

Sammendrag

Introduksjon: Trykksår er en utfordring på sykehus, og kritisk syke er i en særlig risiko. Sykepleierne har en sentral rolle i forebyggingen.

Hensikten: Hensikten med studien er å beskrive sykepleieres erfaringer med forebygging av trykksår til kritisk syke pasienter på intensiv- og overvåkningsavdelinger.

Metode: Det er benyttet kvalitativ metode med utforskende og beskrivende design. Datainnsamlingsmetode er fokusgrupper. 18 sykepleiere fra fem ulike avdelinger deltok i fire fokusgrupper. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.

Resultat: Det abstrakte overordnede tema, «Viktig, men vanskelig» illustrerer sykepleiernes holdninger og utfordringer i forebygging av trykksår. Sykepleierne viste positive holdninger i det forebyggende arbeidet med trykksår, men mer akutte oppgaver dominerte deres kliniske praksis og ble prioritert. Det var behov for bedre struktur og gode rutiner, samt bedre tilgjengelighet og kvalitet på utstyr i forebyggingen av trykksår til kritisk syke pasienter.

Konklusjon: Det er behov for økt fokus på forebygging av trykksår til kritisk syke. For at sykepleierne skal kunne forebygge optimalt er det behov for mere kunnskap om trykksår og bedre rutiner for risikovurdering, dokumentasjon, bruk av forebyggende behandlingsplaner og skrive avvik. Det må også legges til rette for bedre kvalitet og tilgjengelighet på spesialmadrasser og intensivsenger. Tilstrekkelig bemanning er også av betydning.

Abstract

Introduction: Pressure ulcers represent a challenge in hospitals. Critically ill patients are in particular risk of developing pressure ulcers, and nurses in intensive- and other acute care units play a prominent part in preventing this complication.

Aim: To describe nurses' experiences of preventing pressure ulcers in critically ill patients in acute and intensive care.

Method: Exploratory, descriptive design with focus groups for data-collection. Eighteen nurses from five different units were interviewed in four focus groups. Content analysis was used.

Findings: The abstracted overall theme, "Important, but difficult" illustrates the nurses' attitudes and challenges in pressure ulcer prevention. The nurses showed positive attitudes towards the preventive work with pressure ulcers, but more acute tasks dominated their clinical practice and were prioritized. There was a lack of structure and good routines as well as available and good quality equipment needed to support nurses in preventing pressure ulcers in critically ill patients.

Conclusion: There is need for an increased focus on prevention of pressure ulcers in critically ill patients. For nurses to prevent optimally, more knowledge about pressure ulcers is needed along with better routines for risk assessment, documentation, prevention plans and reporting of adverse events. Intensive care beds and mattresses should be more available and of better quality. Adequate staffing is also significant.

Forord

Da er det to år lange studiet til master i klinisk sykepleie snart over. Studiet har vært hektisk og krevende, men har vært en veldig lærerik prosess.

Gjennomførelsen av studiet har involvert mange. Takk til ledere for hjelp til rekruttering av informanter.

Takk til informantene i studien som var villige til å avsette tid og villig delte sine erfaringer i fokusgruppene. Dere sitter på utrolig mye kunnskaper om forebygging av trykksår.

Jeg vil rette en takk til min veileder Bente Hammes for god støtte og veiledning i prosessen.

Til slutt en stor takk til min sønn Julian for tålmodighet men en til tider stresset mor.

Oslo

Mai 2015

Hanne Haugom

Innhold

Figurer	7
Tabeller	7
Forkortelser/symboler	7
1 Introduksjon	8
1.1 Bakgrunn	9
1.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	9
1.1.2 Trykksår	9
1.1.3 Risikofaktorer og årsaksmekanismer som påvirker trykksårutvikling	10
1.1.4 Forebygging av trykksår.....	10
1.2 Forskningsstatus på området	11
1.3 Forskningsspørsmål	12
2 Metode	13
2.1 Design	13
2.2 Utvalg og rekruttering.....	13
2.2.1 Utvalg.....	13
2.2.2 Rekruttering	14
2.3 Datainnsamling	15
2.3.1 Fokusgrupper	15
2.3.2 Planlegging av fokusgruppeintervjue	16
2.3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	16
2.4 Transkribering	18
2.5 Forforståelse.....	19
2.6 Dataanalyse	19
2.7 Forskningsetiske overveielser	20
3 Presentasjon av funn.....	22
3.1 Kategori 1: Gode holdninger, men vanskelige prioriteringer	23
3.1.1 Subkategori: Positiv holdning	23
3.1.2 Subkategori: Fokus og prioritering	23
3.2 Kategori 2: Behov for bedre systematikk	25
3.2.1 Subkategori: Tilfeldig risikovurdering	25
3.2.2 Subkategori: Behov for økt kunnskap om trykksår	25
3.2.3 Subkategori: Behov for bedre dokumentasjon.....	26
3.3 Kategori: Behov for bedre tilrettelegging	27
3.3.1 Subkategori: Behov for bedre rutiner.....	27
3.3.2 Subkategori: Behov for bedre tilgjengelighet og kvalitet på utstyr	29

3.3.3	Subkategori: Tidspress og bemanning	30
4	Diskusjon.....	31
4.1	Resultatsdiskusjon.....	31
4.1.1	Kategori 1: Gode holdninger, men vanskelige prioriteringer.....	31
4.1.1.1	Subkategori: Positiv holdning	31
4.1.1.2	Subkategori: Fokus og prioriteringer.....	31
4.1.2	Kategori 2: Behov for bedre systematikk.....	34
4.1.2.1	Subkategori: Tilfeldig risikovurdering.....	34
4.1.2.2	Subkategori: Behov for økt kunnskap om trykksår	36
4.1.2.3	Subkategori: Behov for bedre dokumentasjon	37
4.1.3	Kategori 3: Behov for bedre tilrettelegging	39
4.1.3.1	Subkategori: Behov for bedre rutiner.....	39
4.1.3.2	Subkategori: Behov for bedre tilgjengelighet og kvalitet på utstyr	40
4.1.3.3	Subkategori: Tidspress og bemanning	41
4.2	Metodediskusjon	41
5	Betydning for klinisk praksis.....	47
6	Konklusjon	48
	Referanser.....	49
	Vedlegg	54

Figurer

Figur 1.1: Trykksår: trykk skjærende krefter. Hentet fra Google.....	9
--	---

Tabeller

Tabell 2.1: Demografiske data på utvalget.....	15
Tabell 2.2: Eksempel på analyseprosessen vist i tabell: Fra meningsenheter til tema ...	20
Tabell 3.1: Oversikt over funnene.....	22

1 Introduksjon

Trykksår defineres som en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev, vanligvis over et benfremspring, og som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter (National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP, European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA, 2014).

Trykksår forekommer hyppig blant pasienter innlagt i sykehus både internasjonalt og nasjonalt, og kritisk syke på intensiv- og overvåkningsavdelinger er en særlig utsatt gruppe (NPUAP, NPUAP, PPPIA, 2014).

Trykksår kan gi alvorlige konsekvenser som, smerter, forsinket rehabilitering, infeksjon, redusert livskvalitet og i verste fall død (Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, I trygge hender 24/7, 2019). I tillegg utgjør trykksår store kostnader for samfunnet. Trykksår koster mer å behandle enn å forebygge, og prisen på behandlingen øker i takt med sårenes alvorlighetsgrad (Coleman, Susanne *et al.*, 2013, Demarré *et al.*, 2015, Lindholm, 2018).

Forekomsten av trykksår hos intensivpasienter på verdensbasis varierer (Krupp and Monfre, 2015), men en systematisk oversikt og metaanalyse fra 22 studier av Chaboyer *et al* (2018) viste prevalens på 16.9–23.8 prosent på intensivavdelinger (Chaboyer *et al.*, 2018).

Kritisk syke pasienter i intensivavdelinger er i høyere risiko for trykksår som følge av ulike faktorer som immobilitet, hemodynamisk ustabilitet, flerorgansvikt, vasoaktiv behandling, bruk av sedativer, muskelrelakserende midler, respiratorbehandling, dialyse, kardiovaskulær sykdom og lengde på sykehusopphold (Cox, 2011, Nijs *et al.*, 2009, Soh *et al.*, 2013).

Siden Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) lanserte sitt pasientsikkerhetsprogram i 2004 har det både internasjonalt og nasjonalt vært økt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Nasjonalt har dette resultert i Pasientsikkerhetskampanjen «I Trygge Hender -24/7», lansert av Helsedirektoratet. (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). Forebygging av trykksår ble valgt som ett av 16 innsatsområder i Pasientsikkerhetskampanjen. Hvert område har en tiltakspakke med forebyggende tiltak som skal forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Tiltakene skulle i størst mulig grad være kunnskapsbaserte og inneholde de antatt viktigste tiltak for å unngå pasientskader. Tiltakspakken for forebygging av trykksår ble utarbeidet med bakgrunn i internasjonale retningslinjer for forebygging av trykksår (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Sykepleiere i intensivavdeling har, med sin pasientnære funksjon, en avgjørende rolle i forebygging av trykksår. Ved å få innsikt i deres erfaringer kan områder for forbedring identifiseres. Jeg ønsker derfor å utforske hvilke erfaringer sykepleiere på intensiv- og overvåkningsavdelinger har med forebygging av trykksår.

1.1 Bakgrunn

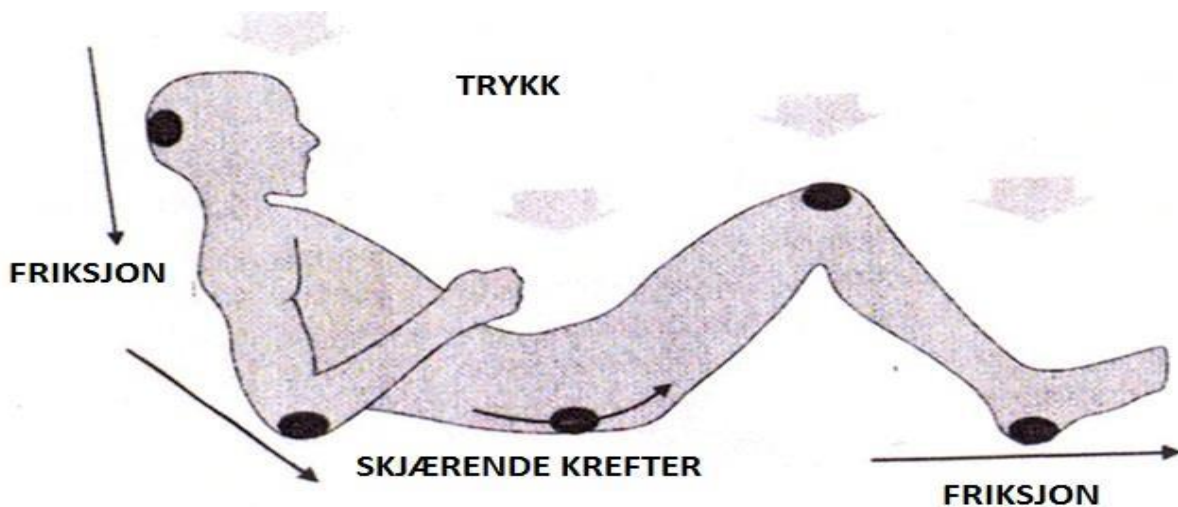
1.1.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

I en kartlegging av begrepet pasientsikkerhet (Saunes *et al.*, 2010) presiseres det at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det. Pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet i 2018 og det er i 2019 kommet ny nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Målet med denne er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019-2023). I denne handlingsplanen innebærer kvalitet at tjenestene blant annet er trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, og at ressursene utnyttes på en god måte. En undersøkelse av sykepleieres erfaringer med forebygging av trykksår vil kunne bidra til kunnskapsgrunnlaget for videre oppfølging av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Trykksår kan være en av flere kvalitetsindikatorer i helsetjenesten (Heslop *et al.* 2014). En kvalitetsindikator er et indirekte mål på kvalitet, og sier noe om kvaliteten på det området som måles (Rygh and Saunes, 2008).

1.1.2 Trykksår

Trykksår kan vise seg som intakt hud eller åpent sår, og kan være smertefullt. Flere medvirkende faktorer er assosiert med trykksår, men betydningen av disse faktorer er ennå ikke belyst (NPUAP, EPUAP, PPIIA 2014).



Figur 1.1: Trykksår: trykk skjærende krefter. Hentet fra Google

Trykksår klassifiseres ut ifra alvorlighetsgrad relatert til hvor dypt og utbredt såret er. Klassifiseringen består av fire kategorier (1 til 4) samt ikke-klassifiserbare trykksår (ukjent dybde) og trykksår med mistenkt dyp vevsskade (ukjent dybde) (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014) Klassifiseringssystemet kan benyttes i forskning og kvalitetsarbeid sammen med beskrivelse av hvor på kroppen trykksårene befinner seg (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014). Det kan være vanskelig å skille mellom trykksår og rødhet i huden forårsaket av inkontinensassosiert dermatitt (IAD) (Beeckman, 2017). De to tilstandene krever ulike tiltak for forebygging og behandling.

Trykksår kan medføre redusert livskvalitet og dårligere søvn, smerter, økt sykkelighet og dødelighet, og i tillegg til at det kan utgjøre store en stor kostnad for samfunnet (Dealey, Posnett and Walker, 2012). Det er derfor viktig med forebyggende tiltak slik at trykksår ikke oppstår.

1.1.3 Risikofaktorer og årsaks mekanismer som påvirker trykksårutvikling

Som definisjonen indikerer oppstår trykksår vanligvis hos pasienter som har redusert aktivitet eller mobilitet, eller er utsatt for trykk/skjærende krefter. Risikofaktorer for utvikling av trykksår er mange, og det er kombinasjon av de ulike risikofaktorer hos den enkelte pasient sammen med ytre trykk som vil være avgjørende for om trykksår oppstår (Lindholm, 2018). De viktigste risikofaktorene er mobilitet/aktivitet, perfusjon, hud og trykksårstatus. Deretter kommer hudfuktighet, alder, ernæring og generell helsetilstand, temperatur. Trykksår er resultatet av et komplekst samspill av faktorer (Coleman, Susanne *et al.*, 2013). Kritisk syke har ofte flere av disse risikofaktorene, og tilstanden kan være ustabil og kritisk (Coleman, S. *et al.*, 2013, Soh *et al.*, 2013). Det akutte aspektet bidrar til at forebygging av trykksår kan være utfordrende. Andre forhold som er beskrevet som utfordrende for forebyggingen er for eksempel tidspress, mangel på utstyr, holdninger, eller manglende kunnskaper i forebygging av trykksår (Keller *et al.*, 2002, Strand and Lindgren, 2010, Köse *et al.*, 2016).

1.1.4 Forebygging av trykksår

Trykksår kan oppstå i løpet av få timer med vedvarende belastning/trykk (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014, Gefen, 2008). De fleste trykksår kan forebygges, men likevel har det vist seg at 15-54 prosent av pasientene ved norske sykehus har trykksår (Bredesen *et al.*, 2015, Bjørø and Ribu, 2009, Moore *et al.*, 2015). Flere studier viser at det er størst andel trykksår kategori I og II (Moore *et al.*, 2015, Bredesen *et al.*, 2015, Gunningberg, 2005, Vanderwee *et al.*, 2007). I Norge var det gjort få studier på forekomst av trykksår og det er få studier på forekomst av trykksår i intensivavdelinger. Bredesen *et al.* (2015) viser i sin studie til en forekomst på 31,8 prosent på intensivavdelinger i Norge, og det var flest trykksår i kategori I. I nevnte studie var det flest trykksår på heler og sacrum, men det var også funn av trykksår på albue, ankel og hode (Bredesen *et al.*, 2015).

De fleste trykksår kan forebygges ved at pasienter med risikofaktorer identifiseres tidlig, sammen med målrettet innsats med forebyggende tiltak (Lindholm, 2018, NPUAP/EPUAP/PPIIA, 2014). I retningslinjen til NPUAP/EPUAP/PPIIA (2014) anbefales en systematisk tilnærming til trykksårforebygging. I tiltakspakken i pasientsikkerhetsprogrammet anbefales risikovurdering av alle pasienter ved innleggelse og daglig vurdering av pasienter som er i risiko. Videre anbefales bruk av trykkavlastende utstyr, optimalisering av hudpleie, vurdering av ernæringsstatus og eventuelle ernæringstiltak (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016).

Forebygging av trykksår krever individuell behandling på bakgrunn av den komplekse tilstanden en kritisk syk pasient ofte er i. Dette gjør forebygging av trykksår krevende. Vellykket gjennomføring av tiltak for å forebygge trykksår kan bli hindret av faktorer utenfor sykepleiernes kontroll. Til tross for adekvate forebyggende tiltak kan trykksår være uunngåelig hos intensivpatienten (Edsberg *et al.*, 2014).

Intensivsykepleieren er ved pasientens side hele døgnet, og det er naturlig at forebygging er en av sykepleierens oppgaver (Tweed and Tweed, 2008). For å forebygge trykksår på en tilfredsstillende måte kreves det både gode teoretiske og praktiske

kunnskaper (Tweed and Tweed, 2008), samt en positiv holdning til fenomenet (Beeckman *et al.*, 2011) I tillegg er rutiner og trykkavlastende utstyr av betydning.

1.2 Forskningsstatus på området

Det ble gjort et systematisk søk i følgende databasene MedlineOvid, Cinahl og Svemed+ med følgende søkeord: pressure ulcer, prevention, nursing, documentation, risk assessment i ulike kombinasjoner. Dette er databaser som inneholder vitenskapelige tidsskrifter i sykepleieforskning, og er dermed en pålitelig kilde til informasjon.

Eksisterende internasjonal forskning på forebygging og behandling av trykksår har vært mye fokusert på sykepleieres kunnskap, holdninger og oppfatninger gjennom kvantitative studier (Cox, 2017, Strand, 2010, Källman and Suserud, 2009, Tweed and Tweed, 2008). I en oversiktsartikkel av Moore *et al* undersøkte de publiserte studier og så på praksis for risikovurdering og forebygging av trykksår i Scandinavia, og ingen av studiene var fra intensivavdelinger (Moore, Johanssen and van Etten, 2013). Studien viste at praksis for risikovurdering ikke var god nok. Mange pasienter ble ikke risikovurdert, og selv risikovurdering førte ikke nødvendigvis til forebyggende tiltak. Dokumentasjonen var mangelfull både i å registrere trykksår og å lage en plan for forebyggingen. I tillegg var det mangel på forebyggende tiltak og inkonsekvent bruk av trykkfordelende madrasser til både de med og uten trykksår, og stillingsendring ble sjelden dokumentert i pleieplanen. I en studie av (Gunningberg, Fogelberg-Dahm and Ehrenberg, 2009) viste at etter implementering av elektronisk journal ble det bedring i dokumentasjon på gradering av trykksår og risikovurdering.

Kvalitative studier på sykepleierens erfaringer med forebygging av trykksår har vært lite utforsket. Det er få kvalitative studier som har sett på sykepleieres erfaringer med forebygging av trykksår på sykehus (Athlin *et al.*, 2010, Samuriwo and Samuriwo, 2010a, 2010b, Sving *et al.*, 2012, Barakat-Johnson *et al.*, 2019). Samuriwo (2010b) og Sving *et al.* (2012) viste at sykepleieres innsats mot trykksår utfordres av organisatoriske og miljømessige utfordringer, som tidsnød og prioriteringer av andre sykepleieoppgaver. Barakat-Johnson *et al* viser i sin studie at forebygging og behandling av trykksår er bare ett aspekt av pasientomsorgen (Barakat-Johnson *et al.*, 2019). Sykepleierne i studien ønsket å gjennomføre forebyggende tiltak og sørge for optimal forebygging, men kompleksiteten knyttet til sykehusets setting/miljø hindret denne prosessen. Sykehusene må legge til rett for og støtter og gjør det mulig for sykepleiere å utøve den kvalitet i pleien som kreves for å forebygge og behandle trykksår.

Til tross for mye forskning på effekt av forebyggende tiltak siste tiår er trykksår fortsatt et omfattende problem (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). Det er få kvalitative studier på dette område både internasjonalt og i Norge. Det er begrenset omfang av eksisterende forskning på sykepleieres erfaringer med å forebygge og behandle trykksår på sykehus. Kunnskap om sykepleieres erfaringer kan bidra til økt kunnskap og forståelse for forhold og sammenhenger rundt forebygging av trykksår til disse pasientene.

1.3 Forskningsspørsmål

Hensikten med studien/oppgaven er å beskrive sykepleiernes erfaringer med forebygging av trykksår til akutt kritisk syke pasienter i sykehus. På bakgrunn av dette blir forskningsspørsmålet følgende:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med forebygging av trykksår til kritisk syke pasienter på intensiv- og overvåkningsavdelinger?»

2 Metode

Her gjøres det rede for hvordan studien er gjennomført. Valg av metode, utvalg, rekruttering, datainnsamling og analyse beskrives og begrunnes. Forfatters eget ståsted beskrives under kapitlet egen forforståelse, og avslutningsvis vil forskningsetiske aspekter bli gjort rede for.

2.1 Design

Hensikten med studien er å utforske erfaringer. På bakgrunn av studiens problemstilling og hensikt benyttes kvalitativ forskningsmetode med både utforskende (eksplorativ) og en beskrivende (deskriptiv) tilnærming (Polit and Beck, 2017).

Utforskende tilnærming ble valgt fordi det finnes lite tidligere forskning om dette tema i Norge og beskrivende tilnærming fordi problemstillingen retter seg mot å beskrive sykepleierens erfaringer med forebygging av trykksår til akutt kritisk syke.

Kjennetegn ved kvalitativ metode er at den åpent søker å utforske menneskelige erfaringer med et fenomen, og at den ønsker å få dypere kunnskap om informantenes erfaringer av dette (Polit and Beck, 2017). Metoden bidrar også til å presentere mangfold og nyanser av et fenomen (Fagermoen, 2005). Fenomenet som utforskes her er sykepleieres erfaringer med forebygging av trykksår til akutt kritisk syke på intensiv- og overvåkingsavdelinger.

Kvalitativ metode kjennetegnes også av et rikt og mangfoldig datamateriale som kommer frem fra informantenes opplevde erfaringer, og hvor forsker er satt til å innhente og fortolke materialet (Polit and Beck, 2017). Å benytte kvalitativ metode synes derfor, med bakgrunn i problemstillingen, hensiktsmessig og relevant.

2.2 Utvalg og rekruttering

2.2.1 Utvalg

I denne studien deltok 3 sykepleiere og 15 spesialsykepleiere. Informantene var i alderen 30-61 år fra 5 ulike intensiv- og overvåkingsavdelinger fra 3 sykehus i Helse Sør-Øst. De hadde 1,5 – 25 års erfaring med akutt kritisk syke pasienter og var i alderen 30-61 år. Både kvinner og menn var representert i utvalget.

På bakgrunn av oppgavens omfang og forskers manglende erfaring med fokusgruppeintervju og analysearbeid syntes det realistisk å gjennomføre 3-4 fokusgruppeintervjuer. Antall intervjuer som vil være nødvendig for å besvare forskningsspørsmålet vil også være avhengig av data fra fokusgruppeintervjuene. Dette ble vurdert underveis. Data må være gode nok og tilstrekkelige til å svare på problemstillingen (Polit and Beck, 2017).

Det ble gjort et strategisk utvalg av sykepleiere som har erfaring med forebygging av trykksår til akutt kritisk syke pasienter på intensiv- og overvåkingsavdelinger.

Inklusjonskriteriene ble endret underveis på grunn av rekrutteringsutfordringer, men var fortsatt i tråd med studiens formål og innbefattet sykepleiere og intensivsykepleiere som hadde mer enn 1,5 års erfaring fra klinisk praksis på intensiv- og overvåkingsavdelinger.

For å få bredde og variasjon av erfaringer ble det rekruttert informanter fra ulike avdelinger og sykehus, samt bredde i arbeidserfaring med akutt kritisk syke, alder og kjønn da dette kunne bidra til nyanser i erfaringer: Sykepleiere og intensivsykepleiere i klinisk praksis som hadde potensiale til å belyse forskningsspørsmålet (Polit and Beck, 2017).

I kvalitative studier velges ikke informantene ut tilfeldig. De baserer seg på et strategisk utvalg, det vil si å velge deltagere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til å kunne gi data som kan svare på problemstillingen. Strategisk utvalg er hensiktsmessig fordi man på den måten kan få tak i de som kan bidra med informasjonsrike data (Polit and Beck, 2017, Fagermoen, 2005).

Litteraturen har ulike anbefalinger på antall deltagere i en fokusgruppe. Antall informanter i utvalgets størrelse bør være mange nok til å sikre representativitet og generaliserbarhet samt være stort nok til å kunne gi inngående kunnskap om tema (Polit and Beck, 2017). Wibeck argumenterer mot å inkludere færre enn fire og flere seks deltagere (Wibeck, 2010). Dette antallet vil sannsynligvis sikre plass i form av taletid og synlighet for hver enkelt informant. Krueger sier at fem deltagere i gruppen er hensiktsmessig når studiens tema er komplekst, deltagerne er kunnskapsrike om studiens tema og man ønsker dybdeforståelse av deltagerens perspektiv (Krueger and Casey, 2014). Malterud anbefaler fem til åtte deltagere i hver gruppe (Malterud, 2012).

I fokusgruppeintervju samles deltagerne til en diskusjon (Polit and Beck, 2017). Wibeck anbefaler at det er en homogen gruppe med hensyn til erfaringer og interesser da disse lettere deler personlige holdninger og erfaringer med hverandre (Wibeck, 2010). Homogeniteten innen fokusgruppen vil styrke gruppedynamikken (Malterud, 2012). Deltagerne kan lettere gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer, slik at assosiasjonseffekten øker. I denne studien anses homogeniteten å være alle sykepleiere som jobber med akutt og kritisk syke i sykehus.

Det er stor variasjon i metodelitteraturen når det gjelder antall grupper. Sandelowski sier at antall grupper i en kvalitativ studie verken skal være for stor eller for lite, men at flere er nødvendig når man vil si noe om et fenomen. (Sandelowski, 1995). Morgan anbefaler at det gjennomføres så mange fokusgrupper at empiriske data kan belyse problemstillingen på en forsvarlig måte (Morgan, 1997).

2.2.2 Rekruttering

Deltakerne ble rekruttert fra 3 sykehus i Helse Sør-Øst. Etter godkjenning fra NSD (vedlegg 3) ble det tatt kontakt via telefon og mail med ledere ved sju aktuelle intensiv og overvåkingsavdelinger på fem sykehus våren 2018 for å få tillatelse til å gjennomføre fokusgruppeintervjuer. To avdelinger takket nei til å være med i studien, og etter løpende vurdering med veileder anså vi, etter fire fokusgruppeintervjuer, at data var tilstrekkelig til å kunne besvare problemstillingen.

Lederne fikk skriftlig informasjon om studien tilsendt på mail og rekrutterte informanter på bakgrunn av inklusjonskriteriene og videreformidlet informasjonsbrev og samtykkeskjema til informantene.

På grunn av utfordringer med rekruttering til fokusgruppe intervjuene ble det også rekruttert sykepleiere og intensivsykepleiere ved overvåkningsavdelinger, da akutt kritisk syke pasienter også befinner seg på disse avdelingene. Dette ble vurdert til å kunne være gunstig da det vil være flere sykepleiere med erfaringer fra ulike avdelinger.

Det ble rekruttert deltagere fra egen avdeling som bli blir diskutert i metodediskusjonen. Sammen med veileder ble det vurdert fordeler og ulemper dette kunne medføre, og det ble vurdert å gjøre en ekstra vurdering etter fokusgruppeintervjuet om data fra intervjuet kunne benyttes.

Forhold som kan være avgjørende for om sykepleierne ønsker eller kan delta er tid, sted og andre rammebetingelser (Malterud, 2012). I denne studien ble tidspunkt for fokusgruppene avtalt med ledere i forhold til drift og aktiviteter i avdelingene, eller det ble sendt forespørsel på tidspunkt. Alle fokusgruppene ble holdt på dagtid. Noen av sykepleierne kom inn på fritid og avdelinger la til rette for å komme under deres dagvakt, og noen deltagere fikk avspasere tiden de brukte i fokusgruppeintervjuet.

Størrelsen på utvalget er ikke alltid avklart på forhånd i kvalitativ forskning. Inkludering kan avsluttes når metningspunktet for informasjon er nådd (Polit and Beck, 2017). I tabell 2.1 vises bakgrunnsdata på utvalget.

	Pilot	FG-1	FG-2	FG-3	Totalt
Antall deltakere:					18
- spesialsykepleiere					15
- sykepleiere					3
- annen tilleggsutdanning					2
Antall sykehus	2	1	1	2	3
Antall intensiv og overvåkningsavdelinger avdelinger					5
Antall intensiv og overvåkningsavdelinger representert ved de ulike intervjuene	3	2	2	3	
Antall års erfaring med å jobbe med kritisk syke					1,5-25
Alder på utvalget					30-61
Kvinner og menn					

Tabell 2.1: Demografiske data på utvalget

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Fokusgrupper

I denne studien er det benyttet fokusgrupper med en semistrukturert intervjuguide for innsamling av kvalitative data om sykepleieres erfaringer. Alle intervjuene ble utført i løpet av våren 2018. Fokusgruppeintervjuer blir benyttet fordi de kan få frem bredde av erfaringer, og dynamikken mellom informantene kan generere mye informasjon/data. Videre kan fokusgrupper gi innsikt i holdninger og verdier sykepleiere har som kan ha betydning for deres adferd (Krueger and Casey, 2014).

Fokusgruppeintervjuet defineres som en nøye planlagt diskusjon, der hensikten er å få kunnskap om en avgrenset problemstilling i et trygt miljø. Gruppen består av mennesker som har visse felles egenskaper, og som gir undersøkeren data av kvalitativ natur under en fokusert diskusjon (Krueger and Casey, 2014).

Samtalen mellom informantene under intervjusituasjonen står sentralt. Deltagerne kan reflektere rundt hverandres utsagn og det gir mulighet for at ulike synspunkter og aspekter rundt temaet som det samtales om kommer fram. Andres erfaringer kan gi nye tanker og skape flere assosiasjoner og refleksjoner hos hverandre. Generering av data fra flere deltagere på en gang er derfor effektivt og ressursmessig gunstig (Polit and Beck, 2017, Tjora, 2017). Det var også ønskelig å skape økt bevissthet hos informantene rundt temaet. På bakgrunn av dette synes fokusgruppeintervju hensiktsmessig som metode for denne oppgaven.

Fokusgruppen blir styrt av en moderator som bidrar til å holde fokus på tema (Morgan, 1997). Malterud (2012) omtaler moderator som en sekretær som noterer hovedmomenter, men som ikke selv deltar i samtalen.

2.3.2 Planlegging av fokusgruppeintervjue

I studien ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide på bakgrunn av litteratur og egen erfaring om temaet (vedlegg 2). Guiden skal være et hjelpemiddel for å holde fokus og struktur på intervjuet, og spørsmålene skal sikre at en kommer innom de temaer som er viktig for å besvare forskningsspørsmålet. De ulike temaene springer ut av problemstillingene som undersøkelsen skal belyses (Kvale *et al.*, 2015). Intervjuguiden hadde åpne spørsmål i starten for å sette i gang diskusjonen i gruppen.

Det ble gjennomført et pilotintervju for å teste ut intervjuguiden og forfattersom moderator. Det ble ikke behov for å stille alle spørsmålene i intervjuguiden. Det var i hovedsak kun strukturen og ikke innholdet som ble endret i intervjuguiden og pilotintervjuet ble derfor innlemmet i studien. Deltagerne kom spontant innom de temaene det skulle samtales om

Alle fokusgruppene (bortsett fra pilotintervjuet) ble gjennomført på et pauserom på et sykehusene (Polit and Beck, 2017). Introduksjonen før intervjuet er viktig for her skapes rammene for det sosiale rommet for samhandling, der moderator skal sørge for overordnet styring uten å kontrollere (Halkier, 2010). Stedet var lett tilgjengelig for de fleste informantene. Noen informanter kom fra andre sykehus. Rommet fremstod som nøytralt og et naturlig møtepunkt.

2.3.3 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Deltagerne på fokusgruppeintervjuet ble tatt imot av masterstudenten og ønsket velkommen. For å skape en god atmosfære og få deltagerne til å føle seg velkommen ble det satt frem enkel servering på en tralle utenfor rommet, og hvor informantene samtidig fylte ut et skjema med personopplysninger til demografiske data (Morgan, 1997). Demografiske dataene har ikke status som funn, men gir viktig bakgrunnsforståelse om kontekst av betydning for studiens eksterne validitet, slik at leseren kan vurdere om settingen gir gjenkjennelse og aktualitet (Malterud, 2012). Alle deltagerne hadde signert samtykkeskjema før intervjuet startet.

Masterstudent var moderator under fokusgruppeintervjuet og en kollega var sekretær og tok notater. Det ble informert om moderators og sekretærs rolle under

fokusgruppeintervjuet, litt info om studien og hva data skulle brukes til og taushetsplikt. Det ble på ny gitt informasjon om at deltagelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst uten å oppgi begrunnelse, samt hvordan personopplysningene vil bli behandlet. Det ble også informert om fokusgruppeintervju og hvordan det var ønskelig at intervjuet skulle foregå og ville bli tatt opp som lydopptak. Det ble vektlagt at det var en samtale mellom dem (informantene). De ble oppfordret til å si navnet sitt før de snakket, og at de ikke snakket i munnen på hverandre. De ble anbefalt å sette mobil på lydløs eller slå den av for at det ikke skulle være forstyrrelser under intervjuet.

Deretter ble lydopptaket satt på. Det ble en kort presentasjonsrunde i de intervjuene hvor deltagerne ikke kjente hverandre fra før. Informantene satt samlet rundt et bord slik at alle kunne se hverandre. Det ble benyttet to opptakere for å sikre at data ble tatt opp. Opptagerne ble plassert midt på bordet på mykt underlag for å sikre god kvalitet på opptaket. Det ble laget et kart over bordplassering og navn på deltagerne. Ved transkriberingen hadde jeg nytte av kobling mellom navn og stemmer. Det at de ble oppfordret å si navnet sitt før de snakket var til stor hjelp under transkriberingen.

Det var ulikt antall i fokusgruppene (5,4,3,6) og antallet i noen fokusgrupper ble mindre enn det metodebøkene anbefaler. Krevende drift på avdelingene gjorde det vanskelig å frigjøre mange samtidig/antallet som var planlagt på noen av fokusgruppene. I litteraturen beskrives imidlertid grupper ned mot tre personer (Morgan, 1997). Utfordringen med lite antall er risiko for at temaet ikke blir belyst fra flere perspektiver. Morgan (1997) skriver det kan være vanskelig å få til gode diskusjoner med få deltagere dersom det er lite involvering med tema.

Moderator og veileder vurderte om fokusgruppeintervjuet skulle avlyses eller om det var mulighet for å rekruttere flere deltagere på kort varsel. Det ble diskutert med veileder for og imot å eventuelt rekruttere deltagere fra moderators avdeling, noe som ikke er gunstig. På den annen side er temaet for fokusgruppeintervjuet «ufarlig» og lite sensitivt/emosjonelt belastende og vil dermed i liten grad være vanskelig for den som deltar, men at den som eventuelt takker ja til å være med er det fordi det er et tema av interesse. En annen faktor å vurdere er om data som kommer frem er gyldige i forhold til påvirkning fra moderator. Flere av deltagerne kjenner moderator som kollega, og noen informanter var fra samme avdeling. Veileder og forfatter/masterstudent vurderte at deltager fra egen avdeling kunne forsøkes rekrutteres. Først ble leder spurt ved aktuelle avdeling om de kunne avse en sykepleier til å være med på et fokusgruppeintervju, og det var det anledning til. Leder spurte aktuelle deltagere på bakgrunn av inklusjonskriteriene. En deltager ble inkludert etter å ha lest informasjonskrivet og underskrevet samtykkeskjema. Jeg gjorde en ny vurdering etter fokusgruppeintervjuet om data som frem kom kunne benyttes i studien. Data som fremkom kunne benyttes på bakgrunn av god dynamikk i gruppen og det fremkom ikke som det påvirket deltager eller gruppen negativt. Dette vil bli drøftet i metodediskusjonen.

Det som særlig skiller fokusgruppeintervjuene fra individuelle intervjuer, er potensialet for samhandling deltakerne imellom (Malterud, 2012). Moderators utfordring er å få alle nok interessert i temaet, stimulere en stemning der deltakerne gir hverandre assosiasjoner som bringer frem nye erfaringer og samtidig balansere diskusjonen slik at alle kommer til orde med erfaringer. Det er viktig at moderator sikrer at alle deltagerne kommer til orde. Ved gjennomføring av fokusgrupper anvendes en ikke-styrende intervju stil hvor det sentrale handler om å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus for gruppen. Det legges til rette for en kollektiv ordveksling som ikke

nødvendigvis fører til entydige svar, men får fram ulike synspunkter (Kvale et al, 2015). Samtalen i fokusgruppen forløper ikke helt fritt. Den ledes av en moderator. Moderators rolle er å styre samtalen mellom deltakerne og sørger for at den avsatte tiden blir brukt hensiktsmessig i forhold til studiens problemstilling/forskningsspørsmål. I alle kvalitative forskningsmetoder, også fokusgrupper, avhenger resultatet mye av hvordan intervjueren bruker seg selv som metodisk verktøy (Halkier, 2010). Dynamikken mellom deltagerne bestemmes i stor grad av hvilke spørsmål og hvilken regi moderator velger. Det er viktig at moderator ikke stiller for mange spørsmål til gruppen innenfor den begrensede tidsrammen som er til rådighet (Morgan, 1997). Sekretærens oppgave er å følge med på hva som foregår i fokusgruppediskusjonen – legge merke til å ta notater om stemning, klima samhandling. Deltagerne ble oppfordret til å si navnet sitt før de snakket. Dette er med og sikrer at jeg i senere i analysearbeidet kan vite hvem som sier hva. Det er viktig at deltagerne kjenner seg trygge og komfortable under intervjuet.

Tema i denne studien engasjerte deltagerne og det ble gode gruppediskusjoner hvor det ble utvekslet erfaringer og refleksjoner omkring forebygging av trykksår. Samhandlingsdynamikken er avgjørende i fokusgruppeintervjuene for å få fruktbare empiriske data (Halkier, 2010). Som moderator var det en viktig oppgave å påse at alle kom til orde med sine erfaringer. Samtalen fløt godt og alle informantene snakket. Det var lett stemning og også latter. Det var enighet i form av hodenikking, bekreftende «ja» og «ikke sant». Fokusgruppe intervjuene varte fra 50 min til 1 time og 10 minutter.

Det var ønskelig at sykepleierne skulle fortelle om sine erfaringer med å forebygge trykksår med egne ord. Det ble derfor valgt å stille få åpne spørsmål. Det ble stilt spørsmål fra intervjuguiden dersom deltagerne ikke kom innom et tema fra intervjuguiden i samtalen. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål for å få utdypende svar. Rekkefølgen på spørsmålene er tilfeldig i gjennomføring av intervjuene. Alle fokusgruppene fikk det samme åpningsspørsmålet: «Hvilke tanker har der om forebygging av trykksår til pasienter i deres avdeling?»

Intervjuguiden ble brukt som hjelpemiddel for å holde fokus og struktur på intervjuet, og spørsmålene skulle sikre at forskningsspørsmålet ble besvart (Tjora,2010). Innledningsvis var det et åpningsspørsmål som var likt for alle fokusgruppene for å sette i gang diskusjon i gruppen.

Moderator sørget for at intervjuene ble avsluttet til avtalt tid. Respekt for deltakernes tid er en viktig forutsetning for tillit både til moderator og til prosjektet (Malterud, 2012). Fokusgruppe intervjuene ble planlagt til 60 minutter. Varigheten ble fra 52-70 minutter.

På slutten av intervjuene ble det markert at vi nærmet oss avslutning og deltagerne ble spurt hvordan de opplevde fokusgruppeintervjuet. Etter endt fokusgruppe gjennomførte moderator og sekretær en kort debriefing av fokusgruppeintervjuet for å ta vare på førsteinntrykket og eventuelt forbedre intervjuguiden og rollen som moderator (Malterud, 2012). Målet var også å sikre at forskningsspørsmålene var i fokus.

Intervjuene ble transkribert av forfatter så nært opptil intervjuet som mulig. Intervjuene ble transkribert på bokmål for å sikre anonymitet. Det ble lyttet på opptakene av intervjuene flere ganger før transkriberingen startet. Småord som «hm», «mmm» og «ja» samt latter og stillhet ble inkludert i transkriptet. Det var til tider vanskelig å vite nøyaktig hvor det skulle settes komma og punktum i informantenes lange setningskjeder. Informantene hadde også mange løse ord og setninger som ga mindre mening på papiret enn i lydfilen og måtte gå tilbake til lydopptakene gjentatte ganger og

lyttet på nytt og redigerer til meningsinnholdet i transkriptet ga samme mening som lydopptaket. Det ble også spesielt lagt merke til utsagn/data som går igjen i intervjuene. Å transkribere intervjuene selv ga inngående kjennskap til datamaterialet.

2.4 Forforståelse

Forskningsprosessen i kvalitative studier er ofte fleksibel i den forstand at den tilpasser seg ny informasjon underveis og forskeren er personlig involvert og bruker seg selv som instrument og verktøy (Polit and Beck, 2017).

I kvalitativ forskning skal forfatterens forforståelse være synlig slik at leseren vet hvilket ståsted forfatteren har (Malterud, 2012). Forforståelsen vil ha betydning for alle deler av forskningsprosessen, og forskeren skal være oppmerksom på sin egen forforståelse og betydningen av denne både i innsamling og analyse av data.

Forforståelsen kan være både en styrke og svakhet (Polit and Beck, 2017, Granskär and Höglund-Nielsen, 2012). Som intensivsykepleier har jeg jobbet med akutt kritisk syke i 22 år og har lang erfaring med temaet forebygging av trykksår til disse pasientene. Valg av tema for studien er basert på faglig interesse, og erfaringer fra klinisk praksis. Forebygging av trykksår er en oppgave jeg har oppfattet at har fått mindre fokus med årene jeg har arbeidet, i likhet med andre områder i grunnleggende sykepleie som jeg opplever får mindre fokus i takt med den teknologiske utviklingen. I praksis ble det observert at forebygging av trykksår utføres forskjellig og at fokuset på forebygging kommer når «rødhet» i huden allerede hadde oppstått.

Feltet informantene er rekruttert fra er ulike intensiv- og overvåkningsavdelinger med akutt kritisk syke pasienter, og kan betegnes som «kjent» da forfatter/masterstudent og informanter har en felles faglig bakgrunn. Dette kan være positivt ved at det er gjensidig forståelse av tema, men det kan også være fare for at egen forforståelse om feltet kan påvirke hvordan det som blir sagt av informantene blir oppfattet og tolket. Det ble holdt fokus på informantenes fortellinger. Dette er viktig for å sikre at ikke nyanser av sykepleiernes erfaringer blir oversett. Masterstudent må tilegne seg en forståelse av hvordan sykepleierne opplever sine erfaringer (Thagaard, 2013).

2.5 Dataanalyse

Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse av de transkriberte intervjudata. Dette er en forskningsmetode for analyse av tekst som brukes systematisk og objektivt for å beskrive et fenomen, og målet er å frembringe kunnskap og forståelse av fenomenet som studeres (Hsieh and Shannon, 2005). Dette vises i kategorier og temaer (Graneheim and Lundman, 2004, Granskär and Höglund-Nielsen, 2012, Polit and Beck, 2017). Eksempel på analysen fra meningsenhet til tema vises i tabell 2.2.

I denne studien ble det benyttet analysetrinnene beskrevet av (Graneheim and Lundman, 2004). I analysen anbefales fokus på manifest eller latent innhold av materialet. Det manifeste innhold er hva teksten faktisk sier, mens det latente innhold er tolkning av tekstens underliggende betydning (Graneheim and Lundman, 2004).

- Teksten leses grundig for å få en oversikt over alt materialet.
- Data struktureres ved å dele inn i meningsbærende enheter.
- Meningsenhetene kondenseres uten å miste essensen i teksten.
- De kondenserte meningsenhetene kodes med et ord eller en setning.

De kodete meningsenhetene samles deretter i subkategorier som igjen settes inn i kategorier. Kategoriene skal være gjensidig utelukkende, det vil si at meningsenhetene skal kun passe i en kategori, og ikke flere. Kategoriene svarer på spørsmålet «hva». Videre kan det deles inn i temaer basert på hva som er den underliggende betydningen i det sykepleierne forteller. Tema svarer på «hva handler dette om».

(Granskär et al., 2012; Polit and Beck, 2017).

Meningsenhet/ Intervjutekst	Kondensert meningsenhet/ reduisert tekst	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
Noen pasienter er for dårlig til å snus, eller nedprioriterer å snu fordi de er så dårlige.	Nedprioriterer å snu noen pasienter for de er så dårlige.	Prio- ri- ter- ing	Fokus og prioriteringer	Gode holdninger men vanskelige prioriteringer	«Viktig, men vanskelig»
Kommer langt ned på skalaen. Mye fokus på det tekniske og intensivmedisin. Hudstatusen blir: ... «se hvordan det går da».	Mye fokus på det tekniske og intensivmedisin				
Jeg synes at det er kanskje et av de beste eller verste tegn på om du er god eller dårlig sykepleier om du jobber hardt for å forebygge trykksår	Å forebygge trykksår er tegn på god sykepleie				

Tabell 2.2: Eksempel på analyseprosessen vist i tabell: Fra meningsenheter til tema

2.6 Forskningsetiske overveielser

Det vil være etiske overveielser under hele intervjuundersøkelsen og forskningsprosessen og det ble tenkt igjennom på forhånd hvilke dilemmaer som kunne oppstå underveis (Kvale et al., 2015).

Ledere ved de aktuelle intensivavdelingene ble kontaktet for tillatelse til intervjuer og rekrutering etter at prosjektplanen blir godkjent av (NSD).

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke av informantene som ønsket å delta i intervjuene. Informasjon som ble presisert og gjentatt før fokusgruppene startet var at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg fra deltagelse når som helst uten at det fikk negative konsekvenser, samt informasjon om at data ville bli anonymisert, og

lydfiler ville bli oppbevart innelåst, og slettet etter studiens slutt (Thagaard, 2013, Kvale *et al.*, 2015).

Personlig informasjon om deltagerne ble behandlet konfidensielt (Kvale *et al.*, 2015), og kun masterstudent hadde tilgang til personopplysningene. Informantene ble kodet for å hindre at opplysninger kunne spores tilbake til den enkelte deltager. Personer og steder som ble navngitt under intervjuet ble anonymisert. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Materialet ble lagret i låsbart skap i henhold til vanlig praksis i forskning, og blir slettet og makulert etter avsluttet studie eller publikasjon (Kvale *et al.*, 2015).

3 Presentasjon av funn

Studiens hensikt var å beskrive sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår til akutt kritisk syke pasienter. I dette kapitlet presenteres de funn som kom frem under analysen av det empiriske materialet fra fokusgruppeintervjuene.

Analysen resulterte i tre kategorier basert på åtte subkategorier. Kategoriene ble tilslutt abstrahert til temaet «Viktig men vanskelig» som beskriver sykepleiernes erfaring med forebygging av trykksår (se tabell 3.1).

Subkategori	Kategori	Tema
<ul style="list-style-type: none">- Positiv holdning- Fokus og prioriteringer	1. Gode holdninger, men vanskelige prioriteringer	«Viktig, men vanskelig»
<ul style="list-style-type: none">- Tilfeldig risikovurdering- Behov for økt kunnskap om trykksår- Behov for bedre dokumentasjon	2. Behov for bedre systematikk	
<ul style="list-style-type: none">- Behov for bedre rutiner- Behov for bedre tilgjengelighet og kvalitet på utstyr- Tidspress og bemanning	3. Behov for bedre tilrettelegging	

Tabell 3.1: Oversikt over funnene

De tre kategoriene beskriver hvilke erfaringer sykepleierne har med forebygging av trykksår og hvilke faktorer som påvirker forebyggingen. Kategori 1 beskriver sykepleiernes holdninger og prioriteringer til forebygging av trykksår. Kategori 2 beskriver sykepleiernes kunnskaper og hvordan de vurderer og dokumenterer forebyggingen, og Kategori 3 beskriver sykepleiernes erfaringer med tilrettelegging av/for forebyggingen.

Resultatene presenteres under overskrifter direkte relatert til kategoriene og subkategoriene. Sitater benyttes for å underbygge og illustrere funn, men også for å vise variasjoner i sykepleiernes erfaringer.

Det var totalt 18 sykepleiere som deltok i studien. Alle sykepleierne var positive til å delta i fokusgruppe intervjuene og syntes det var et interessant og aktuelt tema.

3.1 Kategori 1: Gode holdninger, men vanskelige prioriteringer

3.1.1 Subkategori: Positiv holdning

Sykepleierne uttrykker at forebygging av trykksår er viktig. Det er en plikt og en oppgave å forebygge trykksår og det er en av intensivsykepleierens viktigste oppgaver. Trykksår skal ikke forekomme fordi det forårsaker mye smerte, lidelse, forlengelse av sykehusopphold og i verste fall kanskje død for pasienten. Informantene sier de er gode på å forebygge og ser sjelden trykksår, men pasientene kan komme med det. Som en sier:

«det er ikke dype alvorlige sår som kanskje fører til død, men de skal jo gå rundt i samfunnet disse pasientene våre etterpå, de trenger kanskje ikke ha merke i nesa alle sammen, som bevis for at de har hatt en sånn (slange/sonde) i nesa på intensiv.» (Anne)

Sykepleierne sier det er viktig med leieendring og de har gode rutiner for å snu pasientene regelmessig, hver andre, tredje time, og det skal mye til for ikke å snu. De må ha en god grunn for at det ikke er gjort. En sykepleier sier:

«Det holder ikke å si etter en nattevakt at «Nei, han sov så godt». Da får du ti blikk på deg. Det er litt innarbeidet i oss uansett hvilken intensivavdeling vi jobber på. Det må man gjøre.» (Kari)

Det samme gjelder også for eksempel stell og inspisering av tubetape. Noen ganger rekker de det ikke, men de må ha en god grunn til det.

Hos pasienter som er ustabile og man ikke kan snu er det viktig å være bevisst på å gjøre de tingene man kan gjøre, som å gjøre litt småjusteringer, en liten leieendring.

3.1.2 Subkategori: Fokus og prioritering

Flere sykepleiere sier at de har fokus på forebygging av trykksår, men det er ingen systematikk i arbeidet. Det går mye på personlig engasjement og interesse. Videre sier de at det er ikke lett å ha fokus på alt de ønsker å ha fokus på, og forebygging av trykksår kommer da langt ned på lista. En sykepleier uttrykker at de fleste tenker på forebygging, og de har det alltid i bakhodet. Noe går på automatikk; en ubevisst prosess:

«Jeg tror det bare ligger litt sånn i underbevisstheten når vi snur. Ja her må vi ta bort ledningene, her må vi forandre stilling, her må vi dra i puta, uten at vi tenker at vi forebygger. For det har med velvære for pasienten også. Så ting går i hverandre.» (Kirsten)

Andre uttrykker det kan være vanskelig å bare tenke trykksår, for pasienten er «en helhet». Noen ganger er andre prioriteringer nødvendig. Er det en dårlig pasient som for eksempel trenger massive blodtransfusjoner, er ustabil og lav i blodtrykk, så blir fokuset på den dårlige pasienten, og fokuset på trykksår blir lavere.

En informant sier det er lov å ikke tenke forebygging ved livreddende behandling for da er det ABC som er fokuset, men når de er ferdig med å redde liv må de tenke trykksår, og ta vekk propper og alt det andre som er glemt i sengen fordi alt går så fort.

«Liggessår har ikke det største fokuset. På våre pasienter er det ABC og så kommer det med mobilisering, forflytning og ernæring. Det blir bonus i forhold til det med liggessår» (Astrid)

En av informantene sier det er farlig å tro at de er så flinke til å forebygge trykksår at de ikke trenger å tenke på det, men hvis de ikke vet at de har et problem så har de ikke fokuset. De må ha i bevisstheten at trykksår er et problem, og venne seg til å tenke risiko for trykksår hos alle pasientene. Forebyggingen må starte med en gang.

«I dag hadde vi en pasient som ble operert i går. Bare et blikk på han i senga, så var det ikke vanskelig å se at her var det mange faktorer som kan gi trykksår».
(Elise)

Å ha fokus på trykksår er også holdningsskapende. Sykepleierne beskriver at de må hjelpe hverandre å bli gode ved å minne hverandre på ting, og ha en kultur i avdelingen på at de skal snu hver andre time og sjekke trykkutsatte steder. Det er viktig å lære de nye det de selv har lært, og om rutiner i avdelingen.

Ledelsen sitt fokus på forebygging av trykksår er varierende. En av sykepleierne hadde fått dette svaret:

«Trykksår er gammelt nytt i pasientsikkerhetsprogrammet. Det er implementert på sykehuset, så det trenger man ikke fokusere på». (Anne)

Flere sykepleiere sier at forebygging av trykksår sjelden blir tatt opp på avdelingene, for det er så mange andre viktige temaer. Noen beskriver at det har vært fokus og diskusjon om temaet.

«Det må komme fra høyere hold hvis man vil at avdelingen skal ha fokus på forebygging av trykksår. Hva får en ressursgruppe gjort? Den er vanskelig å få samlet og man må spre kunnskapen til alle som jobber i avdelingen. Få de til å bli like interessert som man er selv. Det er ikke så lett for en ressursgruppe som består av fire personer og treffes kanskje en gang i året». (Astrid)

Noen sykepleiere forteller de har ressurspersoner/-grupper på avdelingen. Hos noen er leder engasjert og de får dager hvor det kan planlegges noe i forhold til et tema. Sykepleierne beskriver at det å ha ressurspersoner som er aktive i avdelingen kan være et viktig tiltak for forbedring. I stedet for at det blir tatt opp på en fagdag en gang annet hvert år, eller kanskje ikke det en gang.

«Har man en ressursperson som er aktiv og snakker om det, går rundt i avdelingen og liksom er litt sånn «politi». Det tror jeg kan ha ekstrem stor effekt». (Bente)

Sykepleierne beskriver at ressursgruppene kan være vanskelige å holde i gang. Det kan være på grunn av bemanning og tid på hverdagene, fordi det trengs hender ute i avdelingen for at det skal gå rundt. Det krever litt personlig engasjement. Det må søkes om ressursgruppe-dager og det må settes av tid. Andre årsaker er at sykepleierne går ut i svangerskapspermisjon, eller slutter for å starte på videreutdanning.

Noen beskriver at fagsykepleierne pusher litt på de forskjellige ressursgruppene, men det er mye fokus på sertifisering og på medisinteknisk utstyr, så temaet hud faller litt bort. Det kommer langt ned på skalaen, for det er mye fokus på det tekniske og intensivmedisinen. Hudstatusen blir *«Ja, se hvordan det går da»* (Astrid).

3.2 Kategori 2: Behov for bedre systematikk

3.2.1 Subkategori: Tilfeldig risikovurdering

Det blir beskrevet at hver enkelt har fokus på trykksår, men det benyttes ikke noe systematisk verktøy for å kartlegge hvem som er i risikozonen. Sykepleierne kjenner til risikovurderingsverktøy som Braden og Waterloo, men de blir ikke benyttet i praksis. En sykepleier beskriver at de kanskje ikke trenger å benytte risikovurderingsverktøy til intensivpasientene fordi alle vil være i risiko.

«Vi har nok fokus på det hver enkelt av oss, men ikke noe systematikk i det. Vi bruker ikke noe skåringsverktøy for risikovurdering, ...vi har ikke noe sted hvor vi haker av for at det er kontrollert og sjekket» (Astrid)

Sykepleierne bruker klinisk vurdering når de vurderer om pasientene er i risiko for trykksår. De vurderer pasientens hudstatus og bakgrunnshistorie. Det observeres visuelt, og de kjenner på pasienten om huden er varm, kald og/eller klam. De vurderer huden om den er tynn og skjør, om pasienten har ødemer. Under stell får de inspisert hele huden til pasienten. De vurderer også hvor mye pasienten beveger på seg, eller om han ligger på. Noen sier at risikovurdering sitter litt i ryggmargen, for dette er de opplært til. Andre beskriver at det ligger i underbevisstheten og går automatisk. Det er litt opp til hver enkelt hva de har fokus på, hva de har tid til, og hva andre ting som feiler pasienten.

3.2.2 Subkategori: Behov for økt kunnskap om trykksår

Kunnskapen blant sykepleierne om hva de identifiserte som trykksår er varierende. De fleste beskriver at de ser lite trykksår i sine avdelinger, men ikke alle sykepleierne er enige i det. De sier det var mere trykksår før, men det hender at pasienter kan komme med sår.

En av informantene beskrev at ved innsamling av data i en trykksårstudie som hun var med på opplevde at sykepleierne som var hos pasientene vurderte at pasientene ikke hadde trykksår. Ved nærmere inspeksjon av huden til pasientene viste det seg at flere av pasientene faktisk hadde trykksår.

«Det at vi ikke har trykksår på avdelingen det tenker jeg ikke er helt riktig. For det er jo, eller det spørs jo hva man tenker om trykksår. For jeg ser det ofte er noen hos oss som får røde merker som ikke forsvinner mellom sningene. Og man får trykksår på nese og på ører og ... her og der, men det er kanskje ikke de store kjøttsårene, som man tenker som standard». (Anette)

Sykepleierne beskriver at pasientene ikke har sår, slik de forbinder med decubitus. Begynner de å se etter trykkmerker og mulighet for sår så er det noe annet. En sykepleier spurte i en av fokusgruppene:

«Hva er et trykksår? Det er blitt nevnt rødhet og noen sier dypt trykksår. Snakker man samme språk med hverandre?» (Siri)

Noen husker trykksårkategoriene fra grunnutdanningen, men få bruker de bevisst i praksis i rapportering eller dokumentasjon. En av sykepleierne sier at det kan være vanskelig å kategorisere trykksår selv for de som er erfarne, for de må vite hva definisjonen på trykksår er. Samme sykepleier beskriver at trykksår er et sår som er kommet av trykk i kombinasjon med skyvende eller skjærende krefter, og for å si at et

sår er trykksår må de vite hva årsaken til såret er, for ikke alle sår er trykksår. En sykepleier sier følgende:

«I studien jeg var med på skjønnte jeg at det var noe som het fukt assosierte sår. Det røde vi ser nedentil er ikke nødvendigvis et trykksår. Jeg fikk en aha opplevelse på at dette kunne jeg ikke» (Anette)

Sykepleierne beskriver at trykksår ikke synes med en gang og resultatet av det som har vært forut ser de senere i forløpet. Det gjør at de ikke nødvendigvis ser resultatet av det de har påført pasienten før pasienten eventuelt flytter videre.

«Og derfor så kan man være fornøyd med seg selv og si: Nei, vi har ikke trykksår» (Elise).

Alle sykepleierne observerer røde merker, men mange tenker ikke trykksår når de ser det er litt rødt.. En sykepleier sier at kanskje de enda ikke er så gode på å *diagnostisere* starten på trykksårene, grad 1, og på hva som kvalifiserer for trykksår. En annen sykepleier sier:

«Jeg tenker det at hvis ... hvis vi som sitter her ikke tenker at rødt er første grad av trykksår så tenker nok ikke resten av personalet det heller (he,he). Så det er det med bevissthet». (Anita)

Sykepleierne foreslår ulike tiltak for å øke kunnskapen/kompetansen på trykksår blant sykepleierne. Fagdager med undervisning om trykksår og gradering av trykksår, slik at de tenker og gjør likt. Flere beskriver viktigheten av å ha et felles instrument, et felles språk, slik at alle for eksempel vet hva kategori 1 er.

3.2.3 Subkategori: Behov for bedre dokumentasjon

I dette undertema beskrives hvordan sykepleierne dokumenterer forebyggingen. De beskriver at dokumentasjon er viktig og det har vært fokus på behandlingsplaner i DIPS, men disse brukes ikke nok. Ofte legger de det ikke inn i behandlingsplanen før det er et litt større problem. Risikovurdering dokumenteres lite. Noen har begynt å skrive «risiko for» eller «risiko for leiringskade». Sykepleierne beskriver at det er viktig å få det de gjør systematisk inn behandlingsplanen. Det er en del av rutinen som det å snu.

«Tror ikke man er flinke på å dokumentere risiko faktorer.... Jeg gjør det i hvert fall ikke selv, og tror ikke jeg har sett det blitt gjort. Så det er vanskelig å si hva jeg dokumenterer før pasienten får trykksår.» (Mia)

Det er ulik praksis for hvordan de dokumenterer forebyggingen i behandlingsplanen. Sykepleierne beskriver at i behandlingsplan i DIPS skal de skrive om det som er et problem. Så lenge det ikke er et problem så skal de følge standarden for intensivsykepleie, og der er det underforstått at de skal passe på huden. Noen beskriver at ved første sning som hjertestanspasientene tåler (når de tar av drakten som benyttes ved kjøling), så dokumenteres det hvordan huden til pasientene ser ut. Andre beskriver at de dokumenterer hel hud under/i evalueringen.

Sykepleierne sier at behandlingsplanen er *veldig* viktig for det som de ville sagt muntlig til hverandre om huden. Det *må* inn der slik at neste sykepleier som kommer på vakt vet. De sier «obs her begynner det å bli litt rødt», «den pasienten får lett merker, og hvor». Det er så viktig å gjøre dette med en gang, slik at det ikke får utvikle seg og det gjør at alle følger med, og vet hva de skal se etter.

Noen sykepleiere beskriver at de har begynt å benytte «risiko for» i behandlingsplanen. Sykepleierne beskriver at utfordringene med behandlingsplanen er at de synes at ting er så selvsagt. De snur uansett pasienten så de synes det er kjedelig å ha det med. Andre har observert at «risiko for»-momentet noteres der, men kanskje ikke så ofte. En av informantene sier at når det står i behandlingsplanen så er det noe de må *ta stilling til*, men trenger ikke skrive den samme setningen hele tiden i evalueringen hvis det ikke er noen endring.

Informantene sier at behandlingsplanene også er til hjelp når pasientene flytter videre til post. Tidligere skrev de i evalueringen, men da måtte de ha tid til å kunne lese tilbake i tid; nå kommer behandlingsplanen opp med en gang. Ved å bli flinkere til å benytte behandlingsplanen kan problemråder bli fulgt opp videre på sengepost.

Noen sier det foreligger en veiledende behandlingsplan på forebygging av trykksår, men det er det flere som ikke kjenner ikke til.

Flere sykepleiere sier at de nå kan dokumentere om pasienten har sår eller ikke i Metavision (ikke alle bruker det), og da er det veldig tydelig at pasienten har et trykksår dersom det registreres. Den er tallfestet og det ligger også bilder og differensialdiagnoser slik at de kan skille på om det er fuktsår (IAD) eller trykksår. Flere av sykepleierne som benytter Metavision er ikke kjent med denne forbedringen/oppdateringen.

En informant sier:

«Det er bedre at man registrere at han er rød på nesa da, så kan man heller fjerne det neste dag igjen hvis det har blitt borte. Det er i hvert fall lettere å få oversikt da ...hvis man gjør sånn man skal» (Anette)

De synes det er veldig bra at det er kommet i Metavision for det er deres daglige dokument hvor de kan skrive noe hver dag, eller hver time hvis de vil det. De foreslår at undervisning på graderingen av trykksår er viktig slik at de tenker og gjør likt. Da kan de få det opp på nivå med respirasjon og sirkulasjon som blir dokumentert hver time.

Noen savner rutiner for risikovurdering og vurdering av trykkmerker/eller begynnende trykksår: Alt som er satt i system/laget rutiner for er å foretrekke, slik at alle gjør likt. Andre ønsker et felt for huden på sin overvåkingskurve (ikke bare for blodtrykket) der de kan skrive null eller en, eller gradere. Da kan de dokumentere at de følger med.

Sykepleiernes forslag til forbedringer er at de ikke bare ser og har fokus på forebygging, men at de tar det videre i dokumentasjonen. Å dokumentere risikovurdering og hudvurdering daglig viser at de har fokus på dette, og det gir mere oversikt. Behandlingsplanen kan benyttes mere aktivt ved at det de sier muntlig til hverandre om huden må inn i behandlingsplanen. Å registrere trykksår i Metavision gjør det tydelig om pasienten har trykksår, og informasjon til sykepleierne om forbedringer og oppdateringer i dokumentasjonsverktøyet (Metavision og Dips) må forbedres.

3.3 Kategori: Behov for bedre tilrettelegging

3.3.1 Subkategori: Behov for bedre rutiner

Det mangler gode rutiner for risikovurdering, og vurderingene blir sjelden dokumentert. Flere sykepleiere er kjent med at det finnes skåringssystemer for vurdering av trykksår, men benytter det ikke. De beskriver det kan være et hjelpemiddel å få det systematisk inn i Metavision slik at de kan hake av at de har sjekket, gått over trykkutsatte steder.

«Savner vurdering av trykkmerker eller begynnende trykksår satt i system. Bedre med rutiner hvor alle gjør likt». (Astrid)

Sykepleierne sier det er behov for bedre rutiner for dokumentasjon av forebyggingen. Dokumentasjonssystemet (EPJ og Metavision) er under utvikling og er omfattende og komplisert. Det er mulig å dokumentere trykksår og trykksårkategorier i Metavision, men formidling av forbedringer og oppdatering i dokumentasjonssystemet når ikke frem til alle sykepleierne. For eksempel vet ikke alle at det er mulighet for å registrere trykksår eller utført vurdering av hud i den elektroniske kurven. Det er også forskjellige oppfatninger om hva som skal dokumenteres og hvor ting skal dokumenteres. Sykepleierne opplever også dobbeltføringer. Den elektroniske dokumentasjonen tar tid. En informant sier:

«Jeg tenker i Metavision ligger alle muligheter åpne for å overdokumentere. Det er så totalt fokus vekk fra jobben din og pasienten. Jeg tenker det er viktig å være bevisst på det». (Janne)

Trykksår er en pasienthendelse – et avvik som skal dokumenteres, men det gjøres sjelden. Pasienten har fått en skade som han ikke kom inn med. Sykepleierne sier at det å skrive avvik for eksempel kan synliggjøre behov eller hva vi må ha mere fokus på. En annen informant sier at ledelsen ikke ser at de ikke har de sengene de skal ha fordi det ikke er bevisst at standarden på senger henger sammen med trykksår. Derfor burde de skrive flere avvik, og dokumentere når trykksår oppstår. Hvis det er sår på sacrum og heler må det sendes oppover og vise at man trenger andre senger. Andre i fokusgruppen spør når det defineres som et trykksår og når de kan melde det? En sykepleier svarer at kategori 1-sår er rødhet som ikke forsvinner under trykk og kan meldes som avvik. En annen sier at avviksregistreringene kommer tilbake til sykepleierne og kan *informere* de om ting de kanskje ikke var så bevisst på og som kan forbedres.

Sykepleierne beskriver at det er mange nye rutiner og prosedyrer å sette seg inn i, og de opplever at prosedyrene er lite tilgjengelig og vanskelig å finne. De sier det er vanskelig å holde seg oppdatert for det er så mye de skal ha fokus på, og det er mye som implementeres.

«Det er noe i det du sier med at du skulle kanskje brukt det, men du finner det ikke. Ender opp med at det ikke blir gjort fordi en ikke finner. Og så er vakta over. Har noe med hva som er satt i system som er lett tilgjengelig». (Laila)

Det er få informanter som beskriver at de kjenner til eller jobber etter en retningslinje eller prosedyre for forebygging av trykksår. En informant beskriver det slik:

«Tror det finnes en Nivå 1 prosedyre på forebygging av trykksår på sykehuset. Har ikke lest den fra perm til perm». (Astrid)

Sykepleierne foreslår gode skåringssystemer og rutiner slik at alle jobber likt og beskriver symptomer likt. Det er viktig å få det «opp på nivå» med respirasjon og sirkulasjon. De sier de trenger bedre rutiner med inspisering av huden under trombosestrømpene og økt bevissthet om pasienten skal ha trombosestrømpe eller ikke, for ikke alle pasienter skal ha det.

3.3.2 Subkategori: Behov for bedre tilgjengelighet og kvalitet på utstyr

Sykepleierne er opptatt av kvaliteten på madrassene, men flere beskriver at det generelt er lite fokus på madrasser. Madrassene i de vanlige sengene er generelt dårlige og det er mangel på spesialmadrasser (Tempur) og intensivsenger.

«Det er mulighet å bestille Tempur (viskoseelastisk madrass på sykehuset) men det er mangelvare, så det er «Bingo» om vi får det eller ikke». (Anette)

Intensivsengeene har stort sett gode madrasser, men flere uttrykker at de burde skiftes ut oftere. Sykepleierne foreslår at det burde vært et lager for madrasser slik at de kan skiftes ut når de ble dårlige. Noen har eget rom for intensivsenger, men det er ofte ikke nok intensivsenger til alle som trenger det, og det er ingen rutiner som sikrer at pasientene får rett type madrass ut ifra sitt behov.

En av informantene som har erfaring fra andre land sier det benyttes lite luftmadrasser i Norge. Pasientene som har luftmadrass kommer ofte med denne fra sengepost, og har allerede sår eller er underernærte. Hos de fleste er ikke slike madrasser standard, mens andre har det til alle respiratorpasientene fordi det hadde vært fokus på å få midler til det (på sykehuset). Noen beskriver at noen steder er det en selvfølge å ha luftmadrasser, mens andre steder blir det ved mer spesielle tilfeller, og da blir det kanskje personavhengig hvem som står på for pasienten.

En sykepleier beskriver at luftmadrass kanskje har med kulturforskjeller eller personlige ressurser å gjøre fordi de har mere menneskelige ressurser i Norge sammenlignet med andre europeiske land. Stort sett er det mange nok sykepleiere og at de kanskje i større grad får snudd pasientene. En annen ting som nevnes er at manglende erfaring med den type utstyr kanskje gjør at terskelen for å ta det i bruk kan være høyere.

Noen har mulighet for å leie inn spesialmadrasser med lufttrykk som sirkulerer eller spesialsenger til pasienter som trenger det, men disse tar det ofte tid å få, slik at skaden allerede kan være skjedd. Spesialsengene kan ha program som vipper sakte på pasienten, og de kan snus i flere retninger. Sykepleierne sier at de alltid har pasienter som har behov for disse spesialsengene. Noen har intensivsenger som kan vinkles og stilles slik at de får sideforandring, mens de fleste beskriver de har standard intensivsenger uten denne muligheten.

Det blir uttrykt at det er flere pasienter som ikke får riktige senger og madrasser. Det er for få med vekseltrykk, og det er tilfeldig hvem som havner i disse. En av informantene sier at de pasientene som får sorte heler kanskje kunne vært forebygget med vekseltrykk. Ikke alle pasientene skal ha Tempurmadrass. For eksempel bør hjertestanspasientene ha en annen madrass når de kjøles ned fordi Tempurmadrasser trenger kroppsvarmen til pasienten for at de skal formes. Disse pasientene er ofte hemodynamisk ustabile over tid og tåler ikke å bli snudd, og blir da liggende på en hard madrass i så mye som to til tre døgn.

En informant sier det finnes gode forebyggende trykkavlastende bandasjer til heler og sacrum og har god erfaring med disse. Sykepleierne legger også vekt på at utstyr må være lett tilgjengelig. Annet utstyr som beskrives er de røde sklidukene. De er lett tilgjengelig og brukes hyppig.

Sykepleiernes forslag til forbedringer er å ha bedre kvalitet og tilgang på madrasser, og at det er et bevisst valg hvilken madrass pasienten får. Det er viktig å ha et lager hvor

de alltid kan få tak i madrass. De kan ringe portør og få de opp med en gang uten å måtte løpe sykehuset rundt og lete. Det blir også foreslått å ha en hyppigere utskifting av madrassene i intensivsengene fordi en del av dem er litt for slitte.

3.3.3 Subkategori: Tidspress og bemanning

En sykepleier beskriver at det er mye de skal være opptatt av og mye de skal passe på. Har de for eksempel en pasient som er hemodynamisk ustabil eller det er noe med pusten, kanskje begge deler, da er det fullt fokus på dette, og da kan det ha gått halve vaktene eller mer uten at de har rørt på albuene, eller på helene.

«Pasientene holder ikke på å dø alle dagene, men det kan bli en grobunn. Har det vært mange dager hvor vaktene har gått sånn så blir det sår. Mange travle vakter så blir det sår». (Mia)

På noen pasienter kunne de ha vært flinkere til å forebygge, sier en sykepleier, men ofte er pasientene så dårlige at de ikke kan snu på dem, eller de er så dårlige at de nedprioriterer å snu.

«Dagen går ofte så fort at man må bare holde de i live i stedet for å forebygge trykksår. Det er ofte disse pasientene som får røde heler». (Laila)

«Snuing kommer nederst på listen når du er sliten. Det er munnstell og snuing som ryker. Det betyr at det er en annen prioritering. Sånn er jo vår avdeling. A-B-C som kommer først. Du hadde ikke droppet å skifte den Noradrenalinsprøyten.» (Elise)

«Konsekvensene er ikke så åpenbare. Man hadde ikke droppet å skifte den Noradrenalinsprøyt, eller tracheal suge hvis det var tett». (Mia)

Bemanning beskrives som viktig i forebygging av trykksår. De trenger hender og tid til å gjøre det. Det kan ta tid å organisere hvis de er en sykepleier per pasient og på natt kan det være vanskelig å få hjelp til å snu. Det er viktig at de har nok folk, men også at de organiserer ressursene de har. De får til mye hvis de vil. De beskrives at det er mange situasjoner hvor pasienten bare blir liggende fordi de har så mye annet å gjøre. Noen har skrevet avvik når det er blitt observert trykksår og det har vært dårlig bemanning som har gjort at de ikke har tid til å snu.

4 Diskusjon

Studiens hensikt var å beskrive sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår til akutt kritisk syke pasienter på intensiv- og overvåkningsavdelinger. I resultatdiskusjonen har jeg valgt å diskutere funn opp mot retningslinjer og tidligere forskning som kyttes til studiens tema, samt hvilken betydning dette har for klinisk praksis. Avslutningsvis diskuteres studiens troverdighet i metodekapitlet.

4.1 Resultatsdiskusjon

4.1.1 Kategori 1: Gode holdninger, men vanskelige prioriteringer

4.1.1.1 Subkategori: Positiv holdning

Studien viste at sykepleierne har en positiv holdning/innstilling til forebygging av trykksår men det er en del utfordringer for å kunne forebygge optimalt. Beeckman et al fant i sin studie at positiv holdning blant annet er av betydning for om forebygging blir utført på en tilfredsstillende måte (Beeckman et al., 2011.)

Sykepleierne uttrykker at forebygging av trykksår er viktig og er en av intensivsykepleierens viktigste oppgaver. Sykepleiere er hos pasientene hele døgnet og det er da naturlig at de har et ansvar i forebyggingen (Tweed & Tweed, 2008). Forebygging er et av ansvarsområdene i funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, 2002).

Trykksår forårsaker mye smerte, lidelse, forlengelse av sykehusopphold og i verste fall død for pasienten. Sykepleierne uttrykker at selv om sårene ikke er dype og alvorlige så kan konsekvensen medføre plager for pasientene. Studier viser at pasienters opplevelse av trykksår kan påvirke deres livskvalitet følelsesmessig, mentalt, fysisk og sosialt (Essex et al., 2009, Gorecki et al., 2012, Hopkins et al., 2006, Spilsbury et al., 2007). Forskning viser at 60 000 pasienter dør i USA hvert år som følge av komplikasjoner relatert til trykksår som er oppstått på sykehus (Krupp & Monfre, 2015).

Trykksår er også et kostbart problem for helsevesenet, og informantene i noen fokusgrupper reflekterte rundt økonomiske aspekter ved forebygging og sier det måtte være mere økonomisk å forebygge enn å behandle. I USA brukes det hvert år store ressurser på trykksårbehandling i forbindelse med sykehuservervede trykksår (Krupp & Monfre, 2015). Det er uvisst hvor mye ressurser som brukes på dette i Norge, men en britisk studie viser at fire prosent av Storbritannias helsebudsjett går med til sårbehandling.

Trykksår er et problem som kan forebygges med enkle tiltak og det hevdes at 95 prosent kan forebygges (Lindholm, 2018). I 2014 organiserte National Pressure Ulcer Advisory Panel en konsensuskonferanse for å belyse spørsmålet om trykksår var uunngåelig og kom frem til at de er det i visse situasjoner (Edsberg et al., 2014).

4.1.1.2 Subkategori: Fokus og prioriteringer

Flere sykepleiere sier at de har fokus på trykksår, men mangler systematikk i arbeidet. Det går mye på personlig engasjement og interesse. I følge NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014)

sin retningslinje anbefales en systematisk tilnærming til forebyggingen. Sykepleierne sier at det ikke er lett å ha fokus på alt de ønsker å ha fokus på, og forebygging av trykksår blir da prioritert ned fordi det er så mange andre oppgaver som også er viktige. Forebygging av trykksår er en av mange viktige oppgaver som sykepleierne har, og de uttrykker at det kan være vanskelig å ha fokus på alt de ønsker å ha fokus på når de har ustabile og dårlige pasienter. Da blir forebygging skjøvet nedover på listen av oppgaver fordi de må prioritere å redde liv først.

Noen sykepleiere uttrykker at de fleste tenker på forebygging; de har det alltid i bakhodet og det går automatisk, og er en ubevisst prosess. Det ligger i underbevisstheten når de snur, at ledninger blir tatt bort, de ser de må endre leie, dra i puta. Dette gjøres uten at de tenker at de bevisst forebygger. En annen sier at forebygging sitter i ryggmargen fordi dette er de opplært til. Kanskje er dette kunnskap som de har ervervet seg gjennom mange års erfaring og som de etter hvert gjør automatisk. Sollie (2009) beskriver at i Benner sin teori («Fra novise til ekspert») om ulike utviklingstrinn i klinisk sykepleie har eksperten en dyp, intuitiv, forståelse av situasjonen, slik at passende tiltak raskt kan velges (Solli, 2009). Stor erfaringsbakgrunn gjør at sykepleieren er selvstendig, rask og sikker på sin vurdering. Videre beskrives det at det tar omtrent fem år med analytisk jobbing innenfor samme område for å fungere på ekspertnivå. Det kan være at de erfarne sykepleierne som beskriver at forebyggingen av trykksår sitter i ryggmargen og at det skjer ubevisst er kommet til ekspertnivået. Sollie (2009) beskriver også at utvikling av sykepleierens handlingsberedskap frem til handlingskompetanse går gjennom ulike nivåer og enhver som begynner på et nytt sted/avdeling må gjennomgå novisettrinnet for en kortere eller lengre periode. Dette kan da kanskje overføres til nye sykepleier/intensivsykepleiere som begynner å jobbe med kritisk syke. I studien beskrives noen at som ny kan det være vanskelig å gjøre vurderinger på om pasienten kan tåle å bli snudd, eller om de skal la pasienten ligge fordi de følte at de ikke hadde nok erfaring til å vurdere dette. De observerte at sykepleiere med erfaring stort sett turte å snu pasienter som var veldig dårlig, men som ny sykepleier og med mindre erfaring opplevdes dette vanskelig å vurdere.

I studien uttrykker sykepleierne at kunnskapen til sykepleierne er viktig i forebyggingen, og at det er viktig at sykepleierne videreformidler kunnskapen de har ervervet seg til nye sykepleiere/sykepleiere med mindre erfaring enn den egne. Det er viktig at nye sykepleiere har erfarne å gå sammen med, men at de nye allikevel har ansvar for egen kompetanse. De har ansvar for å spørre om det er noe de er usikre på. Det påpekes at det er dumt hvis pasienten får trykksår fordi man er redd for å gjøre noe galt, eller er redd for å spørre. Det kan være vanskelig for nye sykepleiere å ha oversikt over alt, og se alt. Sykepleierne påpeker viktigheten av at også de erfarne har ansvar for å hjelpe de nye og høre hvordan det går, eller spørre om de trenger hjelp.

Noen sykepleiere beskriver at noen pasientgrupper med høy risiko for trykksår jobber de veldig aktivt med for at de ikke skal få trykksår, og mange klarer de å få igjennom et helt intensivforløp uten trykksår, mens andre i samme pasientgruppe lykkes de ikke med. Kritisk syke har mange faktorer som gjør de sårbare for å utvikle trykksår, og i noen tilfeller er trykksår uunngåelig på grunn av veldig høy risiko, eller at forebyggende tiltak er enten kontra indisert eller utilstrekkelige (Edsberg, 2014).

Sykepleierne sier det er viktig å være bevisst at det gjøres små justeringer hvis de har ustabile pasienter og ikke kan snu, eller pasienter ikke tåler å bli snudd helt over på siden. De uttrykker at det ofte er lite som skal til for å forbygge et sår, og det er da

viktig å være bevisst de tiltakene de kan gjøre hos de pasientene som er dårlige og ustabile. De beskriver små justeringer som å endre litt på sengens helning slik at tyngdepunktet endres, eller strekke på stikklakenet.

Sykepleierne beskriver at noen pasienter kan være vanskelig å få med på forebyggingen fordi de ikke vil snu seg, eller ligge på siden. Noen kan være delvis våkne, kanskje uklare eller deliriske. Da beskriver sykepleierne at de kommer i et dilemma, for de vet hvor viktig det er med leieendring, og det blir kanskje ikke så ofte leieendring som på pasientene de passivt kan snu på for det er så mye motstand. Sykepleierne beskriver her at de «lurer seg til litt»; «så godt med en pute under kneet her», «skulle vi dratt litt i lakenet ditt» og slik få flyttet litt på tyngdepunktet. De beskriver at bare ved å legge en liten pute slik at det blir en «liten vipp» gjør mye på det trykket. De internasjonale retningslinjene (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014) anbefaler sterkt stillingsendring av alle pasienter som er i risiko for å utvikle trykksår, og de anbefales å bruke en 30 graders tiltet sideleie dersom pasientens tilstand tillater det. En studie har vist at maks 20-30 grader helning på sengen i sideleie eller ryggleie kan ha betydning for forebygging av de dype skadene, men det må ytterligere studier til for å konkludere noe (Oomens *et al.*, 2016). I denne studien sier sykepleierne at de har gode rutiner på å snu pasientene hver 2-3 time, og dette samsvarer med anbefalinger i den internasjonale retningslinjen (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014).

Sykepleierne sier at de må vite at det er et problem for å kunne ha fokuset på det. Flere informanter sier de ser lite trykksår nå sammenlignet med tidligere. En grunn til det kan kanskje være at de ikke anser trykksår som et problem, eller at de ikke identifiserer de røde merkene som trykksår grad 1. Flere informanter uttrykte ut i forløpet i fokusgruppene at de kanskje ikke hadde nok kunnskaper på trykksår grad 1 til å kunne identifisere disse. En studie fra Canada viste at bare 29 % av sykepleierne i studien hevdet at trykksår var en hyppig forekomst. Studier viser at det er størst forekomst av trykksår grad 1 og 2 (Moore *et al.*, 2015, Bredesen *et al.*, 2015, Vanderwee *et al.*, 2007, Gunningberg, 2005). Ved å oppdage disse tidlig kan man forhindre/forebygge videre utvikling av disse. Sykepleiere foreslår undervisning om trykksår og trykksårkategorier for å få økt kunnskap til å identifisere trykksårene. Bredesen *et al.*, 2016) beskriver i sin artikkel ulike undervisningsmetoder som kan benyttes for å øke kompetansen på kategorisering av trykksår og risikovurdering pasienter for trykksår er simulering, e-læring og diskusjon i grupper og fokuset på pasientsikkerhet. Opplæring samt refleksjon er viktig for ferdigheter i risikovurdering. (Bredesen *et al.*, 2016) sier at i avdelinger med høy turnover og liten tid for opplæring kan e-læringsprogrammer være et godt alternativ til klasseromsundervisning, og det kan være en effektiv metode da sykepleierne kan ta programmet på egenhånd, og programmet og testene kan gjentas til sykepleierne blir dyktige (Bredesen *et al.*, 2016).

Ledelsen sitt fokus på forebygging av trykksår blir beskrevet som varierende. En av sykepleierne hadde fått svar at trykksår var gammelt nytt i pasientsikkerhetsprogrammet. Det var implementert, og man trengte ikke å fokusere på det, men det er få sykepleiere i denne studien som beskriver at de kjenner til og jobber etter en retningslinje for forebygging av trykksår. På bakgrunn av dette kan det se ut som implementeringen ikke har vært tilstrekkelig/eller ferdig, eller at ledelsen tror det tiltakene fungerer. Ifølge Modell for kvalitetsforbedring (Konsmo *et al.*, 2015) skal det etter utførelse av forbedringstiltak; som her er tiltakspakken for forebygging av trykksår eller implementering av en retningslinje evalueres om forbedringene er tilstrekkelige eller det er behov for ytterligere forbedringer (Konsmo *et al.*, 2015) . Registrering av avvik på

trykksår er en måte å evaluere forbedringene på, men ifølge sykepleierne i denne studien skrives det sjelden avvik. Årsaken til dette ble det ikke stilt utdypende spørsmål om i fokusgruppene. Da det ikke sendes avvik på trykksår ser heller ikke ledelsen at trykksår er en utfordring, og heller ikke at det er behov for bedre senger og madrasser uttrykker en av informantene.

Studier viser at for å lykkes med implementering er ledelsen en viktig faktor. For å bygge en kultur der pasientsikkerhet er høyt vektlagt, er aktive og engasjerte ledere som både gjennom ord og handling viser at kvalitet er viktig. De har en avgjørende rolle i å starte opp, og legge forholdene til rette for at det avsettes tid og ressurser til forbedringsarbeid, og må skape en sosial prosess hvor alle som berøres involveres og deltar. En annen viktig faktor er hvor høyt pasientsikkerheten prioriteres av de ansatte (Aase, 2015), 2015). Det er leders ansvar på sitt nivå at relevante tiltakspakker; her tiltakspakke for forebygging av trykksår, blir implementert, og at sykepleierne har tilstrekkelig kompetanse i forbedringsarbeid, også ansvar i å følge opp resultatene (Pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Sykepleiere sier at forebygging av trykksår blir sjelden tatt opp på avdelingene fordi det er mange andre viktige temaer, og andre beskriver at de har hatt fokus og diskusjon om temaet. Noen beskriver ledere som er engasjerte og de får mulighet til å planlegge noe i forhold til temaet og videreformidle dette til de andre sykepleierne i avdelingen. Noe sier det må komme fra ledelsen dersom avdelingen skal ha fokus på forebygging. Ressurspersoner/grupper beskrives som positivt, men kan også være vanskelig å holde i gang og få til å samles. Det må være nok tid og bemanning til at ressurspersonene kan være ute av avdelingen og jobbe med det, spre kunnskapen til de andre sykepleierne og få de interessert, mens andre sier det kan være av betydning å ha ressurspersoner som er interessert og snakker om det i avdelingen.

4.1.2 Kategori 2: Behov for bedre systematikk

4.1.2.1 Subkategori: Tilfeldig risikovurdering

Sykepleierne sier at det er viktig at de er bevisst på at trykksår er et problem, og må begynne å tenke at alle pasientene de har er i risiko for trykksår og forebyggingen må starte med en gang. I tiltakspakken for forebygging av trykksår i Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 anbefales vurdering av trykksårrisiko for alle nyinnlagte pasienter innen fire timer (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). Det anbefales å risikovurdere tidlig etter ankomst og at det gjentas regelmessig, eller når pasientens tilstand betydelig endres (Torra i Bou *et al.*, 2006). Risikovurderingsverktøy skal være et verktøy som skal hjelpe sykepleierne sammen med deres kliniske vurdering å identifisere pasienter i risiko (Torra i Bou *et al.*, 2006). Risikovurderingsverktøyet Braden er det som har best validitet etterfulgt av Norton, men det finnes ikke noe spesifikt risikovurderingsverktøy som er validert for intensivpasienter (Torra i Bou *et al.*, 2006). Risikovurderingsverktøy alene er ikke er godt nok for å vurdere risiko, men anbefales å brukes sammen med klinisk vurdering (EPUAP, NPUAP, PPPIA, 2014).

Sykepleierne sier at de ikke gjør en systematisk vurdering om pasientene er i risiko for å utvikle trykksår. De vurderer risiko ut fra en klinisk vurdering, men det er personavhengig og tilfeldig. Vurderingene avhenger av den enkelte sykepleiers kunnskap og erfaring og pasientens tilstand. Dette kan medføre at sykepleiere med ikke gode nok kunnskaper ikke identifiserer pasienter i risiko og forebyggende tiltak ikke iverksettes. I denne studien beskriver sykepleierne at de vurderer pasientens status og

bakgrunnshistorie. Observerer huden visuelt og de kjenner på huden til pasienten om den er varm, kald, klam, og vurderer om den er tynn og skjør, eller har ødemer. Under stell beskriver de at de får inspisert hele huden til pasienten. Aktivitet og mobilitet blir også vurdert.

Sykepleierne i denne studien beskriver de samme risikofaktorer og pasientgrupper i risiko for å utvikle trykksår som beskrives i retningslinjen til NPUAP, EPUAP, PPIA (2014). I studien til Johansen *et al.*, (2014) viste at risikofaktorer og risikopasienter ble identifisert uansett om risikovurdering ble gjennomført ved hjelp av klinisk vurdering eller formell strukturert risikovurdering, og det ble iverksatt relevante forebyggende tiltak i begge land (Johansen *et al.*, 2014) Noen sykepleiere i min studie sier at de kanskje ikke trenger å benytte risikovurderingsverktøy til intensivpasientene fordi alle vil være i risiko. Videre var funn i studien til Johansen *et al.*, (2014) at bare fem prosent av pasientene i Norge ble risikovurdert ved ankomst sammenlignet med Irland hvor 85% ble risikovurdert, men risikovurdering resulterte ikke nødvendigvis i at planlegging og gjennomføring av hensiktsmessige forebyggende tiltak for trykksår ble utført.

Noen sier at risikovurdering sitter litt i ryggmargen, for dette er de opplært til. Andre beskriver at det ligger i underbevisstheten og går automatisk. Det er litt opp til hver enkelt hva de har fokus på, hva de har tid til, og hva andre ting som feiler pasienten. En studie av Johansen *et al.* (2014) viste at risikofaktorer og risikopasienter ble identifisert uansett om risikovurdering ble gjennomført ved hjelp av klinisk vurdering eller formell strukturert risikovurdering.

Fordi utvikling av trykksår har konsekvenser både for pasienten og helsetjenesten anbefales det og risiko vurderer pasienter slik at pasienter i risiko blir identifisert og får tilpassede forebyggende tiltak (NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014). Komplet hudvurdering er inkludert som en del av risikovurderingen for å kunne evaluere eventuelle forandringer i intakt hud. I en studie av (Moore *et al.*, 2015) hvor de undersøkte studier på risikovurdering og forebygging av trykksår i Skandinavia, Island og Irland fant de mangler i både bruk av risikovurderingsverktøy og kliniske vurderinger. Praksis tydet på at noen pasienter i risiko ikke ble vurdert for trykksårerisiko, og der hvor risikovurdering ble utført var det ikke nødvendigvis en pleieplan (Moore, Johansen and van Etten, 2013). Mangelfull sykepleiedokumentasjon, sammen med mangel på bevis for stillingsendring og bruk av hensiktsmessig trykkavlastende underlag ble også identifisert, noe som kan indikere på mangel på en systematisk tilnærming til forebygging av trykksår (Moore, Johansen and van Etten, 2013). Dokumentasjon diskuteres nærmere i 4.2.3. En annen studie av Moore *et al.* fant de at bare åtte prosent av pasientene i studien ble risikovurdert ved ankomst på sykehuset. (Moore *et al.*, 2015)

I Norge har bruken av numeriske risikovurderingsverktøy som Braden, Norton og Waterlow ikke vært utbredt (Johansen *et al.*, 2014). For å forebygge trykksår kreves det at risikopasienter identifiseres og det iverksettes forebyggende tiltak. I forbindelse med utarbeidelse av anbefalinger til tiltakspakken for forebygging av trykksår i pasientsikkerhetsprogrammet ble det foreslått en strukturert tilnærming til risikovurdering basert på immobilitet og klinisk vurdering som et alternativ til bruk av ulike skjemaer (risikovurderingsverktøy) for å identifisere de som var i risiko. Dette ble begrunnet med at det ikke er bevist gjennom forskning at risikovurderingsskjemaer er bedre enn klinisk vurdering (Johansen *et al.*, 2017). Det blir anbefalt en ikke-numerisk tilnærming basert på immobilitet og klinisk vurdering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet for å identifisere de som er i fare. Det kan se ut som at

sykepleierne i denne studien benytter denne tilnærmingen, men at systematikken mangler.

Johansen et al, 2017 sier at denne er vanlig å benytte på norske sykehus og det kan tyde på at det anses å være gyldig og nyttig av klinikere. Johansen et al sier det bare er publisert en liten studie (Holter og Skogestad, 2016) om bruken av denne tilnærmingen, men studien konkluderte med at denne tilnærmingen med tre spørsmål var enkel og trygg for pasienter i medisinske avdelinger, men det er behov for å utføre forskning for å vurdere om det eksisterende verktøyet bidrar til pasientsikkerhet eller faktisk er en risikofylt virksomhet (Johansen, 2017).

4.1.2.2 Subkategori: Behov for økt kunnskap om trykksår

Kunnskapen blant sykepleierne om hva de identifiserte som trykksår er varierende. Hva sykepleierne beskriver og definerer som trykksår er noe forskjellig. Noen av informantene hadde kunnskap om trykksårdefinisjonen og klassifiseringsverktøyet fra EPUAP (2014), mens andre beskriver «røde merker» som ikke forsvinner mellom sningene. Andre sier at pasientene har ikke «sår slik de forbinder med decubitus», og noen beskriver tidlig tegn som «avbleking» eller «rødt punkt» og andre sier «dypt trykksår». Etter refleksjon i noen av fokusgruppene på hva trykksår er, kom flere informanter fram til at de kanskje manglet kunnskaper om å identifisere begynnelsen på trykksårene og at de røde merkene kunne være trykksår grad 1. Noen uttrykte at det kanskje var andre kollegaer som ikke var med på fokusgruppeintervjuet som heller ikke ville identifisert de røde merkene som trykksår. Disse funnene samsvarer med en tidligere studie hvor de fant at kunnskap om definisjon av trykksår ble ansett som lav (Beeckman *et al.*, 2011). Sykepleierne sier de er oppmerksomme når de observerer de røde merkene/trykkmerkene og gjør tiltak i forhold til disse med leieendringer, og uttrykte at de gjorde noe bra ved å gjøre leieendringer selv om de ikke hadde identifisert trykksåret. I en studie av Thoroddsen *et al.*, (2013) viste at det var få trykksår i kategori 1 som var dokumentert. Om dette var for dårlig dokumentasjons praksis eller mangel på kunnskap om trykksår er usikkert, men det er viktig å kunne identifisere kategori-1 trykksår fordi huden er intakt og det er mulig å reversere skadene.

Sykepleierne beskriver det kan være vanskelig å kategorisere trykksår for det er ikke alle sår som er trykksår. De må vite hva definisjonen på trykksår er og kjenne til årsaken til såret for å si om det er det. Flere kjenner definisjonen og beskriver at trykksår er et sår som er kommet av trykk i kombinasjon med skyvende eller skjærende krefter, men det er også sykepleiere som ikke kjenner til definisjonen for trykksår. Fuktsår kan forveksles med trykksår, og i studien var det flere som beskrev at de forvekslet fuktsår (IAD) med trykksår. Dette viser også Defloor og Beeckman (Defloor and Schoonhoven, 2004, Beeckman *et al.*, 2007, Beeckman *et al.*, 2008) i sine studier at diagnostisering av trykksår i kategori 1 kan feil diagnostiseres, og det kan være forvirring om hva som defineres som trykksår. I følge Beeckman er det vanskelig og diagnostisering av IAD, og skille de fra overfladiske trykksår, fordi klinisk kan de se like ut, men de underliggende etiologiske faktorene og hvordan du behandler er forskjellig, men inkontinens og IAD kan være risikofaktorer for utvikling av trykksår (Beeckman, 2017).

Sykepleierne beskriver at trykksår ikke synes med en gang og resultatet av det som har vært forut ser de senere i forløpet. Dette gjør at de nødvendigvis ikke ser resultatet av det de har påført pasienten før pasienten eventuelt flytter videre. De sier det er viktig å kjenne igjen de tidlige tegnene. I starten kan de se avblekning eller et rødt punkt. Skaden har allerede skjedd og utviklingen av såret kommer etter hvert. Sykepleierne

beskriver det er viktig å ha fokus på avlastning for å ikke forverre skaden som allerede kan være skjedd. Flere sykepleiere beskriver blå/sorte hæler som kan komme etter noen dager etter ankomst avdelingen og hvor skaden da allerede kan ha skjedd før pasientene kommer til dem. Helen et utsatt sted på grunn av Det benyttes sjelden forebyggende tiltak før pasientene kommer til sykehus (Bååth et al, 2016). En studie av Bååth et al (2016) hvor de undersøkt effekten av å sette på en helbeskytter av ambulansespersonell, hos eldre pasienter (over 70 år). I studien fant de at forekomsten av trykksår ble redusert hos disse pasientene, og pasientsikkerheten kan økes ved at forebyggingen av trykksår på helene kan starte før ankomst på sykehuset (Bååth *et al.*, 2016). Dette kan ha betydning for de pasientene som sykepleierne i undersøkelsen beskriver ligger lenge «ute» før de kommer til sykehuset, eller ligger på harde underlag (båre i ambulansen) og kanskje i tillegg er dårlig sirkulerte. Pasientene kan i tillegg bli liggende lenge på rygg i mottagelsen, under videre behandling på sykehuset før de kommer på avdelingene og blir lagt i seng.

Sykepleierne foreslår ulike tiltak for å øke kunnskapen/kompetansen på trykksår blant sykepleierne. De foreslår fagdager med undervisning om trykksår og gradering av trykksår. Dette sier det er viktig slik at de tenker og gjør likt. For å bedre pasientsikkerheten er det viktig at sykepleierne har kunnskap om trykksår og kunne identifisere kategori 1 og iverksette forebyggende tiltak så tidlig som mulig slik at de ikke forverres. I en studie av Beeckman *et al.*, (2008) hvor de undersøkt om et e-læringsprogram kunne forbedre kunnskapen til sykepleierne på å klassifisere trykksår. De fant at både vanlig undervisning og e-læringsprogrammet økte kunnskapene på forskjellen mellom fuktskader og trykksår, men at det må gjentas. Fordelen med e-læring var at det var mulig å gjøre alene, og kunne derfor være svært egnet for repetisjon av treningen (Beeckman *et al.*, 2008). I en studie av Bredesen et al ønsket å utvikle og teste et e-læringsprogram for vurdering av trykksårrisiko og trykksårklassifisering. De fant i sin studie at e-læringsprogram ikke forbedret risikovurdering med Braden skalaen. Et e-læringsprogram synes å ha større effekt på nøyaktigheten av trykksårklassifisering enn klasseromundervisning på kort sikt. Men etter tre måneder var det ingen signifikante forskjeller i klassifikasjonsferdigheter mellom gruppene. (Bredesen *et al.*, 2016).

4.1.2.3 Subkategori: Behov for bedre dokumentasjon

Sykepleierne beskriver at dokumentasjon er viktig del av sykepleiepraksis, og det har vært fokus på behandlingsplaner i DIPS, men det brukes ikke nok. Sykepleierne foreslår som forbedring at de ikke bare ser og har fokus på forebygging, men de må ta det videre i dokumentasjonen også. Å dokumentere risikovurdering og hudvurdering daglig viser at de har fokus på det, gir oversikt ved at de kan hake av at de har sjekket, og gått over trykkutsatte steder. Retningslinjen anbefaler at alle risikovurderinger skal dokumenteres, og det skal i tillegg utarbeides en persontilpasset behandlingsplan for forebygging av trykksår til de pasienter som har identifisert trykksårrisiko (NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014).

Bruk av risikovurderingsverktøy blir ikke nødvendigvis etterfulgt av dokumentasjon av forebyggende tiltak (Moore *et al.*, 2015). Flere studier viser at sykepleierne kan forbedre kvaliteten på dokumentasjon av sykepleietiltak (Jordan O'Brien and Cowman, 2011, Gunningberg *et al.*, 2001, Gunningberg and Ehrenberg, 2004, Bååth *et al.*, 2007). Mangelfull sykepleiedokumentasjon, sammen med mangel på bevis for stillingsendring og bruk av hensiktsmessig trykkavlastende underlag er også identifisert, noe som indikerte mangel på en systematisk tilnærming til forebygging av trykksår (Moore, Johansen and van Etten, 2013).

Risikovurdering dokumenteres lite. Retningslinjer anbefaler at alle risikovurderinger skal dokumenteres, og hos pasienter i risiko for å utvikle trykksår skal det utarbeides en behandlingsplan med individuelle/persontilpassede forebyggende tiltak (NPUAP, EPUAP, PPIA, 2014). I studie av Moore et al., (2015) fant de at bare 15 % av pasienter i risiko hadde dokumentert plan for stillingsendring i seng, og ingen hadde dokumentert plan for stillingsendring i stol. Av de som var inkontinente hadde 13 % dokumentasjon på hudpleie.

Sykepleierne beskriver utfordringer med bruk av behandlingsplan, og det er ulik praksis for hvordan de dokumenterer forebyggingen i behandlingsplanen og det er ulike oppfatninger om hva skal dokumenteres og hvor. Ofte legger de det ikke inn i behandlingsplanen før pasientene har fått sår. Sykepleierne beskriver at i behandlingsplan i DIPS skal de skrive om det som er et problem. Dette er kanskje en grunn til at det ikke dokumenteres før det har blitt et trykksår. Så lenge det ikke er et problem så skal de følge standarden for intensivsykepleie, og der er det underforstått at de skal passe på huden. Andre beskriver at de uansett snur pasienten så de synes det er unødvendig å ha det med i behandlingsplanen, eller huden dokumenteres som hel hud under evaluering. I studien til Johansen et al., (2014) viste at det var manglende sammenheng mellom risikovurdering og den dokumenterte planen for pleien.

Noen sykepleiere beskriver at de har begynt å benytte «risiko for» eller «risiko for leiringsskade» i behandlingsplanen. Andre har observert at «risiko for» momentet noteres i behandlingsplanen, men kanskje ikke så ofte. Sykepleierne beskriver at det er viktig å få det de gjør systematisk inn behandlingsplanen. Det er en del av rutinen som det å snu. En av informantene sier at når det står i behandlingsplanen så er det noe de må *ta stilling til*, men at man trenger ikke skrive den samme setningen hele tiden i evalueringen hvis det ikke er noen endring.

Sykepleierne sier at behandlingsplanen er *veldig* viktig for det som de ville sagt muntlig til hverandre om huden. Det *må* inn der slik at neste sykepleier som kommer på vakt vet. De sier «obs her begynner det å bli litt rødt», «den pasienten får lett merker, og hvor». Det er viktig å gjøre dette med en gang, slik at det ikke får utvikle seg og det gjør at alle følger med, og vet hva de skal se etter. Hvis pasienten ikke har noen obs tegn er det generelt. Sykepleierne er positiv til behandlingsplanene fordi den kommer opp med en gang. Tidligere skrev de i evalueringen, men da måtte de ha tid til å kunne lese tilbake i tid. Ved å bli flinkere til å benytte behandlingsplanen kan det også bli fulgt opp videre på sengepost.

Flere sykepleiere sier at de nå kan dokumentere om pasienten har sår eller ikke i Metavision (ikke alle bruker det). Det er da veldig tydelig at pasienten har et trykksår dersom det registreres. Den er tallfestet og det ligger også bilder og differensial diagnoser slik at de kan skille på om det er fuktsår (IAD) eller trykksår. Flere av sykepleierne som benytter Metavision er ikke kjent med denne forbedringen/oppdateringen. De andre sykepleierne som ikke benytter Metavision ønsker et felt for huden på sin overvåkingskurve der de kan skrive null eller en, eller kategorisere sårene for da kan de også dokumentere at de følger med. Studier viser at det er mangelfull dokumentasjon på trykksår (Thoroddsen et al., 2013) (Jordan O'Brien and Cowman, 2011). I denne studien var det få som benyttet trykksårkategoriene i rapportering eller dokumentasjon, men flere beskriver viktigheten av å ha et felles instrument, et felles språk, slik at alle for eksempel vet hva kategori 1 er. Sykepleierne uttrykker at det er veldig bra at det er kommet i Metavision for det er deres daglige

dokument hvor de kan skrive noe hver dag, eller hver time hvis de vil det. De foreslår at undervisning på graderingen av trykksår er viktig slik at de tenker og gjør likt. Da kan de få det opp på nivå med respirasjon og sirkulasjon som blir dokumentert hver time. Det beskrives mulighet for å overdokumentere i Metavision og det er viktig å være bevist på dette, for den elektroniske dokumentasjonen tar tid og letter ikke arbeidet med pasienten.

4.1.3 Kategori 3: Behov for bedre tilrettelegging

4.1.3.1 Subkategori: Behov for bedre rutiner

Som nevnt og diskutert tidligere i resultatdiskusjonen beskriver sykepleierne at de mangler gode rutiner for risikovurdering, og rutiner for dokumentasjon i forebyggingen dette blir ikke diskutert ytterligere. Sykepleierne uttrykker at det er viktig å få rutiner

Flere sykepleiere er ikke kjent med forbedringer og oppdateringer i dokumentasjonssystemene fordi dette har kommet etter hvert og informasjonen vedrørende dette har ikke nådd frem til sykepleierne. Dette er mulighet for; å dokumentere at hudvurdering er utført, å registrere trykksår og kategorisere trykksårene, samt ligge bilder og forklaring på trykksårkategoriene og IAD, og i Dipps er det kommet en veiledende behandlingsplan for forebygging av trykksår.

Det blir skrevet lite avvik på trykksår. Trykksår er en pasienthendelse som har skjedd på sykehuset. Pasienten har fått en skade som han ikke kom inn med. Sykepleierne sier at å skrive avvik kan synliggjøre behov for eks utstyr eller hva vi må ha mere fokus på.

Sykepleierne sier det er vanskelig å holde seg oppdatert for de skal ha fokus på så mye. Det er mange nye rutiner og prosedyrer å sette seg inn i fordi det er så mye som implementeres. De opplever at prosedyrene er lite tilgjengelig og vanskelig å finne og ender derfor opp med at det ikke blir gjort fordi en ikke finner de.

Tiltak som blir mest benyttet er stillingsendring og mobilisering selv om dette ofte ikke bevisst er i forhold til forebygging av trykksår. Tiltak som sykepleierne gjør av andre grunner, men som også har betydning for forebygging av trykksår. Hudpleie blir sett på som en del av stellet og ikke som en bevisst del av forebygging av trykksår. Det er det samme med ernæring hvor sykepleierne uttrykker at det kan være litt vanskelig å se ernæring i sammenheng med risiko for trykksår. Noen beskriver at de har tilgang på ernæringsfysiolog som kommer og vurderer pasientene som ligger lenge. Retningslinjen anbefaler å undersøke ernæringsstatus hos alle pasienter som har trykksårrisiko eller trykksår ved innleggelse eller endring i den kliniske tilstanden (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014). Dokumentasjon av ernæringspraksis ved et universitetssykehus i spesialisthelsetjenesten var mangelfull. Pasientjournaler manglet informasjon om ernæringsmessig risiko og få pasienter med ernæringsmessig risiko hadde oppfølging (Kårstad et al, 2018)

Sykepleierne sier det er behov for bedre rutiner med inspisering av huden under trombosestrømpene og det er viktig med økt bevissthet om pasienten skal ha trombosestrømpe eller ikke, for ikke alle pasienter skal ha det. De observerer ofte trykksår etter strømpene. Det er lite studier som ser på komplikasjoner forårsaket av kompresjonsstrømpene, men det er flere tilstander hvor de ikke anbefales på grunn av komplikasjonsfaren (Rapport fra Nasjonalt Kunnskapscenter nr 28-2008, Blaivas, 2008, Robertson, 2014)

4.1.3.2 Subkategori: Behov for bedre tilgjengelighet og kvalitet på utstyr

Sykepleierne er opptatt av kvaliteten på madrassene, men flere beskriver at det generelt er lite fokus på madrasser. Madrassene i de vanlige sengene er generelt dårlige og det er mangel på spesialmadrasser og intensivsenger. En studie av Johansen et al, 2015 som sammenlignet madrasser i Norge og Irland viste at standardmadrassene var mye bedre på irske sykehus. Dette beskriver Johansen et al var et overaskende funn da Irland har dårligere økonomi enn Norge (Johansen et al, 2015). En av informantene som har erfaring fra andre land sier det benyttes lite luftmadrasser i Norge. Sykepleierne beskriver at pasientene som har luftmadrass kommer ofte med det fra sengepost, og har allerede sår eller er underernærte. Andre beskriver at de har luftmadrasser til alle respiratorpasientene fordi det har vært fokus på å få midler.

Sykepleierne beskriver at intensivsengene har stort sett gode madrasser, men at madrassene burde skiftes ut oftere, men det er ingen rutiner for. Det er ofte ikke nok intensivsenger til alle pasientene som trenger det. Det er lite spesialmadrasser, men noen har mulighet for å leie inn spesialmadrasser med lufttrykk som sirkulerer eller spesialsenger til pasienter som trenger det, men disse tar det ofte tid å få slik at skaden kan da allerede være skjedd. Spesialsengene kan ha program som vipper sakte på pasienten, og de kan snus i flere retninger. Sykepleierne sier at de alltid har pasienter som de kan over i disse spesialsengene. Noen har intensivsenger som kan vinkles og stilles slik at de får sideforandring, mens de fleste beskriver de har standard intensivsenger uten denne muligheten. Tiltakspakken anbefaler at pasienter i risiko skal sikres nødvendig trykkfordelende utstyr/underlag (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Noen beskriver at noen steder er det kanskje en selvfølge å ha luftmadrasser, mens andre steder blir det ved mer spesielle tilfeller og da blir det kanskje personavhengig hvem som står på for pasienten. En sykepleier beskriver at luftmadrass kanskje har med kulturforskjeller eller personlige ressurser å gjøre fordi menneskelige ressurser er det mere av i Norge sammenlignet med andre europeiske land. Manglende erfaring med den type utstyr gjør kanskje at terskelen for å ta det i bruk kan være høyere.

Noen sier det har blitt bedre med madrasser og intensivsenger enn det var før, og at dette kan bidra til at de opplever mindre av de alvorlige trykksårene, men helene kan ofte bli glemt.

Det blir uttrykt at det er flere pasienter som ikke får riktige senger og madrasser. Det er for få vekseltrykk, og det er tilfeldig hvem som havner i disse. En av informantene sier at kanskje de pasientene som får sorte heler kanskje kunne vært forebygget med vekseltrykk. Ikke alle pasientene skal ha Tempurmadrass. Det blir nevnt/diskutert i gruppen om kanskje hjertestanspasientene burde ha en annen madrass når de kjøles ned? fordi disse madrassene trenger kroppsvarmen til pasienten for at den skal formes. Disse pasientene er ofte hemodynamisk ustabile over tid og tåler ikke å bli snudd og blir da liggende på en hard madrass i kanskje to til tre døgn.

En studie av Moore et al., (2015) viser at det er manglende bruk av trykkfordelende madrasser i seng og puter i stol (Moore *et al.*, 2015). I EPUAP, NPUAP, PPIIA (2014) sin retningslinje anbefales at de med nedsatt aktivitet eller mobilitet og har trykksår risiko bør sikres nødvendig trykkfordelende utstyr/underlag i stol eller seng. Investering i bedre madrasser og trykkfordelende utstyr kan ha positiv innvirkning på forekomst av trykksår (Nixon *et al.*, 2006). Videre kan dette lettere bedre målet for bedre pasientsikkerhet.

4.1.3.3 Subkategori: Tidspress og bemanning

Sykepleierne beskriver at det er mye de skal ha fokus på og dette kan være utfordrende når de har dårlige og ustabile pasienter. De beskriver at har de en ustabil pasient er alt fokuset på det, og da kan det ha gått mange timer uten at de har rørt på albuer eller heler og det er litt for lenge. Noen beskriver at de burde vært flinkere å snu noen pasienter, men ofte er pasientene så dårlig at de ikke kan snus på. De beskriver det er viktig å ha nok personalet slik at de kan gjøre alle de forebyggende tiltakene, men også at de organiserer ressursene sine. De beskriver at alle ressurser blir sluset inn på de dårlige pasientene, mens når de er blitt stabile er det færre sykepleiere, men det kan allikevel være mye å gjøre med pasienten. Noen beskriver å bli stående på isolat alene og da er det en utfordring å snu, skifte tubetape eller andre oppgaver som man trenger å være flere sykepleiere. På natt kan det ta tid og organisere hvis de er en til en og kan være vanskelig å få hjelp til å snu fordi man er få sykepleiere. Noen sier de har skrevet avvik når det er blitt observert trykksår og det har vært dårlig bemanning som har gjort at de ikke har tid til å snu.

4.2 Metodediskusjon

Det er problemstilling og hensikt med studien som bestemmer metoden (Polit and Beck, 2017). Det er benyttet kvalitativ metode med både beskrivende og utforskende design. Dette styrker studiens troverdighet fordi hensikten med studien er å beskrive subjektive erfaringer og opplevelser av et fenomen innenfor en kontekst, og bidra til å presentere mangfold. I tillegg er utforskende design relevant når det er lite forskning på et område (Polit and Beck, 2017).

4.2 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil metoden som er benyttet i studien vurderes for å bedømme studiens kvalitet og resultatenes troverdighet og om forskningsspørsmålet er besvart. Grunnlaget for å oppnå troverdighet ligger i at forskeren er åpen om alle trinnene i forskningsprosessen (Polit og Beck, 2017). Underveis i hele forskningsprosessen må det reflekteres og gjøres overveielser når det gjelder troverdighet. Forskningsprosessen vil være strukturen som følges og styrker og svakheter i denne studien blir belyst gjennom Lincoln og Gubas kriterier for troverdighet: Pålitelighet, bekreftbarhet, overførbarhet og autentisitet (Polit og Beck, 2017).

Gyldighet handler om kvaliteten på forskningshåndverket. Det gjenspeiler tillit til hvordan data og analyseprosessen treffer studiens hensikt eller fokus. Gyldighet kan økes gjennom å ha informanter med variert erfaring, velge egnet metode for datainnsamling og riktig mengde data, og kategorier skal beskrive aktuelle data (Graneheim and Lundman, 2004).

Det er problemstilling og hensikt med studien som bestemmer metoden (Polit and Beck, 2017). Det er benyttet kvalitativ metode med både beskrivende og utforskende design. Dette er hensiktsmessig og styrker studiens troverdighet da hensikten med studien er å beskrive subjektive erfaringer og opplevelser av et fenomen innenfor en kontekst og bidrar til å presentere mangfold. I tillegg er utforskende design relevant når det er lite forskning på et område (Polit and Beck, 2017).

I denne studien er fokusgruppeintervju valgt som metode for datainnsamling og fungerte tilfredsstillende og var en fin inngangsport til sykepleiernes erfaringer. Den ble vurdert som en god metode i forhold til studiens problemstilling på grunn av gruppedynamikken

og refleksjonen det setter i gang hos de enkelte gruppedeltagerne. Den er også godt egnet til å utforske problemstillinger det er lite kunnskap om (Malterud, 2012). I alle fokusgruppene var det lett å få i gang samtalen og det var gode diskusjoner/samtaler rundt temaet. Sykepleiere turte å være ærlige og uttrykte også mangler ved egen praksis. Dette tolkes som at det var en trygg stemning i gruppa og styrker troverdigheten av dataene som kom frem i studien. Det ble et rikt datamateriale som ga svar på forskningsspørsmålet. For å oppnå troverdighet er utvalget i studien variert i antall års arbeidserfaring med akutt kritisk syke i forhold forebygging av trykksår, og det var variasjon i sykehus og avdelinger, kjønn og alder. Dette støttes av Graneheim and Lundman (2004).

Det ble gjort strategisk utvalg av sykepleiere som har erfaring med studiens tema og som har potensiale til å belyse forskningsspørsmålet (Polit and Beck, 2017). Utvalget i studien er variert der sykepleiere og intensivsykepleiere, kjønn, yrkeserfaring, avdelinger og sykehus og alder er representert. Dette styrker troverdigheten i studien (Graneheim and Lundman, 2004). Tanken bak et slik strategisk utvalg var å kunne belyse ulike synspunkter og erfaringer med forebygging av trykksår til kritisk syke pasienter på intensiv- og overvåkningsavdelinger. Et variert utvalg fremmer muligheten for å se fenomenet fra ulike sider og øker troverdigheten (Graneheim og Lundman, 2004). I utgangspunktet var det ønskelig med to års yrkeserfaring med akutt kritisk syke pasienter fordi sykepleiere med mindre erfaring eller har jobbet kortere tid i en avdeling kan ha utfordringer med å se helheten med kompleks pasienter som ofte kritisk syke pasienter er (Solli, 2009). På grunn av utfordringer i rekrutteringen ble dette endret. Det var flest sykepleiere med lang erfaring og med spesialutdannelse i utvalget. Antall menn og kvinner har ikke vært gjenstand for analyse, og kjønnsforskjellene gjenspeiler fordelingen i helsevesenet generelt, og anses ikke for å ha påvirket resultatene.

Det kan stilles spørsmål ved antall deltagere i fokusgruppene, da det ble færre i gruppene enn anbefalt (Krueger and Casey, 2014, Malterud, 2012, Wibeck, 2010). Det argumenteres for at små fokusgrupper med 4-6 deltagere, eller mini-fokusgrupper i større grad blir mer og mer populære, fordi mindre grupper er lettere å rekruttere, håndtere og er mere komfortable for deltagerne (Krueger and Casey, 2014). Som uerfaren moderator var min erfaring at små fokusgrupper var oversiktlige og lettere å håndtere. Det var god dynamikk og diskusjoner i alle fokusgruppene og det kom frem rikelige mengder data uavhengig av antallet i gruppene. Litteraturen viser til at deltagerne i mindre fokusgrupper kjenner større ansvar for å bidra under intervjuer (Malterud, 2012).

Det ble gjennomført et pilotintervju for å teste intervjuguiden og for å få øvelse i rollen som moderator (Halkier, 2010). Ingen spørsmål ble endret i intervjuguiden, men noen av spørsmålene ble lagt som oppfølgingsspørsmål i stedet for hovedspørsmål. Pilotintervjuet ble inkludert i studien. Det ble gjort kort debriefing umiddelbart etter intervjuene som moderator og sekretær gjennomførte sammen. Det ble oppsummert inntrykk. Målet med debriefingen var å ta vare på førsteinntrykket og evt forbedre intervjuguiden og rollen som moderator. Målet var også å sikre at forskningsspørsmålene var i fokus.

Rekrutteringen i denne studien var utfordrende. Lederne skulle ta den første kontakten med deltagerne og skulle sende informasjonsskriv om studien via mail til aktuelle informanter. Dette for ikke å påvirke utvelgelsen og beholde en nøytral rolle i rekrutteringen. Det var få deltagere som meldte sin interesse. Morgan hevder at sviktende rekrutteringsinnsats fra forskerens side er den viktigste kilden til problemer i

fokusgruppeintervjuet (Morgan, 1997). En leder forklarte den manglende interessen kunne være mulig «tretthet», ettersom det hadde pågått mange studier. En annen årsak som ble nevnt var at temaet kanskje ikke var tilstrekkelig interessant. I følge Krueger (2014) kreves det tid, innsats, fantasi og inngående kjennskap til målgruppen for å etablere kontakt med tilstrekkelig mange og relevante deltagere og kunne være mulig årsak til rekrutteringsproblemene. En svakhet i studien er at det ikke ble avsatt tid til personlig oppmøte og gitt informasjon om studien på de ulike avdelingene. Det var i tillegg ikke mulig for driften i avdelingene på dagtid å avse mange sykepleiere samtidig til fokusgruppeintervjuer. På grunn av utfordring med å få tilstrekkelig antall informanter fra samme avdeling til en fokusgruppe, ble det informanter fra ulike avdelinger i fokusgruppene. Det anbefales også å rekruttere flere informanter på grunn av mulig frafall (Krueger, 2014). En slik tilnærming hadde vært hensiktsmessig i denne studien. Det ble avtalt dato og tidspunkt som lederne mente var mulig i forhold til driften.

Det ble frafall i flere fokusgrupper samme dag som intervjuet skulle finne sted på grunn av driften i avdelingene. Det ble da rekruttert informanter fra egen avdeling for å kunne gjennomføre fokusgruppeintervjuene. Dette ble vurdert sammen med veileder da dette i utgangspunktet kan være ugunstig. Dette er en mulig svakhet ved studien. Rekrutteringen av informanter ble gjort av leder i avdelingen. Det var her viktig for meg å være bevisst min rolle som moderator i fokusgruppene.

I gjennomføring av fokusgruppe intervjuene og fortolkning av datamaterialet har prøvd å være bevisst på at min forforståelse kan påvirke dette (Kvale et al., 2015). Ikke bare forforståelsen, men også interaksjonen mellom forsker og de som intervjues har betydning for dataene som dannes under intervjuet. Dette gjorde det mulig å få tak i utfyllende data fra informantene, men samtidig kan forfatteren bli påvirket av sin forforståelse i intervjuene og i analyseprosessen og være mindre åpen for nyanser i studien og dette har jeg prøvd å være bevisst. Forfatter har forsket i eget felt og har lang erfaring med å jobbe med kritisk syke pasienter og dermed også forebygging av trykksår. Å ha kjennskap til miljøet hvor studien utføres gir et godt grunnlag for fenomenet som studeres og det kan gi en grundigere forståelse og ny kunnskap. Det må antas at å ha god kjennskap til problemstillingen har vært en styrk for studien og er dermed styrker troverdigheten. Flere av informantene var også kjente og noen var kollegaer fra egen avdeling. Tiltros for dette virket det som om deltagerne snakket fritt, og at det ikke var hemmende. Resultatene fra en studie kan ikke sees uavhengig av den som har utført studien (Thagaard, 2013, Granskär et al., 2012).

Det ble gjennomført fire fokusgrupper og antallet var tilstrekkelig for å svare på problemstillingen, og ga gode og rikelige data. Antallet informanter på 18 antas å være tilstrekkelig i en slik type studie, men informanter fra flere sykehus kunne gitt mer variasjon i dataene (Kvale et al., 2015). Det er variasjon i litteraturen på antall fokusgrupper (Kitzinger, 1995, Sandelowski, 1995, Morgan, 1997). Sandelowski anbefaler at antall grupper i en kvalitativ studie hverken skal være for stor eller for lite, men at flere er nødvendig når man vil si noe om et fenomen (1995). Morgan anbefaler at det gjennomføres så mange fokusgrupper at data kan belyse forskningsspørsmålet på en forsvarlig måte. I denne studien ble det utført fire fokusgrupper. Fra de fire fokusgruppene som skulle analyseres av en uerfaren forsker samt oppgavens omfang ble det vurdert sammen med veileder at fire fokusgruppeintervjuer var tilstrekkelig, og det var nok data til å svare på forskningsspørsmålet. Dette styrker dataene og studiens gyldighet. I kvalitativ forskning sies det at en skal innhente data til man når et metningspunkt og at flere informanter ikke kommer med nye data (Malterud, 2012).

Gyldighet kan økes gjennom å ha informanter med variert erfaring, velge egnet metode for datainnsamling og riktig mengde data, og kategorier skal beskrive aktuelle data (Graneheim and Lundman, 2004).

Det var planlagt å ha med en observatør som tok notater under fokusgruppene, og dette var mulig under tre av fokusgruppene og var til stor hjelp slik at jeg kunne ha fullt fokus på det informantene sa. Det er en styrke i studien å ha med en observatør som kan notere ned viktige data og observasjoner av detaljer under intervjuet. Som uerfaren moderator er slike detaljer vanskelige å få med seg. Det ble sikret at rammene rundt intervjuene ble så like som mulig og intervjuguiden ble fulgt opp. Rammene rundt intervjuene var like bortsett fra pilotintervjuet som foregikk i annet møtelokale, og der var ingen bevertning ved ankomst. Forfatter og sekretær/observatør gjorde en kort debriefing umiddelbart etter intervjuene som på de intervjuene de gjennomførte sammen. Det ble oppsummert inntrykk. Målet med debriefingen var å ta vare på førsteinntrykket og eventuelt forbedre intervjuguiden og rollen som moderator. Målet var også å sikre at forskningsspørsmålene var i fokus.

Som moderator skal en se til at deltagerne kommer til orde, og bidra til flyt i samtalen i forhold til tema og følge med på gruppedynamiske prosesser som kan utvikle seg og som kan resultere i kunnskapsutvikling (Malterud, 2012). I en eksplorerende fokusgruppestudie er det spesielt viktig at moderator er våken og fleksibel og klarer å følge opp responser og kommentarer som man ikke hadde forestilt seg på forhånd, i stedetfor å fastholde et på forhånd planlagt forløp representert av intervjuguiden (Morgan 1997).

Manglende erfaring som moderator resulterte i noen utfordringer i datainnsamlingen. Det var litt vanskelig å løsrive seg fra intervjuguiden de første intervjuene, men det gikk bedre for hvert intervju. Samtalen gikk av seg selv mellom informantene og de kom selv innom de fleste av temaene og spørsmålene som var i intervjuguiden. Underveis i fokusgruppeintervjuet opplevdes det vanskelig å vite når og hvorvidt det var hensiktsmessig å bryte inn og stille utdypende spørsmål da de var midt i en god menings utveksling. Dersom de ble avbrutt med et utdypende spørsmål kunne den gode diskusjonen ble ødelagt. Dette var utfordrende som uerfaren moderator, men alt i alt ble det rike data. Alle fokusgruppene hadde gode diskusjoner og utveksling av erfaringer og synspunkter om temaet. Gjennomføringen av fire fokusgrupper gav både dybde og bredde i dataene. Troverdigheten fremmes ved at forskeren bruk av lydbånd og transkriberingen.

Under transkriberingen ble jeg godt kjent med dataene. Transkriptet ble leste flere ganger samtidig som lydfilene fra intervjuene ble lyttet til for å sikre at det jeg hadde skrevet stemte med lydfilene og det informantene uttrykte. Underveis i transkriberingen ble det også skrevet ned stikkord og tanker på hva teksten handler om.

Tolkning og analyse kan ikke skilles fra hverandre fordi arbeid med å få oversikt over dataene innebærer også at forskeren tenker over deres betydning og utvikler perspektiver på hvordan dataene kan forstås (Thagaard, 2013). I denne studien ble det brukt innholdsanalyse som metode for analysering av data. Det gir oversikt over innholdet ved å strukturere og lage mindre kategorier av teksten man finner fremtredende (Polit og Beck 2017). Analyseprosessen var utfordrende på grunn av store mengder data for en uerfaren forsker. Analyseprosessen og analysetrinnene er forsøkt å beskrives nøye og er presentert i tabell. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) bør man i analysen velge å ha fokus på manifest eller latent innhold av datamaterialet og i denne

studien har det vært hovedfokus på hva teksten faktisk sier (manifest). Alle intervjuene ble først gjennomlest, og deretter ble et og et intervju gjennomgått. Det ble identifisert innholds områder i teksten (ord, fraser, setninger, avsnitt) som hadde betydning for forskningsspørsmålet (meningsenheter) og disse ble markert med farge. De identifiserte meningsenhetene ble så kondensert ved å gjøre teksten mindre uten at innholdet ble endret. Deretter ble de kondenserte meningsenhetene kodet og plassert i subkategorier. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) kan koden gjøre at man ser på dataene på en ny måte. Kodene er grunnlaget for å lage kategorier (Polit og Beck, 2017). De kodede meningsenhetene ble deretter samlet i subkategorier, som igjen ble plassert i kategorier (manifest). Det er viktig at disse kategoriene er gjensidig utelukkende slik at ikke noe av dataene blir utelatt fordi de ikke passer inn i en kategori og at heller ikke noe data passer inn i flere kategorier (Graneheim og Lundman, 2004). Dette har vært utfordrende da noen går litt i hverandre og kunne plasseres i flere kategorier. Dette kan være en svakhet i analysen at ikke alle kategoriene er gjensidig utelukkende. Tolkning og analyse kan ikke skilles fra hverandre fordi arbeid med å få oversikt over dataene innebærer også at forskeren tenker over deres betydning og utvikler perspektiver på hvordan dataene kan forstås (Thagaard, 2013).

Sammenheng mellom data og resultater, og at data og analyseprosessen klarer å besvare problemstillingen er nødvendig for å skape tillit (Graneheim and Lundman, 2004, Polit and Beck, 2017). For å styrke troverdigheten er eksempel på analyseprosessen fra meningsenhet til tema presentert i tabell, og funnene er presentert i tabell med oversikt over resultatet med kategorier og subkategorier og et tema. Presentasjon av funn er også forsøkt å presenteres oversiktlig i tekst. Dette er med på å styrke troverdigheten i studien. Masterstudent har prøvd å være bevisst at forforståelsen kunne påvirke prosessen og har diskutert med veileder alle delene av forskningsprosessen. Dette styrker troverdigheten ifølge Graneheim og Lundman (2004). For å oppnå bekreftbarhet må det være tydelig at det er deltagerens stemme som kommer fram, og ikke forskerens perspektiver (Polit og Beck, 2017). Det er benyttet flere sitater fra deltagerne som bekrefter funnene fra studien.

Pålitelighet: I denne studien handler troverdigheten om hvor pålitelige dataene fra informantene er. Pålitelighet handler om i hvilken grad en studie kan etterprøves og om ulike forskere ville oppdaget det samme om studien ble gjort på nytt (Polit og Beck). Endringer over tid som variasjon i antall informanter og endringer i forskerens holdninger kan påvirke resultatet og forskerens beslutninger (Graneheim and Lundman, 2004). I denne studien foregikk intervjuene i en begrenset tidsperiode og alle gruppene var like med hensyn til fagbakgrunn. Det var noe ulikt antall informanter i fokusgruppene og kan være en svakhet i studien. På grunn av drift ble det i flere tilfeller funnet alternative deltakere på kort varsel. Disse fikk lese igjennom nødvendig informasjon før intervjuene. Moderator la vekt på å forklare fokusgruppens natur før intervjustart.

Det ble sikret at rammene rundt intervjuene ble så like som mulig og intervjuguiden bli fulgt opp. Rammene rundt intervjuene var like bortsett fra pilotintervjuet som foregikk i annet møtelokale, og det var ingen bevertning ved ankomst. Deltagerne i pilot ble rekruttert av kollega og var innenfor inklusjonskriteriene.

Overførbarhet er et av kriteriene for troverdighet (Graneheim og Lundman, 2004, Polit og Beck, 2017). Ifølge Graneheim og Lundman viser overførbarhet til om funn og resultater er overførbare til andre utvalg/settinger og grupper. Det er opp til leseren å avgjøre om funn er overførbare til en annen kontekst. Jo tydeligere beskrivelsen av

kultur og kontekst er, jo lettere er overførbarheten. Det er innhentet opplysninger/bakgrunnsdata om utvalget som styrker datamaterialet som kan styrke overførbarheten. Sammenheng mellom data og resultater, og at data og analyseprosessen klarer å besvare problemstillingen er nødvendig for å skape tillit (Graneheim and Lundman, 2004, Polit and Beck, 2017). Presentasjon av funn er presentert systematisk hvor hver kategori blir presentert med sine underkategorier samt sitater som underbygger funnene. En fylldig presentasjon med hensiktsmessige sitater styrker også overførbarheten (Graneheim and Lundman, 2004). I denne studien er både datainnsamling og analyseprosessen forsøkt å beskrive systematisk. Eksempler på analyseprosessen er illustrert ved bruk av tabell. Masterstudent/forfatter har tilstrebet en lesbar rapport som gir leseren mulighet til å vurdere overførbarheten. Masterstudent har prøvd å være bevisst at forforståelsen kunne påvirke prosessen og har diskutert med veileder alle delene av forskningsprosessen. Dette styrker troverdigheten ifølge Graneheim og Lundman (2004).

Det ble benyttet 2 lydopptager ved intervjuene for å sikre at intervjuene ble tatt opp selv om en skulle svikte. Det var god lyd kvalitet på alle intervjuene. Informantene ble oppfordret til å si navnet sitt før de snakket, og det fungerte bra. Det gjorde det lettere å og høre hvem som snakket og transkriberingen ble lettere. Det var en av deltagerne som uttrykte at det var litt unaturlig.

Pålitelighet handler om i hvilken grad en studie kan etterprøves og om ulike forskere ville oppdaget det samme om studien ble gjort på nytt (Polit og Beck). Endringer over tid som variasjon i antall informanter og endringer i forskerens holdninger kan påvirke resultatet og forskerens beslutninger (Graneheim and Lundman, 2004). I denne studien foregikk intervjuene i en begrenset tidsperiode og alle gruppene var like med hensyn til fagbakgrunn. n.

For å oppnå **bekreftbarhet** må det være tydelig at det er deltagerens stemme som kommer fram, og ikke forskerens perspektiver (Polit og Beck, 2017). Det er benyttet flere sitater fra deltagerne som bekrefter funnene fra studien.

5 Betydning for klinisk praksis

Studien er relevant for praksis da sykepleiernes erfaringer belyser utfordringer i praksis med forebygging av trykksår til kritisk syke pasienter. Funnen kan være utgangspunkt for videre forbedringsarbeid, og sykepleiernes forslag på forbedringer vil være viktige innspill til den kliniske hverdagen. Det er lite kvalitativ forskning på sykepleiernes erfaringer med forebygging av trykksår og det er behov for flere kvalitative studier på forebygging til kritisk syke. Det er opp til leseren å bedømme om funnene er overførbare til andre settinger.

6 Konklusjon

Funnene fra denne studien belyser sykepleiernes erfaringer med forebygging av trykksår til kritisk syke. Sykepleierne anser forebygging som viktig, men kan samtidig være utfordrende på bakgrunn av ulike forhold. Det er behov for økt fokus på forebygging både fra sykepleierne og ledelsen.

Forebygging av trykksår er en av mange viktige oppgaver som sykepleierne har, og ustabile og dårlige pasienter kan gjøre det vanskelig å ha fokus på alt sykepleierne ønsker å ha fokus på.

Funnene indikerer behov for en bedre systematisk tilnærming til trykksårforebygging da den i stor grad er tilfeldig og opp til hver enkelt sykepleiers kunnskap og erfaringer.

Det er videre behov for bedre systematikk i å identifisere pasienter i risiko for trykksår, og sykepleierne har behov for økt kunnskap, særlig i identifisering av trykksår i en tidlig fase.

Dokumentasjonen beskrives som viktig, men forebyggingen dokumenteres i liten grad. Risikovurdering, hudvurdering og avvik dokumenteres også i liten grad.

Tilrettelegging fra ledelsen beskrives som viktig. Funnene identifiserer behov for bedre tilgjengelighet og kvalitet på spesialmadrasser og intensivsenger. Tilstrekkelig bemanning og tid er også av betydning.

Flere av funnene samsvarer med funn fra andre studier, men sykepleiernes utfordringer kan bli utgangspunkt for forbedringsområder og forskning for å forbedre praksis.

Referanser

- Athlin, E. *et al.* (2010) Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp. 2252-2258. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02886.x.
- Barakat-Johnson, M. *et al.* (2019) A qualitative study of the thoughts and experiences of hospital nurses providing pressure injury prevention and management, *Collegian*, 26(1), pp. 95-102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.005>.
- Beeckman, D. *et al.* (2007) EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study, *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), pp. 682-691.
- Beeckman, D. *et al.* (2008) Pressure ulcers: e-learning to improve classification by nurses and nursing students, *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), pp. 1697-1707.
- Beeckman, D. *et al.* (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), pp. 166-176. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x.
- Beeckman, D. (2017) A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps, *Journal of Tissue Viability*, 26(1), pp. 47-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004>.
- Bjørø, K. and Ribbu, L. (2009) Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus, *Sykepleien Forskning*, 4(4), pp. 298-305. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0146.
- Blaivas, A. (2009) Graduated compression stockings did not prevent deep venous thrombosis after stroke and increased skin complications, *Annals of Internal Medicine*, 151(8), pp. JC4_9. doi: 10.7326/0003-4819-151-8-200910200-02009.
- Bredesen, I. M. *et al.* (2015) The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 149-156. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005.
- Bredesen, I. M. *et al.* (2016) Effect of e-learning program on risk assessment and pressure ulcer classification — A randomized study, *Nurse Education Today*, 40, pp. 191-197. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.008>.
- Bååth, C. *et al.* (2007) Nursing assessment documentation and care of hip fracture patients' skin, *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11(1), pp. 4-14. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106107200&site=ehost-live>.
- Bååth, C. *et al.* (2016) Prevention of heel pressure ulcers among older patients – from ambulance care to hospital discharge: A multi-centre randomized controlled trial, *Applied Nursing Research*, 30, pp. 170-175. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.10.003>.
- Chaboyer, W. P. *et al.* (2018) Incidence and prevalence of pressure injuries in adult intensive care patients: A systematic review and meta-analysis, 46(11), pp. e1074-e1081.
- Coleman, S. *et al.* (2013) Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review, *Int J Nurs Stud*, 50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019.
- Coleman, S. *et al.* (2013) Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), pp. 974-1003. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019.
- Cox, J. (2011) Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients, *American Journal of Critical Care*, 20(5), pp. 364-375.
- Dealey, C., Posnett, J. and Walker, A. (2012) The cost of pressure ulcers in the United Kingdom, *Journal of Wound Care*, 21(6), pp. 261-264. Available at:

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104467059&site=ehost-live>.
- Defloor, T. and Schoonhoven, L. (2004) Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs, *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), pp. 952-959.
- Demarré, L. *et al.* (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), pp. 1166-1179. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.005.
- Edsberg, L. E. *et al.* (2014) Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(4), pp. 313-334.
- Essex, H. N. *et al.* (2009) Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: Assessment using generic health-related quality of life measures, *Wound Repair and Regeneration*, 17(6), pp. 797-805.
- Fagermoen, m. S. (2005) Kvalitative studier og kvalitetsvurderinger, *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 2.
- Gefen, A. (2008) How much time does it take to get a pressure ulcer? Integrated evidence from human, animal, and in vitro studies, *Ostomy/Wound Management*, 54(10), pp. 26-28, 30-25.
- Gorecki, C. *et al.* (2012) What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors, *Journal of Tissue Viability*, 21(1), pp. 3-12.
- Graneheim, U. H. and Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24(2), pp. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Granskär, M. and Höglund-Nielsen, B. (2012) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. edn. Lund: Studentlitteratur.
- Gunningberg, L. *et al.* (2001) Risk, prevention and treatment of pressure ulcers - nursing staff's knowledge and documentation, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), pp. 257-263. Available at: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00034.x>.
- Gunningberg, L. and Ehrenberg, A. (2004) Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 31(6), pp. 328-335.
- Gunningberg, L. (2005) Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures?, *International Journal of Nursing Practice*, 11(2), pp. 58-67. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00503.x.
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet (2019) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten (Hentet:28.mai 2019).
- Hopkins, A. *et al.* (2006) Patient stories of living with a pressure ulcer, *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), pp. 345-353. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04007.x.
- Hsieh, H.-F. and Shannon, S. E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis, *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277.
- Johansen, E. *et al.* (2014) Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland, *Journal of Wound Care*, 23(7), pp. 369-378. doi: 10.12968/jowc.2014.23.7.369.
- Johansen, E. (2017) The 3-risk approach to pressure ulcer assessment in Norway-safe or a risky business?, *Wounds UK*, 13(4).
- Johansen, E. *et al.* (2017) Samarbeider om å forebygge trykksår, *Sykepleien*, 105(64711), pp. 64711.

- Jordan O'Brien, J. and Cowman, S. (2011) An exploration of nursing documentation of pressure ulcer care in an acute setting in Ireland, *Journal of Wound Care*, 20(5), pp. 197-205.
- Keller, P. B. et al. (2002) Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention, *Intensive Care Medicine*, 28. doi: 10.1007/s00134-002-1487-z.
- Kitzinger, J. (1995) *Qualitative Research: Introducing Focus Groups*.
- Krueger, R. A. and Casey, M. A. (2014) *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3 edn. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Köse, I. et al. (2016) Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer, *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), pp. 677-686.
- Kårstad, K. Å. et al. Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull, *Sykepleien Forskning*, 5, pp. 18.
- Lindholm, C. (2018) *Sår*. 4 edn. Lund: Studentlitteratur.
- Lovegrove, J., Miles, S. and Fulbrook, P. (2018) The relationship between pressure ulcer risk assessment and preventative interventions: a systematic review, *Journal of Wound Care*, 27(12), pp. 862-875.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. edn. Oslo: Universitetsforl.
- Moore, Z., Johansen, E. and van Etten, M. (2013) A review of PU risk assessment and prevention in Scandinavia, Iceland and Ireland (Part II), *Journal of Wound Care*, 22(8), pp. 423-429. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104206539&site=ehost-live>.
- Moore, Z. et al. (2015) Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative survey in Norway and Ireland, *Journal of Wound Care*, 24(8), pp. 333-339. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109830219&site=ehost-live>.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus Groups as Qualitative Research*. doi: 10.4135/9781412984287.
- Nasjonalt kunnskapssenter (2014). *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring* Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/metoder-og-verktoy-for-kvalitetsforbedring>. (Hentet 28. mai 2019).
- Nasjonalt pasientsikkerhetskampanje, I trygge hender 24/7 (2019) *Forebygging av trykksår*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-trykks%C3%A5r> (Hentet: 28. mai 2019).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/norwegian-qrg-jan2016.pdf> (Hentet: 28. mai 2019)
- Nijs, N. et al. (2009) Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), pp. 1258-1266.
- Nixon, J. et al. (2006) Randomised, controlled trial of alternating pressure mattresses compared with alternating pressure overlays for the prevention of pressure ulcers: PRESSURE (pressure relieving support surfaces) trial, *BMJ*, 332(7555), pp. 1413.
- Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere (2002). *Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse> (Hentet: 28. mai 2019)
- O'Brien, G. et al. (2018) The relationship between nurses assessment of early pressure ulcer damage and sub epidermal moisture measurement: A prospective explorative study, *Journal of Tissue Viability*, 27(4), pp. 232-237. Available at:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965206X17300815?via%3Dihub>.
- Oomens, C. *et al.* (2016) How does lateral tilting affect the internal strains in the sacral region of bed ridden patients?—A contribution to pressure ulcer prevention, *Clinical Biomechanics*, 35, pp. 7-13.
- Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, I trygge hender 24/7 (2019) *Forebygging av trykksår*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-trykks%C3%A5r> (Hentet: 28.5.2019)
- Pasientsikkerhetsprogrammet. I trygge hender 24/7 (2014) Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/> (Hentet: 28.mai 2019)
- Pasientsikkerhetsprogrammet. I trygge hender 24/7 (2014) - *Tiltakspakke forebygging av trykksår*. Hentet 28.5.2019 fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-trykks%C3%A5r>
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2017) *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 edn. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Robertson, B. F., Thomson, C. H. and Siddiqui, H. (2014) Side effects of compression stockings: A case report, *British Journal of General Practice*, 64(623), pp. 316-317. doi: 10.3399/bjgp14X680341.
- Samuriwo, R. and Samuriwo, R. (2010a) The Impact of Nurses' Values in the Prevention of Pressure Ulcers, *British Journal of Nursing*, 19(15), pp. S4-S14.
- Samuriwo, R. and Samuriwo, R. (2010b) Effects of Education and Experience on Nurses' Value of Ulcer Prevention, *British Journal of Nursing*, 19(20), pp. S8-S18.
- Sandelowski, M. (1995) Sample size in qualitative research, 18(2), pp. 179-183. doi: doi:10.1002/nur.4770180211.
- Saunes, I. S. *et al.* (2010) Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet.
- Soh, K. L. *et al.* (2013) Nurses' perceptions of standardised assessment and prevention of complications in an ICU, *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), pp. 856-865. doi: 10.1111/jocn.12017.
- Spilsbury, K. *et al.* (2007) Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives, *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), pp. 494-504.
- Strand, T. and 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), pp. 335-342. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.006.
- Sving, E. *et al.* (2012) Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings, *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), pp. 1293-1303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforlaget.
- Thoroddsen, A. *et al.* (2013) Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), pp. 84-91. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x>
- Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder (3. utgave. utg.)*, Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Torra i Bou, J.-E. *et al.* (2006) Risk Assessment Scales for Predicting the Risk of Developing Pressure Ulcers, in Romanelli, M., *et al.* (ed.) *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer London, pp. 43-57.
- Tweed, C. and 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*, 17(4), pp. 338-346.
- Vanderwee, K. *et al.* (2007) Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), pp. 227-235. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x.

- Webster, J. *et al.* (2011) Pressure ulcers: effectiveness of risk-assessment tools. A randomised controlled trial (the ULCER trial), *BMJ quality & safety*, 20(4), pp. 297-306.
- Wibeck, V. (2010) *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.
- World Health Organization, WHO (2002) Tilgjengelig fra:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11eng.pdf;jsessionid=C04C6C6589B30793B4BC0B5970041B77?sequence=1>
(Hentet:28. Mai 2019)

Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Forespørsel til ledere ved sykehus/intensivavdelinger

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

” Sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår hos intensivpasienter ”

Bakgrunn og formål

Trykksår er et kjent fenomen, og forekommer hyppig blant pasienter innlagt i sykehus nasjonalt og internasjonalt.

Intensivpasienten er i høyrisiko for å utvikle trykksår som følge av immobilitet, hemodynamisk ustabilitet, vasoaktiv behandling samt andre faktorer (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014).

Forekomsten av trykksår hos intensivpasienter varierer fra 8,8 til 23% (Krupp & Monfre, 2015).

Trykksår fører til ekstra belastning for pasientene med forlenget sykehusopphold og rehabilitering, samt økt mortalitet, og utgjør det store kostnader for samfunnet (Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, I trygge hender 24-7).

Det er få kvalitative studier på forebygging av trykksår i Norge.

Hensikten med studien er å få innsikt og økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår til pasienter på intensivavdelinger.

Dette prosjektet er en datainnsamling som inngår som del av min masteroppgave i klinisk sykepleie ved NTNU Gjøvik, Fakultetet for medisin og helsevitenskap i Gjøvik. Min bakgrunn er intensivsykepleier og jobber til daglig ved en postoperativ avdeling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du forespørres om å delta i et fokusgruppeintervju på bakgrunn av at du jobber med intensivpasienter ved en intensivavdeling. Temaet for samtalen vil være sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår hos intensivpasienter.

Fokusgruppene vil bestå av inntil fem personer, og vil foregå på din arbeidsplass. Jeg vil lede intervjuet, mens en observatør vil gjøre notater, og ev komme med innspill under samtalen.

Fokusgruppeintervju er en gruppediskusjon/samtale hvor deltagerne beskriver og reflekterer over subjektive opplevelser, erfaringer, synspunkter eller holdninger i forhold til et tema, som her vil være sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår hos intensivpasienter. Det er viktig at dere som deltagere snakker til og med hverandre, og at alle deltar i samtalen, mens jeg som leder vil lede samtalen, og komme med utdypende spørsmål underveis for å utdype temaet.

Varighet på samtalen vil være 60 minutter, og den vil bli tatt opp på lydbånd. Lydopptakene vil bli transkribert og analysert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Undertegnede masterstudent og veileder vil ha tilgang til samtykkeskjema, lydopptak og notater. Disse data vil bli behandlet konfidensielt, og samtykkeskjema oppbevares separat fra lydopptak og vil bli oppbevart innelåst. Alle data fra fokusgruppeintervjuet vil bli anonymisert, og ved eventuell publisasjon vil deltagere ikke gjenkjennes.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2018. Prosjektperioden kan bli forlenget dersom publisasjon blir aktuelt. Data vil bli oppbevart som beskrevet tidligere, og slettes når artikkelen er publisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det gis ingen økonomisk kompensasjon.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Hanne Haugom (masterstudent); tlf:95117029 eller Bente Hamnes (veileder og prosjektleder);.....

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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Kontaktinformasjon:

E-mailadresse:

Tlf.nr:

Vedlegg 2: Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

1. **Løst prat** (5 min) uformelt. Takke for at de vil delta.
2. **Informasjon** (5 min) (ikke båndopptaker på).
 - Introdusere meg selv og observatør.
 - Si noe om hensikten med.
 - Sier litt om temaet for intervjuet og hva det skal brukes til (bakgrunn og formål).
 - Forklare samtykke, taushetsplikt og anonymitet.
De blir informert om at det er frivillig å delta, og at det er mulighet for å trekke seg når som helst hvis det er ønskelig. Det er taushetsplikt innad i gruppen slik at alt som blir sagt i intervjuet vil bli mellom deltagerne, leder og observatør. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd, og opptaket vil bli slettet etter avsluttet studie eller publisering. Informantene blir anonymisert ved at de blir kodet, og datamaterialet blir oppbevart i låst skap.
 - Litt informasjon om fokusgruppeintervju. Oppfordre deltagere til å dele og diskutere, og at det er viktig at alle deltar.
 - Presentasjonsrunde av deltagere, utfylling av demografiske data
 - Spør om noe er uklart og om respondentene har noe spørsmål

Fase 2: Erfaringer fra sykepleierne

3. Overgangsspørsmål: (5 min)

- Kan dere bruke noen minutter på å si noen stikkord om trykksårforebygging.
- Hvilke erfaringer har der med trykksår?
- Kjenner dere til Pasientsikkerhetsprogrammet?
- Kjenner dere til retningslinjer for forebygging av trykksår?

Fase 3: Fokusering

4. Nøkkelspørsmål: (40 min)

- **Kan dere si noe om hvordan dere opplever å jobbe forebyggende med trykksår hos intensivpasienter?**
 - Beskriv et eksempel hver – har dere noen eksempler. Inn i praktisk modus for å få tak i erfaringer.
- **Hvordan blir det fokusert på forebygging av trykksår i deres avdeling?**
På hvilken måte?
- **Kjenner dere til risikofaktorer som øker faren for å utvikle trykksår hos intensivpasientens?**
 - Hva sviktet i forebyggingen?
 - Hva er den største sabotør i trykksårforebygging?
 - Hva gjør det vanskelig?

- **Hvilke erfaringer har dere med risikovurdering av intensivpasienter for trykksår?**
 - Gjøres det systematisk?
 - Bruker dere risikovurderingsverktøy eller klinisk vurdering/faglig skjønn?
 - Evt hva slags verktøy?
 - Hvordan gjør dere det?
 - Fortell mer om dette
- **Hvordan går dere fram når dere vurderer om en pasient er i risiko for trykksår?**
 - Hvis pasienten er i risiko – hvordan dokumenterer dere dette?
- **Opplever dere utfordringer i praksis med å forebygge trykksår til intensivpasienter?**
 - Evt hvilke?

Fase 4: Tilbakeblikk

5. Oppsummering (ca.5 min)

- Oppsummere funn –hva har vi snakket om i dette fokusgruppeintervjuet?
- Er det noe dere synes vi burde vært innom som ikke er blitt spurt om?
- Hva tenker dere om dette?

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Bente Hammes
Teknologiveien 22
2815 GJØVIK

Vår dato: 06.04.2018

Vår ref: 59855 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.03.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

59855	<i>Sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår i intensiv avdelinger - en kvalitativ studie</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bente Hammes</i>
Student	<i>Hanne Haugom</i>

Vurdering

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

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

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

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

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

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

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

Forskningsetiske retningslinjer

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

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

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

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

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

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

Hvis utvalget har taushetsplikt

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

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

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

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Vedlegg 4: Forespørsel til ledere ved sykehus/intensivavdelinger

Enhetslederved intensivavdelingensykehus

Forespørsel om å få gjennomføre et fokusgruppeintervju med inntil 5 sykepleiere/intensivsykepleiere ved intensivavdelingen.

Trykksår er et kjent fenomen, og forekommer hyppig blant pasienter innlagt i sykehus nasjonalt og internasjonalt.

Intensivpasienten er i høyrisiko for å utvikle trykksår som følge av immobilitet, hemodynamisk ustabilitet, vasoaktiv behandling samt andre faktorer (NPUAP, EPUAP, PPIIA, 2014). Forekomsten av trykksår hos intensivpasienter på verdensbasis varierer fra 8,8 til 23 % (Elliot, McKinley, & Fox, 2008; Krupp & Monfre, 2015).

Trykksår fører til ekstra belastning for pasientene med forlenget sykehusopphold og rehabilitering, samt økt mortalitet, og utgjør det store kostnader for samfunnet (Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, I trygge hender 24-7).

Det er få kvalitative studier på forebygging av trykksår i Norge.

Hensikten med studien er å få innsikt og økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår til pasienter på intensivavdelinger.

Dette prosjektet er en datainnsamling som inngår som del av min masteroppgave i klinisk sykepleie ved NTNU Gjøvik, Fakultetet for medisin og helsevitenskap i Gjøvik. Min bakgrunn er intensivsykepleier og jobber til daglig ved en postoperativ avdeling.

Jeg vil med dette søke om tillatelse til å gjennomføre et fokusgruppeintervju med inntil 5 sykepleiere eller intensivsykepleiere ved din avdeling. De skal ha over to års erfaring fra intensivavdeling, ha en stillingsstørrelse over 50%, og kan være både kvinner og menn.

Fokusgruppeintervjuene vil foregå på et kontor ved sykehuset, og vil vare ca 60 minutter, og jeg ber samtidig om tillatelse til at dette kan skje i arbeidstiden, for eksempel kl 13.45-14.45 eller 15-16.

Temaet for gruppeintervjuet vil være sykepleieres erfaringer med å forebygge trykksår hos intensivpasienter.

Jeg vil opplyse om at jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer fram vil bli anonymisert. Intervjuene er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det. Hvis jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg selv ta kontakt med en sykepleier som skal være min kontaktperson ved sykehuset.

Sykepleieren vil få i oppgave å rekruttere respondenter/intervjupersoner etter inklusjonskriterier ved din avdeling, samt å dele ut informasjon og samtykkeskjema til de som ønsker å delta.

Selve fokusgruppeintervjuet kan tidligst starte i april/mai 2018.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og deltagerne vil bli sikret anonymitet. Undertegnede masterstudent og veileder vil ha tilgang til samtykkeskjema, lydopptak og notater. Disse data vil bli behandlet konfidensielt, og samtykkeskjema oppbevares separat fra lydopptak og vil bli oppbevart innelåst. Alle data fra fokusgruppeintervjuet vil bli anonymisert, og ved eventuell publisering vil deltagerne ikke gjenkjennes. Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2018. Prosjektperioden kan bli forlenget dersom publisering blir aktuelt. Data vil bli oppbevart som beskrevet tidligere, og slettes når artikkelen er publisert. Sluttproduktet vil bli tilgjengelig for avdelingen om ønskelig.

Forskningsprosjektet vil bli meldt til NSD (personvernombud for forskning).

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Hanne Haugom (masterstudent); tlf:95117029 eller Bente Hamnes (veileder og prosjektleder);.....

På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Hanne Haugom

Referanser

- Aase, K. (2015) *Pasientsikkerhet : teori og praksis*. 2. utg. edn. Oslo: Universitetsforl.
- Athlin, E. et al. (2010) Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp. 2252-2258. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02886.x.
- Barakat-Johnson, M. et al. (2019) A qualitative study of the thoughts and experiences of hospital nurses providing pressure injury prevention and management, *Collegian*, 26(1), pp. 95-102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.005>.
- Beeckman, D. et al. (2007) EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study, *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), pp. 682-691.
- Beeckman, D. et al. (2008) Pressure ulcers: e-learning to improve classification by nurses and nursing students, *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), pp. 1697-1707.
- Beeckman, D. et al. (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), pp. 166-176. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x.
- Beeckman, D. (2017) A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps, *Journal of Tissue Viability*, 26(1), pp. 47-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004>.
- Bjørø, K. and Ribu, L. (2009) Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus, *Sykepleien Forskning*, 4(4), pp. 298-305. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0146.
- Bredesen, I. M. et al. (2015) The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 149-156. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005.
- Bredesen, I. M. et al. (2016) Effect of e-learning program on risk assessment and pressure ulcer classification – A randomized study, *Nurse Education Today*, 40, pp. 191-197. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.008>.
- Bååth, C. et al. (2007) Nursing assessment documentation and care of hip fracture patients' skin, *Journal of Orthopaedic Nursing*, 11(1), pp. 4-14. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106107200&site=ehost-live>.
- Bååth, C. et al. (2016) Prevention of heel pressure ulcers among older patients – from ambulance care to hospital discharge: A multi-centre randomized controlled trial, *Applied Nursing Research*, 30, pp. 170-175. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.10.003>.
- Chaboyer, W. P. et al. (2018) Incidence and prevalence of pressure injuries in adult intensive care patients: A systematic review and meta-analysis, 46(11), pp. e1074-e1081.
- Coleman, S. et al. (2013) Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), pp. 974-1003. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019.
- Coleman, S. et al. (2013) Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review, *Int J Nurs Stud*, 50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019.
- Cox, J. (2011) Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients, *American Journal of Critical Care*, 20(5), pp. 364-375.
- Cox, J. (2017) Pressure Injuries in Critical Care: A Survey of Critical Care Nurses, *Critical Care Nurse*, 37(5), pp. 46-56. doi: 10.4037/ccn2017928.
- Dealey, C., Posnett, J. and Walker, A. (2012) The cost of pressure ulcers in the United Kingdom, *Journal of Wound Care*, 21(6), pp. 261-264. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104467059&site=ehost-live>.
- Defloor, T. and Schoonhoven, L. (2004) Inter-rater reliability of the EPUAP pressure ulcer classification system using photographs, *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), pp. 952-959.
- Demarré, L. et al. (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), pp. 1166-1179. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.005.
- Edsberg, L. E. et al. (2014) Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcomes, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(4), pp. 313-334.
- Essex, H. N. et al. (2009) Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: Assessment using generic health-related quality of life measures, *Wound Repair and Regeneration*, 17(6), pp. 797-805.
- Fagermoen, m. S. (2005) Kvalitative studier og kvalitetsvurderinger, *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 2.
- Gefen, A. (2008) How much time does it take to get a pressure ulcer? Integrated evidence from human, animal, and in vitro studies, *Ostomy/Wound Management*, 54(10), pp. 26-28, 30-25.

- Gorecki, C. *et al.* (2012) What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors, *Journal of Tissue Viability*, 21(1), pp. 3-12.
- Graneheim, U. H. and Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24(2), pp. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Granskär, M. and Höglund-Nielsen, B. (2012) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. edn. Lund: Studentlitteratur.
- Gunningberg, L. *et al.* (2001) Risk, prevention and treatment of pressure ulcers - nursing staff's knowledge and documentation, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), pp. 257-263. Available at: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00034.x>.
- Gunningberg, L. and Ehrenberg, A. (2004) Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 31(6), pp. 328-335.
- Gunningberg, L. (2005) Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures?, *International Journal of Nursing Practice*, 11(2), pp. 58-67. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00503.x.
- Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M. and Ehrenberg, A. (2009) Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care, *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), pp. 1557-1564. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02647.x.
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hopkins, A. *et al.* (2006) Patient stories of living with a pressure ulcer, *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), pp. 345-353. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04007.x.
- Hsieh, H.-F. and Shannon, S. E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis, *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277.
- Johansen, E. *et al.* (2014) Pressure ulcer assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland, *Journal of Wound Care*, 23(7), pp. 369-378. doi: 10.12968/jowc.2014.23.7.369.
- Johansen, E. (2017) The 3-risk approach to pressure ulcer assessment in Norway-safe or a risky business?, *Wounds UK*, 13(4).
- Johansen, E. *et al.* (2017) Samarbeider om å forebygge trykksår, *Sykepleien*, 105(64711), pp. 64711.
- Jordan O'Brien, J. and Cowman, S. (2011) An exploration of nursing documentation of pressure ulcer care in an acute setting in Ireland, *Journal of Wound Care*, 20(5), pp. 197-205.
- Keller, P. B. *et al.* (2002) Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention, *Intensive Care Medicine*, 28. doi: 10.1007/s00134-002-1487-z.
- Konsmo, T. *et al.* (2015) *Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. (8281215003).
- Krueger, R. A. and Casey, M. A. (2014) *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- Krupp, A. E. and Monfre, J. (2015) Pressure Ulcers in the ICU Patient: an Update on Prevention and Treatment, *Current Infectious Disease Reports*, 17(3), pp. 11. doi: 10.1007/s11908-015-0468-7.
- Kvale, S. *et al.* (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3 edn. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Källman, U. and Suserud, B. O. (2009) Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), pp. 334-341. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00627.x.
- Köse, I. *et al.* (2016) Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer, *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), pp. 677-686.
- Lindholm, C. (2018) *Sår*. 4 edn. Lund: Studentlitteratur.

- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Moore, Z., Johansen, E. and van Etten, M. (2013) A review of PU risk assessment and prevention in Scandinavia, Iceland and Ireland (Part II), *Journal of Wound Care*, 22(8), pp. 423-429. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104206539&site=ehost-live>.
- Moore, Z., Johanssen, E. and van Etten, M. (2013) A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I), *Journal of Wound Care*, 22(7), pp. 361-368. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104204992&site=ehost-live>.
- Moore, Z. *et al.* (2015) Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative survey in Norway and Ireland, *Journal of Wound Care*, 24(8), pp. 333-339. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109830219&site=ehost-live>.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus Groups as Qualitative Research*. doi: 10.4135/9781412984287.
- Nijs, N. *et al.* (2009) Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), pp. 1258-1266.
- Nixon, J. *et al.* (2006) Randomised, controlled trial of alternating pressure mattresses compared with alternating pressure overlays for the prevention of pressure ulcers: PRESSURE (pressure relieving support surfaces) trial, *BMJ*, 332(7555), pp. 1413.
- Oomens, C. *et al.* (2016) How does lateral tilting affect the internal strains in the sacral region of bed ridden patients?—A contribution to pressure ulcer prevention, *Clinical Biomechanics*, 35, pp. 7-13.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2017) *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 edn. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rygh, L. and Saunes, I. S. (2008) *Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten*. (Rapport fra Kunnskapssenteret 8281211962).
- Samuriwo, R. and Samuriwo, R. (2010a) The Impact of Nurses' Values in the Prevention of Pressure Ulcers, *British Journal of Nursing*, 19(15), pp. S4-S14.
- Samuriwo, R. and Samuriwo, R. (2010b) Effects of Education and Experience on Nurses' Value of Ulcer Prevention, *British Journal of Nursing*, 19(20), pp. S8-S18.
- Sandelowski, M. (1995) Sample size in qualitative research, 18(2), pp. 179-183. doi: 10.1002/nur.4770180211.
- Saunes, I. S. *et al.* (2010) Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet.
- Soh, K. L. *et al.* (2013) Nurses' perceptions of standardised assessment and prevention of complications in an ICU, *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), pp. 856-865. doi: 10.1111/jocn.12017.
- Solli, H. (2009) Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse, *Sykepleien Forskning*, 4(1), pp. 52-60.
- Spilsbury, K. *et al.* (2007) Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives, *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), pp. 494-504.
- Strand, T. and 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), pp. 335-342. doi: 10.1016/j.iccn.2010.08.006.
- Strand, T. L., Margareta (2010) Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units:
A descriptive cross-sectional study, *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Sving, E. *et al.* (2012) Registered nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings, *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), pp. 1293-1303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04000.x.

Thagaard (2013).

Thoroddsen, A. *et al.* (2013) Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), pp. 84-91. Available at:
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x/abstract>

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1471-6712.2012.01004.x/asset/scs1004.pdf?v=1&t=j6s6yesg&s=58e239c6013c36aacf e345442737416627b6e9d2>.

Tjora, A. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder* (3. utgave. utg.), Oslo: Gyldendal Akademiske.

Torra i Bou, J.-E. *et al.* (2006) Risk Assessment Scales for Predicting the Risk of Developing Pressure Ulcers, in Romanelli, M., *et al.* (ed.) *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer London, pp. 43-57.

Tweed, C. and 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*, 17(4), pp. 338-346.

Vanderwee, K. *et al.* (2007) Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), pp. 227-235. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00684.x.

Wibeck, V. (2010) *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.