vanskelig	Valgutfordringer ved trykksår	Rammer for trykksårbehandling i en konkret intensivpraksis
- Etablerte sårprosedyrer som ikke blir fulgt - Forsiktig med innblanding i andre kollegaers ansvarsområde - Tar mer ansvar for pasienter i egen gruppe - Vi er opptatt av at legene skal se på det til tross for at de ikke kan det. Vi mister vår faglige stolthet - Tålmodighet til etablert sårprosedyre - Forhindre behandlingsendring	Kontekstuelle utfordringer	

4.3.1 Valgutfordringer ved trykksår

I dette undertemaet beskrev informantene de ulike utfordringene de opplevde i arbeidet med trykksårbehandling.

Informantene beskrev at de syntes det var utfordrende på bakgrunn av manglende kompetanse på de ulike produktene og hvor vidt man har kategorisert det riktig. De nevnte betydningen av hensiktsmessig kategorisering for å sette i gang adekvat behandling. Særlig en av informantene i det første intervjuet beskrev sin egen usikkerhet omkring kategorisering som utslagsgivende i forhold til adekvat behandling av trykksåret:

B: (..) Jeg syns det er vanskelig med behandling ja. Jeg syns det er vanskelig å være sikker på at jeg har kategorisert det riktig og derav kommer tanken om jeg har behandlet det riktig.

Dette var noe de andre informantene var enige i. En av de andre informantene i det første intervjuet mente det var avgjørende med kjennskap til bandasjens egenskaper, og at det man hadde kjennskap til, ble brukt hyppigst: C: (..) *For når man ikke vet hvordan man bruker bandasjen, så blir det bare liggende i skapet, og da bruker man den man kjenner fra før.*

Endringer i beholdningen av produkter ble påpekt som en stor faktor til at arbeidet med trykksår ble utfordrende. Produkter blir raskt endret og nye bandasjer blir kjøpt inn.

Informantene antydte også at det er en trend innenfor behandling av trykksår:

E: Ja, nei for det som er vanskelig syns jeg er at det forandrer seg. For noen år siden, så var det Intraside på alt, ikke sant. Så var det Allewyn på alt og nå bruker vi nesten ikke det lengre. Så det er vanskelig syns jeg altså.

Et rikt utvalg av bandasjer og manglende kompetanse om bruk av bandasjene ble nevnt av en av informantene. Det ble påpekt viktigheten av en oversikt over bandasjene for å gjøre utvalget mindre overveldende:

C: Jeg syns kanskje det er litt vanskelig å vite hvor jeg skal oppsøke informasjon, spesielt om bandasjene. En ting er kategoriseringen, der har vi den plansjen, men det er en jungel av forskjellige bandasjer, og da syns jeg det blir veldig overveldende.

Et overveldende utvalg av bandasjer mente flere av informantene bidro til utfordringer i behandlingen, men også sin egen usikkerhet i forhold til trykksår generelt. En av informantene pekte på manglende egenkompetanse som faktor til at man da kan bli lettere å lede og usikker på eget valg:

B: Jeg er ikke noe «steady» på det (..) Hvis det kommer noen for eksempel og sier «har du lagt på dette?» «Ja, det har jeg». Burde jeg valgt noe annet? (..) Da er jeg veldig lett å lede. Det er noe med at jeg ikke føler meg så god på trykksår.

I det første intervjuet viste en av informantene til ulikheten hos personalet på avdelingen. Ulike personer ønsker ulike metoder som fører til liten kontinuitet i behandlingen.

A: Det er jo mange metoder som er riktige. Vi bruker jo veldig mange metoder. Mange bandasjemetoder er jo riktige, men det er jo liksom en miks på alt sammen, og da blir det ikke noe kontinuitet

4.3.2 Kontekstuelle utfordringer

I dette undertemaet beskrev informantene utfordringer som følge av intrakulturelle forskjeller hos personalet på avdelingen og primærsykepleie, men også holdninger hos intensivsykepleieren i møte med leger. Det var primært informanter i det første intervjuet som beskrev dette som utfordringer. Informantene i det andre intervjuet beskrev illojalitet som en utfordring, men mente samtidig at det var et større problem tidligere. Informantene i det første intervjuet beskrev manglende kontinuitet på bakgrunn av lite lojalitet mot etablerte sårprosedyrer:

*A: Jeg laget en prosedyre her om dagen jeg, og det gikk greit. Jeg syntes det var en **god** prosedyre, men så så jeg natten etter at det var noe annet som lå på. Det var ingen som hadde fulgt det jeg hadde lagt på og som jeg hadde anbefalt.*

Primærsykepleie ble nevnt av flere informanter som en utfordring. De beskrev en opplevelse av mer ansvar for sårprosedyren til den pasienten man selv hadde ansvar for i sin gruppe. Dette førte til opplevelsen av mindre ansvar for pasienter i en annen gruppe. De fleste var enige i dette. De var forsiktige med innblanding i sårprosedyren til pasienter de selv ikke hadde ansvar for:

*D: Ja det blir jo på en måte et eieforhold til den pasienten. Hvis den pasienten er gul føler nok vi i den gruppa at vi har litt mer ansvar for pasienten, og at de som slenger innom i ny og ned liksom er litt sånn, han kjenner jeg ikke så godt, så da gjør man det man **må**. Man gjør jo ikke det fordi man **ikke** er interessert.*

B: (...) man har et visst ansvar for den pasienten når man er i den gruppa, og da kan det få det til å vippe litt over at da har ikke jeg lyst til å blande meg, men for all del jeg kan stille spørsmål og si at jeg ser det er sånn (...) Men vi er nok litt mer sånn forsiktig med å blande oss.

Informant B nevnte også intensivsykepleierens holdning og faglig stolthet som viktig. Informanten beskrev en hverdag hvor man som intensivsykepleier antakelig mistet noe av sin faglige stolthet fordi de stolte mer på kirurgen på tross av at de selv sa at de ikke har adekvat kompetanse:

B: (...) Og hvis vi blir så veldig opptatt av at kirurgene eller legene skal se på det så kan jeg tenke, hva skal vi med han akkurat nå. De kan det jo ikke. De sier det selv også. Ofte sier de, legg på noe saltvann, og da sier jeg av og til nei, vi kan ikke alltid

*bare legge på noe saltvann. (...) Der slipper vi liksom alt vi har av faglig stolthet og sier, nå må vi vente på legen. Han kan jo ikke dette han. Det handler også om **holdning**.*

Viktigheten av tålmodighet i behandlingen og kontinuitet var gjennomgående i begge gruppene:

E: Ja, men hvis det er første gang jeg ser det, så fortsetter jeg med det. Du kan liksom ikke slutte med det og at det blir noe nytt hver dag.

*D: Også er det viktig å være tålmodig sa hun som underviste oss om trykksår på en fagdag fra plastkirurgen. Vi hadde henne nå på fagdagene. Om det å være tålmodig, og ikke forvente en veldig rask forbedring, men at vi må **hvertfall** vente kanskje fjorten dager, før vi gjør en ny prosedyre. Men vi må hvertfall gi den prosedyren som er satt en sjans, og at alle følger den*

Likevel mente imidlertid en av informantene at man ikke var flinke nok til å fortsette med den etablerte prosedyren, men heller endret selv ut ifra egne preferanser: *H: Ja og det er litt viktig det å. At vi fortsetter. For vi er litt ille til å ”nei her kan vi ikke ha på det, vi må ha på det” også...*

4.4 Ideer om hva som kan forenkle vurdering og valg av trykksårbehandling

Dette temaet illustrerer hva informantene anså som forslag til forbedring av praksis.

Informantene i begge gruppene begynte selv å reflektere over hva som kunne bidra til at trykksårbehandlingen skulle bli mindre utfordrende et godt stykke ut i intervjuet. Dette var et tema som engasjerte informantene.

TABELL 10: Meningsfortattede data, undertema av temaet ideer om hva som kan forenkle vurdering og valg av trykksårbehandling

Meningsfortattede data:	Undertema:	Tema:
- Viktigheten av en god prosedyre med en beskrivelse av type bandasje og utstyr - Dokumentere hvem man har konferert med - Sette behandling i system, signere for å synliggjøre at man har utført behandling - Hvor ofte skal sårprosedyren utføres?	Forbedre dokumentasjon	Ideer om hva som kan forenkle vurdering og valg av trykksårbehandling
- Etablere tidlig samarbeid med plastkirurgen kan forhindre videreutvikling. - Mer aktive på å søke råd hos plastikk kirurgisk avdeling. - Bli flinkere på å bruke kartleggingsverktøy og rådføre oss med hverandre slik at vi får testet det ut. Da får man mer trygghet.	Tverrfaglig samarbeid	
- Behandlingsforslag ut ifra sårkategori - En guide på hvilke bandasjer som kan brukes til tørt, fuktig og iluktende sår, og hvor ofte man skal skifte bandasje. - En laminerte oversikter med generelle retningslinjer for de ulike bandasjene. - Vi trenger en standardisert plansje lett tilgjengelig - Oversikt over tilgjengelig bandasjer.	Oversikt over behandlingsmulighetene	

4.4.1 Forbedre dokumentasjon

Det var gjennomgående gjennom begge intervjuene at informantene påpekte viktigheten av å ha en prosedyre i behandlingsplanen til pasienten. Det var likevel delte meninger om hva en slik dokumentasjon skulle inneholde, men alle informantene var enig i at det mest vesentlige som måtte dokumenteres var bandasjevalg.

D: Men det er da det er så viktig å ha en god prosedyre med beskrivelse av hva slags bandasjer og hva vi skal vaske med og smøre med eventuelt, slik at vi kan gjøre det klart på forhånd. Det er jo slikt vi gjør med andre prosedyrer, at man henter det man trenger på forhånd.

En informant i gruppe 1 påpekte nyttigheten av å dokumentere hvem man hadde konferert med, og som et resultat av dette ville prosedyren bli fulgt:

B: (...) Start med å skifte hver andre dag, og da kan vi sette det i behandlingsplanen også etterpå da så skriver vi, etter konferering med fagsykepleier på platen eller noe sånt. Da tror jeg det skal mye til at vi ikke følger den prosedyren.

En annen informant påpekte at det måtte signeres for at sårstellet var utført, og med dette synliggjøre dersom det ikke ble utført:

*D: Men det handler jo igjen om det at ting blir satt i et **system**, og da blir det fulgt.(...) Man ser jo på intensivkurvene for eksempel, så står det når ting skal skiftes, og når man da skriver signaturen din så har man lagt igjen et spor på at det er gjort. Vi er jo veldig opptatt av å **vise** at vi har gjort det. Da blir det litt feil hvis man ikke har gjort det. Det blir **veldig** synlig.*

Det var gjennomgående i begge gruppene at intervall for sårskift var en viktig dokumentasjon. Dette måtte komme tydeligere frem slik at det ikke var mulighet for synsing:

B: For hvis det bare står ny sårprosedyre, Alevyn x 2, da tenker man, er det ganger 2 pr uke, eller er det ganger to pr dag? Hvorfor er det sånn? Da begynner hjernen å lure og stille spørsmål ved prosedyren også blir det lavere terskel for at nei dette syntes jeg ikke er bra, også skifter vi.

4.4.2 Tverrfaglig samarbeid

Alle informantene var enige når det gjaldt å benytte seg av kunnskap fra plastikkirurgisk avdeling, men samtlige mente også at de kunne bli enda flinkere til å benytte seg av dette:

D: Jeg tenker jo at vi kunne vært enda mer aktive på å ta kontakt med de (plastikk kirurgisk avdeling). Det er jo aldri noe problem når vi tar kontakt. De bidrar villig med kunnskapen sin og de er kjempe dyktige (...) Det er aldri noen problem å ta kontakt med de for å få hjelp.

En av informantene påpekte at de kunne bli flinkere på å etablere et samarbeid tidligere i forløpet i den hensikt å forhindre videreutvikling:

G: Jeg tenker at jeg kanskje skal bli flinkere selv til å oppsøke de fra plastkirurgen tidlig i forløpet sånn at en kan få gode tips fra starten av før det utvikler seg. Og kanskje få tips hvis dette videreutvikler seg - hva anbefaler dere. Sånn at en kan skrive gode ting i behandlingsplan fra starten.

Dette bekreftet de andre informantene positivt på ved å svare ja.

I gruppe 1 ble det refleksjon rundt hvordan implementering av klassifiseringsverktøy kunne bli bedre gjennom kollegial rådgivning. Det ble også påpekt at ved mengdetrening ville man oppnå trygghet:

*B: Det handler om mengdetrening som med alt annet. Vi kan bli flinkere til å bruke den også høre med hverandre- nå har jeg brukt denne og har kommet frem til den kategorien, og deretter hente en kollega, og spørre henne hva hun tenker. Slik at vi kan få testet det litt ut, for da får man litt mer trygghet på det rett og slett, og da blir det lettere å få en **stahet** på det- at slik gjør vi det nå.*

Dette ble ikke diskutert i gruppe 2.

4.4.3 Oversikt over behandlingsmulighetene

Et gjennomgående tema i begge gruppene var ytring om en oversikt over bandasjevalg. I begge gruppene spredte det seg stor entusiasme rundt dette temaet. Informantene var samstemte om at dette kunne forbedre behandlingsvalget, men det var delte meninger om hva denne oversikten skulle inneholde. Enkelte mente den skulle beskrive behandling ut ifra kategori på såret, en annen skildret en guide som skulle beskrive behandling ut ifra sårets utseende, en tredje illustrerte en guide over bandasjene de har tilgjengelig på avdeling:

C: Om det hadde stått forslag ut i fra hver kategorisering hadde det blitt lettere.

*D: En guide på hvilken bandasje som kan brukes til tørt sår, fuktig sår, til luktende sår, og hvor ofte skal man da skifte, **det** hadde vært lurt.*

G: Kanskje hvis vi hadde hatt en plansje over de klassiske tingene som vi har. En oversikt som hang i skapet, hvor det står hvilke sår de passer best til. At vi enklere kunne tatt de riktige tingene.

Det var stor enighet i gruppene om at guiden måtte være synlig i avdelingen, men det var noe uenighet hvordan dette gjøres. Enkelte informanter mente at guiden burde henge på sårskapet på avdeling: *A: Om vi hadde en standardisert plansje som hang på sårskapet og rundt om forbi, tror jeg det hadde blitt fulgt. Det er jo **det** vi trenger.* En annen informant stilte spørsmål ved om alle burde ha en guide hver: *E: Kanskje vi skulle hatt en guide hver i lomma?*

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres studiens funn opp mot underspørsmålene. Temaene diskuteres enkeltvis opp mot teoribakgrunn med hovedvekt på kunnskapsbasert praksis, og tidligere forskning som kan knyttes til studiens tema. Avslutningsvis diskuteres studiens troverdighet og relevans for videre studier.

5.1 Hvordan diagnostiserer intensivsykepleiere trykksår og hva er deres fortrolighet med bruk av klassifiseringsverktøy?

En del av intensivsykepleierens forebyggende og behandlende funksjon er å: Vurdere, iverksette og evaluere sykepleietiltak for trykksår. Bruk av klassifiseringsverktøy ansees som viktig for å vurdere graden av trykksåret og deretter iverksette adekvate tiltak for videre behandling. Ved hjelp av riktig diagnostisering kan intensivsykepleieren lettere sette opp et egnet behandlingsopplegg for pasientens trykksår. Dette vil også være viktig for pasientens livskvalitet. Et sår som ikke får hensiktsmessig behandling vil få mulighet til å utvikle seg og skape ytterligere smerter og ubehag for pasienten (Johansen, 2012). Slik det er i dag, viser flere studier, inkludert denne, at man ofte bruker erfaringer og tolkninger i arbeidet med å gradere trykksår. Dette vil i liten grad samsvare med kunnskapsbasert praksis (Beeckman et al., 2011; Johansen, 2012; Strand & Lindgren, 2010). Videre i diskusjonen vil dette diskuteres i lys av kompetansebegrepet som omfatter kunnskap, ferdigheter og holdninger. Ferdigheter vil ikke bli lagt vekt på, da det ikke er grunnlag for å si noe om dette ut ifra at metoden som er valgt. Funnene baserer seg ikke på observasjoner av informantenes utførelse, men hva informantene forteller om trykksårbehandling.

5.1.1 Forståelse av trykksår som fenomen

Informantenes forståelse og holdninger til trykksår som fenomen, kan forklares med bakgrunn av informantenes definisjon av trykksår. Denne forståelse kan også være basert på informantens kliniske erfaring. Informantene påpekte viktigheten av hel hud og opprettholdelse av denne som del av deres kliniske hverdag. Intensivsykepleierne definerte trykksår som fargeforandring, «merke» som ikke blekner ved trykk og mulig blemmeutvikling. Dette belyser at det informantene definerte som trykksår, stemmer overens

med trykksår grad 1 i EPUAP sitt klassifiseringsverktøy og begrepsbruken der. Samtidig viste samtlige informanter en usikkerhet rundt definisjon og forskjell på «merke» og trykksår. Dette kan reflektere begrensede kunnskaper om definisjon av trykksår. Disse funnene samsvarer med tidligere studier, hvor man anså kunnskap om definisjonen av trykksår som lav (Beeckman et al., 2011).

Et overraskende funn i denne studien var en informants manglende erfaring med trykksår. Dette ansees som bemerkelsesverdig da forekomst av trykksår er høy ved intensivavdelinger (Krupp & Monfre, 2015). Denne informanten hadde mindre en 5 års klinisk erfaring ved intensivavdelingen. Årsakene til uttalelsen er ikke avklart, men det kan likeledes skyldes tilfeldigheter eller ubevissthet. Denne studien har ikke kartlagt forekomsten av trykksår ved informantenes avdeling og kan således ikke avdekke udiagnostiserte tilfeller.

Funnene viser at intensivsykepleierne ofte igangsatte flere tiltak rundt pasienter som informantene oppfattet som «rene» intensivpasienter, eksempelvis en respiratorpasient. Informantene antydte at de utførte et praktisk skille av pasientene på avdeling ut ifra alvorlighetsgrad og om pasienten var respiratorpasient eller ikke. Man kan stille seg spørrende til hvorfor informantene skiller slik på de ulike pasientene. Et slikt skille kan antas å ha sammenheng med at den aktuelle avdelingen er en generell intensivavdeling og har både kirurgiske og medisinske pasienter med invasiv og noninvasiv respirasjonsstøtte (Norsk anesthesiologisk forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleie, 2014). Dette kan være forklarende for hvorfor intensivsykepleierne utførte dette praktiske skille. Hvorvidt pasienten er intubert eller ikke, vil nødvendigvis ikke avgjøre om pasienten defineres som en intensivpasient (Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for intensivsykepleiere, 2006). Intensivpasienten er definert ut ifra svikt i vitale organer, og det kan derfor likeledes være en ikke-intubert pasient (Norsk Sykepleieforbunds faggruppe for intensivsykepleiere, 2006). En nåværende generell trend de seneste årene er å redusere sedasjon hos respiratorpasienter og vil med dette være mer våkne (Gulbrandsen, 2015). Som følge av dette vil pasienten trolig være mer aktiv og deltakende i behandlingen, noe som intensivsykepleieren bør ta hensyn til. Økt brukermedvirkning er i henhold til Stortingsmelding 13 (Meld. St. 13, 2017). Våkne respiratorpasienter er imidlertid en trend som har utviklet seg de seneste årene, og det kan derfor være sannsynlig at våre informanter hadde mest erfaring med sederte pasienter.

Ut i fra denne studiens resultater kan det spekuleres i om informantenes holdninger til trykksår resulterte i at respiratorpasienter gjerne fikk mer trykkavlastende tiltak. Informantene forklarte denne forskjellen, med at respiratorpasientene er helt avhengig av at intensivsykepleieren sørger for ivaretagelse av hel hud. Dersom man gjør et slikt skille kan det problematiseres hvorvidt brukermedvirkning blir inkludert, og hvorvidt det arbeides kunnskapsbasert. Imidlertid kan brukermedvirkning relatert til oppstått trykksår hos intensivpasienten være mindre gjeldende da disse pasientene ikke kan uttrykke seg verbalt og er kritisk syk. I en slik situasjon vil pasienten være avhengig av intensivsykepleierens kunnskap og holdning til fenomenet. Det vil på bakgrunn av dette muligens være ulike betingelser og forutsetninger for å arbeide kunnskapsbasert i en intensivkontekst. Kunnskapsbasert praksis kan således ikke konsekvent knyttes til brukermedvirkning. Individuell behandling vil i slike tilfeller være i fokus, sammen med forskningskunnskap og erfaringskunnskap.

I likhet med funnene i denne studien bekrefter også litteraturen at det er variasjoner i hva slags pasienter som får forebyggende tiltak. Høyrisikopasienten er den pasientgruppen som hyppigst får trykkavlastende tiltak. Intensivpasienten ansees som en høyrisikopasient på bakgrunn av hemodynamisk ustabilitet, flerorgansvikt, vasoaktiv behandling, immobilitet, langvarig sykehusopphold og eventuelt dialyse (Cox, 2011; Nijs et al., 2009; Soh et al., 2013). Videre viste studier at pasienter som selv ba om å få trykkavlastning ofte fikk dette, mens pasienter som i mindre grad kunne samarbeide, fikk mindre (Shahin et al., 2009). Tiltak viste seg også å variere fra å være systematiske regimer til å være usystematiske (Sving et al., 2012).

5.1.2 Kunnskaper og holdninger relatert til klassifisering og diagnostisering av trykksår

Sett ut ifra EPUAP sin retningslinje vektlegges diagnostisering av trykksår som observasjon av hudtemperatur, konsistens på vevet, sårkanter og smerte, fremfor å undersøke rødhet av huden. Samtidig understrekes viktigheten av å finne årsakene bak såret (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014). Informantene i denne studien viste til lokalisering, rødhet, størrelse på såret, sårveske, blemmer, sårkanter og dybde i deres observasjon av trykksår. De kjente også på sårkanter og dybde. Imidlertid ble ikke årsaken til sårutvikling eller hudtemperatur nevnt. Informantene fulgte retningslinjen fra EPUAP til en viss grad, men

observasjonene indikerte at informantene også benyttet en systematisk kartlegging som samsvarte mer med TIME, uten at det var et bevisst forhold til akkurat dette. TIME er som tidligere nevnt et internasjonalt kartleggingsverktøy av sår hvor man skal inspisere vevet, tegn til infeksjon, fuktighet og sårkanter (Johansen, 2012). Ut i fra våre funn, ser det ut til at informantene arbeidet forskningsbasert selv om de nødvendigvis ikke hadde et bevisst forhold til at disse metodene var systematiske verktøy. Ved å øke bevisstheten om bruk av kartleggingsverktøyet, kan det bidra til at informantene foretar nyttige refleksjoner og bedre vurderinger i arbeidet med trykksår.

Observasjon av trykksår ble ifølge informantene utført i forbindelse med stell og var en fast daglig rutine. I en tilsvarende studie, ble trykkavlastende tiltak utført sammen med andre aktiviteter som administrering av medikamenter og stell (Sving et al., 2012). Til tross for at observasjon skulle være en fast rutine, var dette ifølge informantene avhengig av pasientens helsetilstand. Dersom pasienten var hemodynamisk og/eller respiratorisk ustabil, ble stell og observasjon av eventuelle trykksår utsatt. Dette samsvarer også med den svenske studien utført av Strand og Lindgren (2010).

Den aktuelle intensivavdelingen hadde nylig implementert et klassifiseringsverktøy utviklet av NPUAP/EPUAP. Alle informantene var enige i at dette var et hensiktsmessig verktøy og en god veiledning for videre behandling. De få informantene som hadde benyttet det hadde positive erfaringer. Imidlertid ytret de fleste informantene at det sjeldent ble benyttet. Årsakene til at verktøyet sjelden ble brukt var uklart, men informantene påpekte at det verktøyet lite brukt på grunn av manglende tilgjengelighet og at det kunne tolkes ulikt. En informant fortalte om en episode hvor to kollegaer hadde endt opp med to forskjellige klassifiseringer av det samme trykksåret. De savnet å ha verktøyet lett tilgjengelig slik at det ble enklere å bruke. Dette kan ha sammenheng med avdelingens kultur og de fysiske lokalitetene slik det også vises til som en vesentlig faktor i personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2010). Litteraturen på sin side viser til betydningen av den enkeltes engasjement når det gjelder trykksårforebygging (Strand & Lindgren, 2010). Dersom den enkelte ikke er engasjert i, vil det heller ikke bli utført i avdeling. Det samme kan tenkes å gjelde implementering av noe nytt i en avdeling. Personalet må være engasjert og villig til å bruke det dersom implementeringen skal være vellykket.

Avdelingens kultur vil være av betydning ved implementering og nye tiltak i forbindelse med forebygging og behandling av trykksår. Litteraturen peker på lederens og kollegaers

innflytelse på den enkelte sykepleieren (Strand & Lindgren, 2010). Dersom det er rutine i avdelingen å ha fokus på arbeidet med trykksår, vil dette sannsynligvis bidra til økt fortrolighet ved bruk av klassifiseringsverktøy hos den enkelte. En studie viser videre til manglende rutiner for risikovurdering og tidspress som utfordringer, og som følge av dette ble trykksår nedprioritert (Strand & Lindgren, 2010). Likevel viser en annen studie at intensivsykepleiere som hadde gode kunnskaper og holdninger om fenomenet, imidlertid ikke brukte mer tid på trykksårforebygging (Beeckman et al., 2011). En mulig forklaring på dette kan være bedre innarbeide systematiske rutiner. Sett ut ifra informantenes ytringer kan det tenkes at full etterlevelse av implementering ikke er fullstendig på plass, men samtidig kan det tenkes at dette vil kreve noe tid.

Litteraturen peker på betydningen av teoretiske kunnskaper om diagnostisering, for å sikre god sårbehandling (Johansen, 2012). Det kan med andre ord sies at en inadekvat diagnostisering vil kunne føre til at pasienten ikke får en fullverdig behandling. Intensivsykepleierne i denne studien hadde nylig fått undervisning i regi av avdelingen og var introdusert for klassifiseringsverktøyet. Informantene ytret at de nå hadde fokus på å klassifisere, men foreløpig brukte de fortrinnsvis erfaringsbasert kunnskap i arbeidet. En informant husket vagt at det var et klassifiseringsverktøy som gikk fra 1-4, men var usikker på hva de ulike tallene innebar. De øvrige informantene støttet seg til dette. Dette kan tolkes som at informantene hadde begrenset kunnskap om klassifiseringsverktøyet i etterkant av undervisningen. Dette bekreftes i studier der kunnskapsnivået om trykksår blir evaluert etter endt undervisningsopplegg. Etter endt undervisning var kunnskapsnivået høyt, men dette ble redusert med tiden (Tweed & Tweed, 2008). Disse resultatene kan indikere at undervisning har liten effekt dersom den ikke repeteres.

Til tross for at kunnskap om klassifisering var noe begrenset, samt opplevelse av utfordring i forhold til bruk, hadde informantene en selvinnsikt i forhold til dette. Ved trykksår som var utfordrende å diagnostisere, søkte de råd hos hverandre og fra plastikkirurgisk avdeling. Dette omhandlet i hovedsak trykksår over kategori 2. Dette samsvarer med en av de profesjonelle forutsetningene i personsentrert sykepleie som peker på viktigheten av sykepleierens selvinnsikt (McCormack & McCance, 2010).

Funnene i denne studien viser til en manglende systematisk tilnærming ved dokumentasjon av trykksårdiagnostisering. Utilstrekkelig dokumentering av graden på trykksåret, er muligens en konsekvens av redusert bruk av klassifiseringsverktøy. Tidligere er det også påvist at

dokumentasjonen av trykksår ofte er usystematisk (Johansen, 2012). Imidlertid ble fotografering nevnt som en god måte å dokumentere. Dette ble sett på som en mulighet for å bedre dokumentasjonen. En av informantene påpekte at dette kunne benyttes oftere.

5.2 Hvordan behandler intensivsykepleieren oppstått trykksår?

Intensivsykepleierens behandlende funksjon viser til ansvaret intensivsykepleieren har for å bruke sin spesialkompetanse i vurderinger slik at nødvendig behandling blir utført (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002). Konteksten som trykksåret har oppstått i kan være av betydning for om det blir utført adekvat behandling.

5.2.1 Kunnskaper og holdninger relatert til behandling av trykksår

Resultatene fra denne studien viser at de fleste intensivsykepleierne mente det er betydningsfullt å begrunne behandlingsvalg ut ifra kunnskaper om trykksår og behandlingsmuligheter, men at de hadde redusert kunnskap. Spesielt ble det påpekt usikkerhet rundt valg av bandasjer. Enkelte informanter ytret også at de var gode på behandling av trykksår. Dette kan tolkes som en selvmotsigelse blant informantene: - Hvordan kan man være god på behandling dersom kunnskapen er redusert? Mulig kan dette forklares ut i fra at det benyttes en praksis, men denne ansees ikke som adekvat ut i fra oppdatert kunnskap og teori. Kun en av artiklene fra litteratursøket konkluderer med at informantene hadde gode kunnskaper om trykksår. Denne er utført på kun ett sykehus og forfatterne presiserer at resultatene ikke kan generaliseres (Köse et al., 2016). En annen studie viste at intensivsykepleiere hadde et akseptabelt kunnskapsnivå om trykksår (Strand & Lindgren, 2010). Men hva er så et akseptabelt kunnskapsnivå? Rammeplan til intensivutdanningen presiserer at rollen innbefatter en høy årvåkenhet, observasjons-, vurderings- og beslutningsdyktighet i komplekse behandlings- og pleieoppgaver (Utdanning - og forskningsdepartementet, 2005). Dersom dette relateres til trykksårbehandling, bør det som et minimumskrav innebære kunnskap som er avgjørende for behandlingen. Dette være seg eksempelvis riktig valg av bandasjer. Samtidig ansees det som viktig å vurdere effekten av behandlingen og på bakgrunn av det iverksette eller justere tiltak deretter.

Sett på en annen side hadde intensivsykepleierne gode kunnskaper om forebyggende tiltak som hyppig leieendring, avlastning, intensivsenger med spesialmadrass og bruk av

trykkavlastende madrasser. Dette samsvarer med retningslinjene for forebygging og behandling av trykksår (National Pressure Ulcer Advisory Panel et al., 2014). Ut i fra dette stiller vi oss undrende til hvorfor informantene viste til dels redusert kunnskap om behandling, når kunnskap om forebygging var god? Dette kan muligens ha sammenheng med at litteraturen og fagmiljøet har forebygging av trykksår som et økt fokus. Det kan også tenkes at intensivsykepleierens forebyggende funksjon blir en del av den behandlede funksjon på bakgrunn av at intensivpasienten vil trenge forebygging i det den ankommer avdelingen.

Funnene i denne studien viser til manglende kunnskaper om bandasjene de har tilgjengelig. Konsekvensene av dette var at intensivsykepleieren baserte sine valg på andre faktorer enn kunnskap. Det vises til at behandlingen ofte ble utfordrende på bakgrunn av et stort utvalg av bandasjer. Informantene så på det som en nærmest umulig oppgave å orientere seg i sårskapet. Intensivsykepleierne baserte sine valg av behandling ut ifra det som var mest praktisk i den enkelte situasjon. Det var også en markedstrend som avgjorde intensivsykepleierens behandlingsvalg. Informantene fortalte at valget ofte baserte seg på en periodevis trend blant bandasjene ut ifra hvor betydelig markedsføring bandasjene hadde fått. Som følge av dette ble behandlingen bestemt ut ifra praktiske hensyn og trend, fremfor en faglig vurdering basert på bandasjenes egenskap og klassifisering av såret. Det var få som aktivt søkte forskningskunnskap om de ulike produktene samt opparbeidet seg økt kompetanse om behandlingsmuligheter. Betydningen av dette blir at behandlingen i mindre grad blir forskningsbasert og dermed mindre kunnskapsbasert. Dette kan føre til en inadekvat trykksårbehandling, som igjen vil kunne føre til økt ubehag, forlengelse av intensivoppholdet og rehabilitering for pasienten (Beeckman et al., 2011; Köse et al., 2016). Det foreligger derfor et mulig forbedringspotensial ved å aktivt søke mer kunnskap om bandasjene.

Kunnskap relatert til behandling kan mulig sees i sammenheng med informantenes ansiennitet. I en studien utført av Beeckman et al. (2011), viste at det var signifikant forskjell på antall års erfaring og kunnskaper relatert til trykksår. Respondenter som var under 25 år og som hadde mindre enn 5 års erfaring, skåret høyere på kunnskap relatert til trykksår, enn dem over 35 år og over 10 års erfaring (Beeckman et al., 2011). Dette samsvarer med funnene i denne studien der informanter med høyere ansiennitet var noe mer usikker på trykksårbehandling sammenlignet med de med mindre ansiennitet. Dette ble særlig påpekt i det siste intervjuet, hvor en informant viste en mulig bedre kunnskap. Denne informanten hadde mindre enn 5 års erfaring. Sammensetning av personale vil derfor kunne spille en avgjørende rolle. Avdelingens kultur for å søke forskningskunnskap og mulighetene man har

for å gjøre dette, vil påvirke hvor vidt den enkelte intensivsykepleieren oppsøker kunnskap (Strand & Lindgren, 2010).

5.2.2 Kontekstens begrensninger og muligheter i forhold til trykksårbehandlingen

Intensivhverdagen er ofte hektisk og det kan være vanskelig å finne rom for å søke informasjon om behandlingsmuligheter. Samtidig kan forskningsartikler være utfordrende å forstå. Informantene i denne studien bekreftet dette og påpekte uvisshet om hvor de skulle oppsøke informasjon om bandasjene. Det kan samtidig tenkes at intensivsykepleiere med høyere ansiennitet føler seg mer usikre på hvordan gjennomføre litteratursøk, og kan med dette ha en høyere terskel for dette, enn de med lavere ansiennitet. Undervisning i litteratursøk og anvendelse av ny forskning er en del av dagens videreutdanning innen intensivsykepleie, og kan være en forklarende årsak (Utdanning - og forskningsdepartementet, 2005). Nortvedt et al. (2012a) viser til utfordringer med forskningskunnskap som: Artikler som er vanskelig å forstå, studier som ikke alltid svarer på spørsmål fra praksis og vanskeligheter med å vite hvor man skal søke. Disse utfordringene kan både være et resultat av konteksten, men også barrierer hos den enkelte. Samtidig kan man stille seg spørrende til den enkeltes fortrolighet med bruk av PC (Nortvedt et al., 2012a).

Funnene i denne studien viser at intensivsykepleierne hadde et økonomisk perspektiv i avdelingen. Informantene hadde et bevisst forhold til kostandene på bandasjene. En informant ytret også en viss grad av skepsis til bandasjeleverandørens økonomiske gevinst ved salg av bandasjer. Dette viser at informantene til en viss grad hadde en «sunn» form for skepsis i form av at bandasjer som hadde fått «god» markedsføring, var ikke nødvendigvis den beste. På trykksår hvor bandasjene måtte byttes hyppig på grunn av rikelig sårveske, valgte informantene ikke den dyreste bandasjen, men valgte heller en bandasje de hadde erfart var nyttig til dette. Det økonomiske perspektivet samsvarer med anbefalinger fra Cochrane Wound Group (Krupp & Monfre, 2015). På dette området, væskefylte sår, viser informantene at de har forståelse av at bandasjer bør velges ut ifra sårets egenskaper, fremfor bandasjenes kostnader. Denne formen for bevissthet i forhold til egne valg samstemmer med profesjonelle forutsetninger hos den enkelte intensivsykepleier (McCormack & McCance, 2010).

Funnene viser også at primærsykepleie, som en organisering av sykepleien, ble sett på som en begrensning. Dette på bakgrunn av at de uttrykte en frykt for å blande seg inn i et behandlingsopplegg hos pasienter utenfor deres primærgruppe. De kunne stille seg spørrende til hverandre og være uenige i sårprosedyren, men de beskrev en høy terskel for å gjøre endringer uten å konferere med primærkontakten. De beskrev også en manglende kontinuitet innad i primærgruppen, da sårprosedyren kunne bli endret uten å oppgi grunn. På en annen side ble primærsykepleie ansett som noe positivt da de fikk mulighet til å følge opp pasienten over tid, og dermed evaluere behandlingen. Totalt sett kan primærsykepleie bidra til å sikre kontinuitet i sårbehandlingen.

Tidsaspektet ble diskutert av informantene i første intervju, hvor det ble redegjort for at trykksår ble lettest nedprioritert dersom det var mange gjøremål og til tider lav bemanning. Retningslinjen for intensivvirksomhet peker på bemanning som en viktig faktor for pasientsikkerhet og lav bemanning har vist å øke faren for blant annet trykksår (Norsk anesthesiologisk forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleie, 2014). Informantene ytret også at de hadde en bevissthet i at det var andre gjøremål som kunne omprioriteres i forhold til trykksårbehandling, som for eksempel skifte av respiratorslanger. Ut ifra dette kan det tolkes som at informantene hadde et bevisst forhold til den koordinerende funksjon som vil være viktig for planlegging av dagen for den enkelte pasient. Til tross dette ble trykksårbehandling likevel nedprioritert ifølge informantene. Disse funnene samsvarer med tidligere forskning som beskriver mangel på tid som en begrensning i forhold til trykksår (Cremasco et al., 2013).

Litteraturen peker på avdelingskulturen som avgjørende i forhold til fokus på trykksår. Dersom kollegaer har et fokus på trykksår, vil dette generere et større fokus hos den enkelte (Strand & Lindgren, 2010). Dette er noe våre funn bekrefter da det ble sagt at avdelingen på nåværende tidspunkt hadde et større fokus på trykksår, generelt i fagmiljøet på bakgrunn av tilgang på trykkavlastende utstyr, samt salg av bandasjer.

Resultatene viser også at begrunnelsen for valg av behandling ofte baseres på andre kollegaers erfaringer. Informantene i det andre intervjuet uttalte at det var utfordrende å etablere et behandlingsopplegg, og at de stolte på prosedyren som var laget av en kollega. Imidlertid diskuterte informantene i det første intervjuet at prosedyrer som hadde blitt etablert, ikke ble fulgt. På bakgrunn av en viss uenighet kan dette indikere at holdninger og kunnskaper i

avdelingen er noe ulike. Årsaken til dette er ikke avklart, men det kan tenkes at kulturen på avdelingen og sammensetningen av personalet kan spille inn her.

Som følge av at behandlingen i størst grad baserte seg på erfaringskunnskap, kan det reflekteres over hvordan det kan legges til rette for at intensivsykepleierne kan jobbe mer kunnskapsbasert i forbindelse med trykksårbehandling. Det vil det være av betydning å ha en kultur hvor det oppmuntres til å søke kunnskap og jobbe kunnskapsbasert. Kultur og normer på en avdeling vil ha stor betydning for sykepleiepraksis (McCormack & McCance, 2010). Dersom man har en kultur for aktivt å søke informasjon og det ligger til rette for å kunne gjøre dette i arbeidstiden, kan det tenkes å være enklere. Kunnskapsdeling og kompetanseoverføring mellom kolleger var sentrale funn i denne studien, og det ble sett på som positivt. Samtidig påpekte informantene at dette var noe de kunne benytte seg av i større grad. Litteraturen peker på betydningen av å være åpen for nytenkning i en avdeling (McCormack & McCance, 2010).

Som intensivsykepleier har man et ansvar for å handle innenfor eget kompetanseområde. Det vil derfor være sentralt for trykksårbehandlingen å søke kunnskap hos andre der det mangles hos en selv (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002). Slik kan man øke kvaliteten og sikre faglig forsvarlighet i henhold til Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2001). Samtidig kan det være utfordrende i en intensivavdeling da det er en høyteknologisk avdeling med kritisk syke pasienter, og intensivsykepleiere har mange faglige områder å oppdatere seg på. Forebygging og behandling av trykksår, som en del av den grunnleggende sykepleie, kan derfor bli nedprioritert fordi temaer som invasiv sirkulasjonsmonitorering og ventilasjonsstøtte blir prioritert først.. Dette ble også bekreftet av våre funn, men de var likevel bevisst på å arbeide kunnskapsbasert i form av at de hadde hatt undervisning om trykksår. Undervisning på fagdager ble ansett som forskningskunnskap av informantene. Dermed kan det muligens være belegg for å si at intensivsykepleierne delvis jobbet kunnskapsbasert, men antakelig ikke hadde et bevisst forhold til dette. Konteksten kan derfor både være begrensende for trykksårbehandling, men også gi muligheter.

5.2.3 Forbedring av trykksårbehandling

Funnene i denne studien viser at informantene hadde et engasjement rundt betraktninger om hva som ville forbedret trykksårbehandlingen. Det var nødvendigvis ikke store endringer som kunne forbedre praksis, men de ønsket eksempelvis en økt tilgjengelighet av klassifiseringsverktøyet. Det kan tenkes at dersom klassifiserings-verktøyet lå tilgjengelig på pasientrommet, ville det blitt hyppigere brukt. Informantene ytret i tillegg et ønske om en tilgjengelig guide tilpasset «lommebruk». Økt bruk vil kunne resultere i økt mestring og forståelse.

Andre forslag var oversikt over behandlingsmuligheter relatert til klassifisering og bandasjenes egenskaper. Dette gikk igjen i funnene. På bakgrunn av at informantene hadde et bevisst forhold til hvordan praksis kunne endres, kan det tenkes at dette også kan føre til økt kunnskap. Engasjementet informantene viste hentyder at de ønsker en bedring på dette området. Et slikt ønske og engasjement er vesentlig innenfor de profesjonelle forutsetningene som en del av personorientert sykepleie (McCormack & McCance, 2010). McCormack og McCance (2010) viser til et slikt engasjement som en grunnleggende betraktning i forhold til å utøve den beste sykepleien for pasienten.

Intensivsykepleiere med et slikt engasjement handler ikke på bakgrunn av forventinger, men ut ifra et personlig ønske om en forbedring (McCormack & McCance, 2010). Som nevnt tidligere var informantene til en viss grad bevisst på sitt eget kunnskapsnivå. På bakgrunn av dette hadde de et ønske om å forbedre kunnskapen om behandling. Dette var et ønske fra alle informantene og det vil være essensielt i arbeidet med å forbedre praksis, da engasjementet kan styrkes innad i et team. Intensivsykepleie vil i stor grad foregå som et teamarbeid, både tverrfaglig og innad i egen faggruppe. Dette ble også belyst av informantene i denne studien. Å bevare engasjementet innad i teamet vil derfor være viktig, samtidig som en felles visjon må være avklart (McCormack & McCance, 2010). Visjonen i denne sammenheng var ifølge informantene de ulike forbedringsforslagene. Samtidig som visjonen innad i teamet bør være klar, vil det også være av betydning å avklare verdiene i teamet (McCormack & McCance, 2010). De pekte også på en økt bruk av kunnskapsdeling mellom dem og sykepleiere fra kirurgisk avdeling. Dette var noe de benyttet seg av, men samtidig mente informantene at dette kunne benyttes i større grad enn på nåværende tidspunkt.

5.3 Metodekritikk

Når man skal vurdere en kvalitativ studie benyttes begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Polit & Beck, 2012). For å vurdere om studien er troverdig ser man på hvordan datasamlingen fant sted, hvordan den reflekteres over og hvordan dataen er tolket.

Bekreftbarhet vil si kritisk vurdering av forskernes egne tolkninger av materiale, og om studien får støtte fra andre studier. Overførbarhet omhandler om resultatene i studien kan anvendes i andre situasjoner (Polit & Beck, 2012).

Vår forforståelse, beskrevet som en situasjonsbeskrivelse, er med på å sette sitte preg på denne studien. Vi er nyutdannede intensivsykepleiere og klinkere, men kunnskapen om fenomenet trykksår er ikke nytt for oss. Datamaterialet er basert på et innledende litteratursøk og intervju med intensivsykepleiere, og vi har selv stått i lignende situasjoner som informantene gjenfortalte. I fokusgruppeintervjuene opplevde vi dette som en fordel, da intervjuer og sekretær kunne stille spontane oppfølgingsspørsmål ut i fra både praktisk og teoretisk kunnskap.

I forhold til studiens forskningsspørsmål kunne det blitt utført et rent litteraturstudie, men på bakgrunn av at vi ønsket å undersøke intensivsykepleierens erfaringer valgte vi en kvalitativ metode med intervjuer. Vi betraktet litteraturstudiet som et innledende studie til problemstillingen, men hvorav hovedtyngden var på empirien. Forskningsartikler som ble benyttet i studien ble vurdert ved å lese sammendraget, for deretter å lese hele studien om funnene var av relevans. Dersom vi hadde benyttet sjekklister fra eksempelvis Kunnskapssenteret, for å ytterligere vurdere kvaliteten på litteraturen, kunne dette styrket kvaliteten på litteraturstudiet vårt. Dette ble ikke utført på bakgrunn av at dette ikke er et uttømmende litteraturstudie.

Som tidligere nevnt har det blitt utført lite forskning på intensivsykepleieres erfaringer med trykksårbehandling. Fokuset på det publiserte materiale har hovedsakelig omhandlet forebygging. Dette betraktes som noe bemerkelsesverdig, da tidligere forskning viser at trykksår på enkelte pasienter kan være uunngåelig (Edsberg et al., 2014). Tidligere studier bygger på data som ikke baserer seg kun på intensivavdelinger, men funnene blir ansett som relevant for denne studiens problemstilling. Imidlertid kan dette ha påvirket studiens troverdighet og bekreftbarhet, da konteksten har vært ulik. Studier som er utført ved ulike intensivavdelinger internasjonalt må også ses i sammenheng med rammene for utdanning til

intensivsykepleie. Eksempelvis kan en intensivsykepleier funksjons og ansvarsområder i Malaysia være ulik sammenlignet med Norge. Det var samtidig utfordrende å vurdere utvalget i noen av artiklene, da det ikke kom tilstrekkelig frem om informantene var intensivsykepleiere.

En styrke ved studien var at det ble utført to intervjuer. Vi fikk med dette et større mangfold. Resultatet av dette var at det dukket opp nye momenter i intervjuene. Dette vil kunne styrke studiens troverdighet, samtidig som det vil kunne være overførbart til deler av staben ved den aktuelle avdelingen. Studiens funn baserer seg på intervju fra 8 informanter. Mulig kan det betraktes som et fåtall i forhold til metoden som er valgt. Vanskeligheter med å få rekruttert informanter resulterte i noe redusert utvalg. Det var utfordrende å få personer til å svare på e-post, samt å få datoer til å passe for dem som meldte sin interesse. Litteraturen på sin side varier i antall fra 6-12 informanter som bør delta i et fokusgruppeintervju (Malterud, 2012; Morgan, 1997; Polit & Beck, 2012). Fokusgruppeintervju anses likevel som en god metode for studien da vi fikk et rikt og relevant intervjumateriale, med mye substans. Imidlertid kunne dette vært en svakhet dersom det ikke ble en god diskusjon i gruppene. Til tross for utfordring med å rekruttere informanter fikk vi et representativt utvalg med ulik alder, kjønn og erfaring.

Det ble ikke utført et pilotintervju for å teste intervjuguiden på bakgrunn av vanskeligheter med å rekruttere informanter. Sett på en annen side var hensikten med fokusgruppeintervjuene å få til en diskusjon, og spørsmålene var som følge av dette åpne. Om vi hadde utført et pilotintervju med et par personer ville dette muligens ikke gitt oss en reell innsikt. Dette ville muligens ført til mindre diskusjon og meningsutveksling, sammenlignet med en større gruppe.

Vi ble «forskere» på egen arbeidsplass og hadde med dette en relasjon til informantene. Fordelene med dette var at vi allerede hadde et bekjentskap til dem. Dette kunne ført til at informantene i mindre grad kviet seg til intervjuet og kunne dermed resultere i at mer informasjon kom frem. Imidlertid kunne informantene følt seg forpliktet til å ta del i studien (Christoffersen et al., 2015). Blant kollegaer var det vesentlig at intervjuer og sekretær stilte seg nøytrale og ikke kom med påstander under intervjuet. Dette for å unngå et maktforhold, slik at informantene skulle føle at de fritt kunne ytre det de hadde erfart (Polit & Beck, 2012). Om intervjuer eller sekretær hadde kommet med påstander underveis i intervjuet, kunne informantene fått inntrykk av at vi testet deres kunnskaper. Bekjentskapet til informantene

kan også ha vært en mulig svakhet ved at bekjente/ kollegaer kanskje ikke fortalte oss om sine «flauser» like åpent, som de ville gjort til en utenforstående.

Bekjentskapet til informantene var likevel begrenset, da vi har jobbet på avdelingen i svært kort tid, helgestilling under et år. Dermed hadde ingen av forfatterne nære relasjoner til informantene. For at informantene ikke skulle kjenne seg pliktet til å stille opp fikk vi hjelp av avdelingsleder til rekruttering. Malterud (2011) skriver at å forske på egne kollegaer krever utøvelse av en forsvarlig forskningsetikk overfor de som har sagt seg villige til å dele sine erfaringer. For informantene kan det være utfordrende å fortelle vanskelige faglige dilemmaer som ikke samstemmer med retningslinjer fra egen praksis. Forskeren har med dette et ansvar for at informantene ikke føler seg krenket i det som blir formidlet videre (Malterud, 2011). Dette har blitt tatt hensyn til i studien, ved at det ikke ble ytret påstander om «riktige holdninger og praksis» fra intervjuer. Likevel må det påpekes at noe sensitiv informasjon vedrørende kunnskap relatert til fenomenet har kommet frem. Det er forsøkt på best mulig måte å fremstille resultatene slik at informantene ikke har blitt satt i dårlig lys. Det ble lagt vekt på gjentakelse og oppsummering av meningsinnhold i det som ble sagt under intervjuet. Dette for å bekrefte utsagn og styrke studiens troverdighet.

Anonymitet må sikres for at det ikke skal være mulig for andre å gjenkjenne informantene i det ferdige produktet (Kvale et al., 2009). Vi har kodet informantene slik at anonymiteten ivaretas. Informanter som hadde dialekt har vi omskrevet til bokmål uten at meningsinnholdet i utsagnet har endret innhold

Studien er kun utført ved en intensivavdeling på Østlandet, og har med dette en nedsatt overføringsverdi. Likevel kan paralleller trekkes til en viss grad ettersom avdelingen er en generell intensivavdeling og vil representere intensivsykepleieres erfaringer i arbeidet med både kirurgiske og medisinske intensivpasienter.

Gjennom arbeidet med denne studien har vi deltatt på faglige seminar, hvor vi har lagt frem arbeidet for faglærere og medstudenter underveis i prosessen. Dette har gitt oss trening i kritisk analyse og styrket fortolkning av materialet. Seminarene har også vært betydningsfulle for å kunne hjelpe oss i analyseprosessen og verifisere om våre funn fra analysen svarer på problemstillingen. Dette vil kunne styrke studiens bekreftbarhet.

6.0 Konklusjon

Denne studien viser at informantene anså trykksårbehandling som en viktig del av deres kliniske hverdag, og hadde med dette et høyt fokus. Funnene i denne studien viser at intensivsykepleierne hadde gode kunnskaper om forebygging som følge av økt fokus på trykkavlastende utstyr og fokus i fagmiljøet. Trykksårbehandling på sin side ble formidlet som utfordrende som følge av ustabil pasient, mangel på tid og periodevis bemanning. For mange behandlingsmuligheter i form av bandasjevalg og mangelfull opplæring av disse, ble ansett som den største utfordringen. Tverrfaglig samarbeid og diskusjon innad i intensivkonteksten ble ansett som en mulighet for trykksårbehandlingen.

Intensivsykepleierne hadde begrensede kunnskaper om klassifisering og bandasjene. Dette samsvarer med flere tidligere studier på området. Resultatet av dette fører til at intensivsykepleierne baserer sine valg på erfaringer og praktiske hensyn fremfor bandasjenes egenskaper. Pasientene i intensivavdelingene blir stadig sykere og mer komplekse (Norsk anesthesiologisk forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleie, 2014). Samtidig opparbeider samfunnet seg stadig økt kunnskap gjennom lettere tilgjengelig informasjon om ulike helsetilstander, behandling og problemstillinger (Nortvedt et al., 2012a). Dette øker kravene til kompetanse hos intensivsykepleieren på å arbeide kunnskapsbasert relatert til blant annet trykksår. Studien viser videre at intensivsykepleierne ofte baserte sine valg på erfaringer og tverrfaglig samarbeid. Behandlingen vil dermed ikke være kunnskapsbasert på lik linje som pasienten og samfunnet krever det. Samtidig var intensivsykepleierne engasjerte rundt forslag de betraktet som forbedring av trykksårbehandling. Oversikt over bandasjer, retningslinjer og økt tilgjengelighet på klassifiseringsverktøyet var blant forslagene. Et slikt engasjement og ønske vil være betydningsfullt dersom en endring skal gjøres i avdelingen. Engasjementet kan også tenkes å være en indikasjon på at intensivsykepleierne har bevissthet på egen kompetanse.

Studien vil være relevant for praksis da funnene kan tenkes å bidra til ytterligere forbedringsarbeid relatert til trykksårbehandling. Svake punkt i trykksårarbeidet kan bli avdekket og arbeides videre med. Forslagene til endring av praksis som informantene viste til vil være viktige innspill til den kliniske hverdagen. På bakgrunn av at intensivpasienten er i høyrisiko, forekomsten er høy og den spesielle konteksten, bør det gjøres mer forskning på intensivsykepleierens erfaringer med behandling av trykksår.

7.0 Referanseliste

- Alper, B. S., & Haynes, R. B. (2016). EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *Evidence Based Medicine*. doi: 10.1136/ebmed-2016-110447
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., & 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*, 8(3), 166-176. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bredesen, I. M., Bjoro, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2015). Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. *BMJ Open*, 5(8). doi: 10.1136/bmjopen-2015-007584
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Cox, J. (2011). Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 20(5), 364. doi: 10.4037/ajcc2011934
- Cremasco, M. F., Wenzel, F., Zanei, S. S., & Whitaker, I. Y. (2013). Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. *J Clin Nurs*, 22(15-16), 2183-2191. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04216.x
- Demarré, L., Verhaeghe, S., Annemans, L., Van Hecke, 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), 1166-1179. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.005
- Edsberg, L. E., Langemo, D., Baharestani, M. M., Posthauer, M. E., & Goldberg, M. (2014). Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 41(4), 313. doi: 10.1097/WON.0000000000000050
- Ellingsen, S., & Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Nett*, 5(4), 332-335. doi: 10.4220/sykepleienn.2011.0027

- Elliott, R., McKinley, S., & Fox, V. (2008). Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. *Am J Crit Care*, 17(4), 328-334; quiz 335; discussion 336-327.
- Gulbrandsen, T. (2015). Sedasjon. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg. utg., s. 203-217). Oslo: Akribe.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 06.04.2017, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Johansen, E. (2012). Structured wound assessment using TIME. *Struktureret vurdering av sår med TIME-modellen*, 112(6).
- 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), 417-428. doi: 10.3390/healthcare3020417
- Keller, P., Wille, J., van Ramshorst, B., & van der Werken, C. (2002). Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Medicine*, 28(10), 1379-1388. doi: 10.1007/s00134-002-1487-z
- Knudsen C., T. K. (2011). Trykksår - forebygging og behandling. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 5(131), 464-467. Hentet fra doi:10.4045/tidsskr.09.1472
- Knudsen, C. W., & Tønseth, K. A. (2011). Trykksår - forebygging og behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(5), 464-467.
- Krupp, A. E., & Monfre, J. (2015). Pressure Ulcers in the ICU Patient: an Update on Prevention and Treatment. [journal article]. *Current Infectious Disease Reports*, 17(3), 1-6. doi: 10.1007/s11908-015-0468-7
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Köse, I., Yesil, P., Öztunç, G., & Eskimez, Z. (2016). Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 677-686.
- Lawrence, P., Fulbrook, P., & Miles, S. (2015). A Survey of Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury/Pressure Ulcer Management. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(5), 450-460. doi: 10.1097/won.0000000000000141
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175. doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0036

- Mallah, Z., Nassar, N., & Kurdahi Badr, L. (2015). The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. *Applied Nursing Research*, 28(2), 106-113. doi: 10.1016/j.apnr.2014.07.001
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centered Nursing*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Meld. St. 13. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>
- Meld.St. nr. 11. (2014-2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Morgan, D. (1997). *Qualitative Research Methods : Focus Groups as Qualitative Research* (2). Los Angeles: Los Angeles, US: SAGE Publications Inc.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel , & Alliance., P. P. P. I. (2014). *Forebygging og behandling av trykksår: kortutgave av retningslinje* [Retningslinje]. Hentet fra <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/norwegian-qrg-jan2016.pdf>
- Nijs, N., Toppets, A., Defloor, T., Bernaerts, K., Milisen, K., & Van Den Berghe, G. (2009). Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1258-1266. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02554.x
- Norsk anestesilogisk forening, & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleie. (2014). *Retningslinje for intensivvirksomhet i Norge*. Hentet 15.03.2017, fra https://www.nsf.no/Content/2265711/cache=20161309131941/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf_-_page=11&zoom=auto,-68,164
- Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for intensivsykepleiere. (2006). *Definisjoner*. Hentet 30.09.2015, fra <http://www.nsf.no>
- Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere. (2002, 24.08.16). *Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleiere*. Hentet 2016, fra https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse_for_intensivsykepleier_2_.pdf

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012a). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012b). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 10.04.2017, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Pasientsikkerhetskampanjen. (2016, 24.08.2016). *Forebygging av trykksår*. 2016, fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-trykks%C3%A5r>
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Ninth edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkes.
- Shahin, E. S. M., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2009). Pressure ulcer prevention in intensive care patients: guidelines and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 370-374. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01018.x
- Soh, K. L., Davidson, P. M., Leslie, G., Digiacomo, M., & Soh, K. G. (2013). Nurses' perceptions of standardised assessment and prevention of complications in an ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 856-865. doi: 10.1111/jocn.12017
- Strand, T., & Lindgren, M. (2010). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(6), 335-342. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.006
- Stubberud, D. G. (Red.). (2010). *Intensivsykepleie* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Sving, E., Gunningberg, L., Högman, M., & Mamhidir, A. G. (2012). Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1293-1303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x
- Swafford, K., Culpepper, R., & Dunn, C. (2016). Use of a comprehensive program to reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers in an intensive care unit.(Report). *American Journal of Critical Care*, 25(2), 152.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tweed, C., & Tweed, M. (2008). Intensive care nurses' knowledge of pressure ulcers: development of an assessment tool and effect of an educational program. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 17(4), 338.

Utdanning - og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Hentet 24.04.2017, fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf

Vedlegg 1: Godkjennelse fra NSD



Bente Margrethe Pettersen Bente Margrethe Pettersen
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge

3603 KONGSBERG

Vår dato: 01.02.2017

Vår ref: 51755 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51755	<i>Kunnskapsbasert behandling av oppstått trykksår hos Intensivpasienten, og Intensivsykepleierens valgutfordringer ved trykksårbehandling</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved Institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bente Margrethe Pettersen Bente Margrethe Pettersen</i>
Student	<i>Silje Silje</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.ulb.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 2: Forespørsel og informasjonsskriv til informantene

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt til masteroppgave

” Intensivsykepleierens erfaring med behandling av trykksår til intensivpasienten”

Vi ønsker herved å invitere ansatte ved intensivavdelingen ved Sykehuset Telemark til et fokusgruppeintervju. Dette er en del av datasamling til vår masteroppgave i forbindelse med vår masterstudie i intensivsykepleie ved Høyskolen i Sør-Øst Norge. Vi ønsker å undersøke intensivsykepleierens erfaringer og eventuelle utfordringer de møter i behandlingen av trykksår. Vår veileder er Bente Margrethe Skogsaas.

Bakgrunn:

Denne studien omhandler intensivsykepleierens opplevelser og valgt utfordringer ved behandling av trykksår. Tidligere forskning på området viser at trykksår er en av de vanligste komplikasjonene hos intensivpasienter (Soh et al., 2013). Pasientgruppen er i høyrisiko for å utvikle trykksår som følge av immobilitet, hemodynamisk ustabilitet og vasoaktiv behandling samt flere faktorer. Forekomsten av trykksår hos intensivpasienter varierer fra 8,8 til 23% (Krupp & Monfre, 2015). Trykksår er relatert til forlengelse av sykehusopphold og rehabilitering, samt økt mortalitet (Soh et al., 2013).

I USA har man estimert at kostnader relatert til trykksår er 11 billioner amerikanske dollar, og hvert år dør 60 000 pasienter av komplikasjoner som følge av trykksår oppstått på sykehus (Krupp & Monfre, 2015). Dette viser alvorlighetsgraden av sykehuservervet trykksår, både i forhold til et økonomisk perspektiv og et helseperspektiv.

Formål:

Hensikten med studien er å få innsikt i hva intensivsykepleieren beskriver som utfordrende ved trykksårbehandling, begrunnelse for valg av behandling og kartlegge hvor vidt intensivsykepleieren arbeider kunnskapsbasert.

Hvor skal opplysningene hentes fra:

Vi ønsker å bruke fokusgruppeintervju som en del av vår datasamling. Lydopptak vil bli benytte. Intervjuet vil vare 1 time.

Navn, kjønn og andre ting som kan være identifiserbart vil ikke bli dokumentert. Personer vil bli kodet i datamaterialet og lydopptaket vil bli slettet etter transkribering. Skrevet datamateriale vil bli slettet og eventuelt makulert. Alle i gruppen har taushetsplikt. Deltakelse i prosjektet er frivillig og deltakerne har mulighet til å trekke seg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt uten å måtte oppgi grunn.

Inklusjonskriteriene for studien er at informantene skal være intensivsykepleiere, fast ansatt og minimum to års erfaring som intensivsykepleiere. Eksklusjonskriteriene er sykepleiere uten videreutdanning i intensivfaget med mindre enn to års erfaring som intensivsykepleiere og ansatte uten fast ansettelse.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Prosjektet avsluttes i mai 2017.

Vennlig hilsen,

masterstudenter

Marie Alvilde Otterstad. Tlf:99428193

Epost: mariealvilde@hotmail.com

Silje Veberg Larsen. Tlf:41692066

Epost: siljelar@hotmail.com

Veileder: Bente Margrethe Skogsaas. Tlf:90631438

Epost: Bente.Skogsaas@hbv.no

Jeg har mottatt samtykkeskjema og er villig til å delta i prosjektet:

.....

(navn og dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

1. Løst prat (5 min)

- Uformell prat

2. Informasjon (5-10 min)

- Hensikten med studien er å få innsikt i hva intensivsykepleieren beskriver som utfordrende ved trykksårbehandling, begrunnelse og valg av behandling, og kartlegge hvor vidt intensivsykepleieren arbeider kunnskapsbasert.
- Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål)
 - Bakgrunnen for samtalen er at vi skal skrive en masteroppgave om trykksårbehandling hos intensivpasienter.
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet
 - Informantene blir anonymisert ved at de blir kodet, og datamaterialet blir oppbevart i låst skap. Innad i gruppen har vi taushetsplikt slik at alt man sier i intervjuet vil forbli mellom informantene og intervjuerne. Informantene vil bli informert om at intervjuet blir tatt opp på lydbånd og at opptaket vil bli slettet etter transkribering.
- Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål

Fase 2: Erfaringer

3. Overgangsspørsmål: (15 min)

- Kan dere bruke tre minutter på å si noen stikkord om hva dere mener kjennetegner trykksår?
- Hva slags erfaringer har dere med trykksår?

Fase 3: Fokusering

4. Nøkkelspørsmål: (40-50 min)

- *Kan dere si noe om hvordan dere opplever å arbeide med trykksårbehandling hos intensivpasienter?*

- *Opplever dere at det er fokus på trykksår i avdelingen?*
 - Tverrfaglig samarbeid?
- *Hvilke erfaringer har dere med å kartlegge trykksår?*
 - Bruker dere noen spesielle klassifiseringsverktøy?
 - Evt. hva slags verktøy bruker dere?
 - Fortell mer om dette.
 - Hvordan går dere frem når dere kategoriserer?
- *Hvordan går dere frem når dere skal behandle et trykksår?*
- *Opplever dere utfordringer i arbeidet med trykksår?*
- *Opplever dere at dere får mulighet til å jobbe kunnskapsbasert når dere jobber med trykksår?*
 - Fortell mer om hvordan dere evt. gjør dette og evt. holder dere faglig oppdatert på trykksår.

Fase 4: Tilbakeblikk

5. Oppsummering (ca. 15 min)

- Oppsummere funn

Vedlegg 4: Redegjørelse for individuelt bidrag til masteroppgaven

Silje Veberg Larsen

Denne studien bærer preg av et tett samarbeid mellom Marie Alvilde Otterstad og Silje Veberg Larsen. Det vil nå bli redegjort arbeidsfordelingen og hva som har vært min rolle frem til et ferdig produkt. Fokuset har hele vegen vært å ha en rettferdig arbeidsfordeling mellom oss, selv om det til tider har vært utfordrende. Det må understrekes at selv om den ene studenten har hatt hovedansvaret for visse deler, har den andre blitt inkludert i avgjørelser underveis i form av refleksjoner og diskusjoner. Vi har sett kritisk på hverandres arbeid.

Tidlig i prosessen var det en stor enighet om valg av tema, og vi fant raskt ut at vår forståelse samstemte. Trykksårbehandling var et tema vi hadde et stort engasjement rundt før videreutdanning i intensivsykepleie, og som ble ytterligere sterkere etter en undervisning på utdanningen. Valg av tema ble samtidig enda klarere for oss da det var et ønske fra avdelingen vi arbeider ved. Etter undervisningen om sårbehandling til intensivpasienter satt vi oss inn i tidligere forskning på trykksårbehandling. Disse artiklene ble fordelt mellom oss for å få en lik oversikt over forskningsfronten og ble benyttet i studiens prosjektplan. Problemstilling ble til gjennom en diskusjon mellom oss og veileder. Innledning til oppgaven har blitt endret på under hele prosessen og som begge parter har vært svært involvert i.

Planlegging av intervjuet, søknad til NSD og mail for å rekruttere informanter, informasjonsskriv og intervjuguide ble utarbeidet sammen. Begge har deltatt under de to utførte intervjuene, hvor jeg var sekretær under begge. I etterkant av det første intervjuet transkriberte jeg det ene intervjuet.

På grunn av mye arbeid for Marie i januar og februar ble jeg sittende en del av alene med analysearbeidet i startfasen. I denne fasen ble alt datamaterialet grovkategorisert. For å hindre at analysearbeidet ikke skulle bli «fortolket» av meg, satt vi sammen på studiedager hvor vi fant frem til meningsbærende enheter, underkategorier og temaer. I denne perioden ble også førsteutkast til metode skrevet av meg, samtidig ble et litteratursøk utført med bibliotekar.

Fra slutten av februar har vi sittet mye sammen om arbeidet. I det teoretisk rammeverk har jeg skrevet om personsentrert sykepleie. Jeg har hatt hovedansvaret for tabeller til resultatene, mens Marie har skrevet teksten i resultatkapittelet. Det må understrekes at sitater som ble skrevet i resultatkapittelet var allerede bestemt av begge studentene. I diskusjonen skrev vi hvert vårt førsteutkast, hvor jeg hadde hovedansvaret for underkapittelet; Behandling av

trykksår. I slutfasen av studien har jeg sittet sammen med en utenforstående for kritisk lesing. I denne prosessen ble hele studien gjennomlest, hvor sekvenser ble flyttet på, og setningsoppbygging endret. Korrektur har blitt lest av en utenforstående.

Skien 25/4-17

Silje Veberg Larsen

Silje Larsen

Skien 25/4-17

Marie Alvilde Otterstad

Marie Alvilde Otterstad

Tønsberg 25/4-17

Bente M. Skogsaas

Bente Skogsaas

Vedlegg 5: Redegjørelse for individuelt arbeid til masteroppgaven

Marie Alvilde Otterstad

Denne studien bærer preg av et tett samarbeid mellom Silje Veberg Larsen og Marie Alvilde Otterstad. Det vil nå bli redegjort for arbeidsfordelingen og hva som har vært min rolle frem til et ferdig produkt.

Tema for oppgaven ble vi enige om etter en forelesning under utdanningen om trykksår hos intensivpasienten og vi diskuterte oss frem til en problemstilling sammen med veileder som vi hadde et engasjement rundt. Samtidig var dette temaet et ønske fra avdelingen vi arbeidet ved. Vi startet med et litteratursøk i arbeidet med prosjektp planen som vi gjorde sammen slik at vi begge hadde lik oversikt over forskningsfronten. Flere av disse artiklene ble senere brukt i studien. Det har senere tilkommet flere artikler og disse har vi da delt med hverandre.

Søknader til NSD, utarbeidelse av intervjuguide og samtykkeskjema ble gjort sammen. Jeg hadde i januar og februar en dag i uken satt av til å arbeide med studien da jeg har vært i kliniske studier, og vi satt da sammen om forberedelser til intervjuer og etter hvert analysen. Dermed ble arbeidet fordelt noe ulikt i starten, men jeg har hatt større arbeidsdeler fra slutten av februar. Begge var med i intervjuene som henholdsvis intervjuer og sekretær, og jeg transkriberte det siste intervjuet. Jeg brukte tid i februar på å sette meg inn i oppgaven og hente meg inn igjen, noe som jeg var svært opptatt av og opplevde å oppnå tidlig. Vi jobbet sammen med resten av analysearbeidet fra slutten av februar for å kunne diskutere oss frem til meningsbærende enheter og underkategorier i fellesskap.

Det teoretiske rammeverket delte vi mellom oss slik at jeg skrev om Kunnskapsbasert praksis. Jeg har også jobbet en del med metodekapittelet og skrevet deler av det første utkastet av diskusjonen, hvor jeg hadde ansvaret for underkapittelet diagnostisering og klassifisering. Diskusjonen delte vi likt mellom oss. Slik har jeg kunnet hente meg inn etter den perioden jeg var mindre tilstede. Vi har sittet sammen om resultatene. Silje hadde da hovedansvaret for tabellene i resultatene, mens jeg har hatt hovedansvaret teksten i resultatene. Jeg har videre hatt ansvar for referanser og bruk av END NOTE. Mens Silje og en utenforstående leste gjennom oppgaven kritisk, har jeg arbeidet videre med diskusjonen, redigert de resterende kapitlene etter veilederens kommentarer og skrevet første utkast til konklusjon. Dette ble gjort for å oppnå en mest mulig effektiv periode. Innledningen har vi skrevet sammen. Gjennom arbeidet har vi jobbet tett sammen og sittet sammen store deler av tiden for å kunne

diskutere og reflektere sammen. Vi har forsøkt å fordele arbeidsoppgavene rettferdig mellom oss samtidig som vi begge skal ha full innsikt og oversikt over oppgaven. På bakgrunn av dette har vi begge inkludert hverandre i avgjørelser underveis. Vi har også evaluert hverandres arbeid underveis.

Tauveg 25/4-17
Bente M. Skogsaas

Bente Skogsaas

Skien 25/4-17
Silje Veberg Larsen

Silje Larsen

Skien 25/4-17
Marie Alvilde Otterstad

Marie Alvilde Otterstad