

FOREBYGGING AV TRYKKSÅR

- kunnskaper og holdninger

- erfaring fra ett sykehus

Eva Kronholm Heiberg



Masteroppgave

Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

20.9. 2012

FOREBYGGING AV TRYKKSÅR

kunnskaper og holdninger - erfaring fra ett sykehus

ARTIKKEL

Spørreundersøkelse om effekten av en trykksårsforebyggende
intervensjon på sykepleieres kunnskaper og holdninger

REFLEKSJONSOPPGAVE

Refleksjon over andres og egen erfaring med verktøy som
implementerer kunnskap om trykksårsforebygging

Eva Kronholm Heiberg

Masteroppgave

September 2012

**Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap**

UNIVERSITETET I OSLO

© Forfatter. Eva Kronholm Heiberg

År: 2012

Tittel: FOREBYGGING AV TRYKKSÅR - kunnskaper og holdninger - erfaring fra ett sykehus

Artikkel: Spørreundersøkelse om effekten av en trykksårforebyggende intervensjon på sykepleieres kunnskaper og holdninger

Refleksjonsoppgave: Refleksjon over andres og egen erfaring med verktøy som implementerer kunnskap om trykksårsforebygging

Forfatter: Eva Kronholm Heiberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn:
Eva Kronholm Heiberg

Date:
20.9.2012

Tittel og undertittel:

Artikkel: Spørreundersøkelse om effekten av en trykksårsforebyggende intervensjon på sykepleieres kunnskaper og holdninger

Refleksjonsoppgave: Refleksjon over andres og egen erfaring med verktøy som implementerer kunnskap om trykksårsforebygging.

Sammendrag:

Masteroppgaven har form av en artikkel og en refleksjonsoppgave.

Bakgrunn:

Trykksår er en av flere kvalitetsindikatorer på sykepleie. Et prosjekt rettet mot sykepleiere implementerte risikoskåring for trykksår og en kunnskapsplakat med retningslinjer for forebygging av trykksår.

Hensikt:

Artikkel: Undersøke om intervensjonen har bidratt til økt anvendelse av trykksårsforebyggende tiltak, samt hvilke holdninger sykepleiere har til trykksårsforebygging.

Refleksjon: Reflektere over andres og egen erfaring med verktøy som implementerer kunnskap om trykksårsforebygging.

Metode:

Artikkel: Kvantitativt beskrivende design med webbasert survey. Et egetutviklet spørreskjema kartla hvor mange som fikk veiledning/undervisning i forhold til intervensjonen, bruk av risikoskåring og tiltakene på kunnskapsplakaten. Holdninger til trykksårsforebygging ble målt med et validert anerkjent spørreskjema. Alle sykepleiere (286) på medisinske, kirurgiske, revmatiske og alderspsykiatriske poster var inkludert i utvalget. Svarprosenten var 50.

Refleksjon: Resultatene av litteratursøk i databaser utgjør sammen med resultatene fra egen spørreundersøkelse oppgavens metode.

Resultater:

Artikkel: Åttiseks prosent var ansatt ved implementering, men 44 % hadde aldri fått veiledning/undervisning i bruk av kunnskapsplakaten. Systematisk risikoskåring foregår i liten grad. Likevel brukes kunnskapsplakatens tiltak og sammenhengen mellom sykepleiere som fikk minst et implementeringstiltak og bruk av flere tiltak på kunnskapsplakaten er signifikant. Kun 8 % har ikke sett kunnskapsplakaten utstilt. Holdningene til trykksårsforebygging var meget positive.

Refleksjon: Litteratursøk identifiserte 6 ulike implementeringsverktøy. Omfattende programmer har vist effekt på innsidens/prevalens og økonomiske besparelser over år, mens nytten av kunnskapsplakaten er dokumentert ved å spørre sykepleierne.

Implementeringsverktøy bør være lett tilgjengelige, gjerne logiske og spres bredt.

Implementeringsstrategier og holdningers betydning bør vektlegges.

Konklusjon:

Artikkel: Implementeringstiltakene har økt bruken av trykksårsforebyggende tiltak.

Positive holdninger antas å ha betydning. Implementeringsstrategien bør evalueres. Støtte fra ekspertteam anses nødvendig for kontinuerlig kompetanseheving.

Refleksjon: Kunnskapsplakaten er et lett tilgjengelig implementeringsverktøy for trykksårsforebyggende kunnskap. Fremtidige målinger av innsidens/prevalens og holdninger anbefales.

Nøkkelord:

kvantitativ trykksår risikoskåring poster holdning



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Eva Kronholm Heiberg	Date: 20.9.2012
Title and subtitle: Article: Survey on the effect of a pressure ulcer preventive intervention on nurse's knowledge and attitudes. Reflection: Reflection on others and my own experience with tools that implement knowledge of pressure ulcer prevention.	
<u>Abstract</u> The thesis has the form of an article and an essay. Background: Pressure ulcers are one of several quality indicators of nursing. A project directed at nurses implemented risk ranking for pressure ulcers and a poster with guidelines for prevention of pressure ulcers. Purpose: Article: To examine if the intervention has contributed to increased use of preventive actions and to examine which attitudes nurses have to prevention of pressure ulcers. Reflection: To reflect on others and my own experience with tools that implement knowledge of pressure ulcer prevention. Method: Article: A quantitative descriptive design with a web-based survey. A self- developed questionnaire surveyed how many nurses who received supervision/education in relation to the intervention, the use of risk ranking and the preventive actions at the poster. Attitudes to pressure ulcer prevention were surveyed with a validated acknowledged questionnaire. All nurses (286) on medical, surgical, rheumatic and age psychiatric wards were included in the sample. The response rate was 50. Reflection: The results of the literature search in databases and the results from my own survey represent the method.	

Results:

Article: Eighty-six percent were employed at implementation, but 44% had never received supervision/education in the use of the poster. Systematic risk ranking takes place to a small extent. Nevertheless, preventive actions of the poster are used and there is significant correlation between nurses who received at least one action of implementation and the use several actions at the poster. Only 8% have not seen the poster exhibited. Attitudes to pressure ulcer prevention were very positive.

Reflection:

Search in the literature identified 6 different tools of implementation. Comprehensive programs have shown effects of incidence/prevalence and reduction in economic costs over years, while the usefulness of the poster is documented by asking the nurses.

Implementation tools should be readily available, often logical and wide spread. Strategies for implementation and the importance of attitudes should be emphasized.

Conclusion:

Article: The actions of implementation have increased the use of preventive actions. Positive attitudes are believed to be of importance. The strategy of implementation should be evaluated. Support of an expert team is considered necessary for continuously upgrading of skills.

Reflection: The poster is an easily accessible tool for implementation of pressure ulcer preventing knowledge. Future measurements of the incidence/prevalence and attitudes are recommended.

Key words:

quantitative pressure ulcer risk ranking poster attitude

FORORD

Ideen om å utvikle kunnskapsplakaten ”Trykksår - forebygging og behandling” oppstod i 2008 på Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Fag-og forskningssykepleier Elisabeth Ruud Rønning utpekte trykksår til et satsingsområde. Vi hadde sammen stor tro på et kvalitetsforbedrende prosjekt med risikoskåring for trykksår og en kunnskapsplakat. Jeg ønsker å takke Elisabeth for at hun gav meg det ekstra puffet til å søke masterstudiet. Vårt svært gode samarbeid har i ettertid ført til at nettopp trykksår ble masteroppgavens tema.

På veien mot levering av denne oppgaven er det fler som fortjener en stor takk.

Det er Diakonhjemmet sykehus som gav meg mulighet til å studere.

Karen Waage for praktisk bistand med distribusjon av spørreskjema og korrekturlesing.

Linn og Kristel for korrekturlesing. Jo William for teknisk støtte.

Min alltid fleksible enhetsleder Frank Bakkejord og mine gode kolleger som jobbet hardere under mine studiepermisjoner.

Tusen takk til alle sykepleierne som bidrog til studien gjennom å besvare spørreskjema.

Takk til hovedveileder Inger Schou – Bredal og biveileder Karen L. Kautzman Bjøro for uvurderlig hjelp. Takk for at dere holdt meg på sporet og utfordret meg til å strekke meg lengre.

Karen L. Kautzman Bjøro takkes også for hennes bidrag til den norske oversettelsen av spørreskjema ”Attitude towards pressure ulcer prevention instrument” (APuP) (Beekman et al, 2010).

Takk til min kjære familie. Einar for hjelp til korrekturlesing og oppmuntring når det har røynt på. Ida og Fredrik for tålmod med en tidvis stresset mor. Min trofaste islender Hetja må også nevnes. En ridetur i skogen er god medisin for et trett hode.

INNHALDSFORTEGNELSE

<i>Introduksjon</i>	.....	1
<i>Metode</i>	.....	3
<i>Setting og utvalg</i>	.....	3
<i>Instrumenter</i>	.....	3
<i>Etiske overveielser</i>	.....	5
<i>Statistikk</i>	.....	5
<i>Resultater</i>	.....	6
<i>Diskusjon</i>	.....	7
<i>Konklusjon</i>	.....	11

Referanseliste

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Demografiske data og bakgrunnsdata

Tabell 2: Oversikt over i hvilken grad forskjellige tiltak på Kp brukes

VEDLEGG ARTIKKEL

Forfatterveiledning for Sykepleien Forskning

INNHALDSFORTEGNELSE REFLEKSJONSOPPGAVE

<i>Kapittel 1.</i>	<i>INNLEDNING</i>	.....	1
	<i>1.1 Bakgrunn for refleksjonsoppgaven</i>	.....	2
	<i>1.2 Refleksjonsoppgavens hensikt</i>	.....	3
	<i>1.3 Holdninger</i>	.....	4
	<i>1.4 Implementeringsstrategi</i>	.....	5
<i>Kapittel 2.</i>	<i>PRESENTASJON AV IMPLEMENTERINGSVERKTØYET</i>		
	<i>KUNNSKAPSPLAKATEN</i>	.....	6
	<i>2.1 Teoretisk forankring</i>	.....	6
	<i>2.2 Implementeringsstrategi</i>	.....	7
	<i>2.3 Implementeringstiltak</i>	.....	7
	<i>2.4 Evaluering av implementering</i>	.....	8
<i>Kapittel 3.</i>	<i>METODE</i>	.....	8
<i>Kapittel 4.</i>	<i>RESULTATER</i>	.....	8
	<i>4.1 Waterlowrisikoscåringskjema og Kunnskapsplakaten</i>	.....	9
	<i>4.2 Sykepleiesjekkliste</i>	.....	9
	<i>4.3 Flytskjema/Flowchart</i>	.....	10
	<i>4.4 Kunnskapsimplementering ved hjelp av respekterte kolleger/likemannsopplæring</i>	.....	10
	<i>4.5 Huskeregel som vedheng på nøkkelsnoren - utdanningstavler,</i>		

	sårbehandler og belønning	11
	4.6 Kommunikasjonsskjema - praktiske øvelser, e-læring, oppgradering av utstyr og armbånd	12
	4.7 Omfattende trykksårsprogrammer – spesialistsykepleier, avviksrapportering, spesialmadrasser, revisjoner, akronym, algoritm, huskesang og humor.....	14
Kapittel 5.	DISKUSJON.....	15
	5.1 Waterlowrisikokåringskjema og Kunnskapsplakaten.....	15
	5.2 Sykepleiesjekkliste	16
	5.3 Flytskjema/Flowchart	17
	5.4 Respekterte kolleger/likemannsopplæring	17
	5.5 Huskeregel som vedheng på nøkkelsnoren	18
	5.6 Kommunikasjonsskjema	20
	5.7 Omfattende trykksårsprogrammer	21
	5.8 Holdninger	21
	5.9 Implementeringsstrategi.....	23
Kapittel 6.	OPPSUMMERING.....	24
	REFERENSELISTE	26

VEDLEGG

Vedlegg 1: Kunnskapsplakate

Vedlegg 2: Waterlowrisikokåringskjema, pasientjournaldokument Diakonhjemmet sykehus

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlegg 4: Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP)

Vedlegg 5: Svar på fra fremleggingserklæring for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Vedlegg 6: Tillatelse fra Medisinsk avdeling

Vedlegg 7: Tillatelse fra alderspsykiatrisk avdeling

Vedlegg 8: Tillatelse fra kirurgisk avdeling

Vedlegg 9: Tillatelse fra anestesi og intensivavdelingen

Vedlegg 10: Tillatelse fra revmatologisk avdeling

Vedlegg11: Søknad til Forskningsutvalget

Vedlegg12: Tillatelse fra Personalsjef

Vedlegg 13: Implementeringstiltak

Spørreundersøkelse om effekten av en trykksårsforebyggende intervensjon på sykepleieres kunnskaper og holdninger

Sammendrag

Bakgrunn: Trykksår er en av flere kvalitetsindikatorer på sykepleie. Et prosjekt rettet mot sykepleiere implementerte risikoskåring for trykksår og en kunnskapsplakat (Kp) med trykksårsforebyggende retningslinjer.

Hensikt: Undersøke om intervensjonen har bidratt til økt anvendelse av trykksårsforebyggende tiltak samt hvilke holdninger sykepleiere har til trykksårsforebygging.

Metode: Et egetutviklet spørreskjema kartla hvor mange sykepleiere som fikk veiledning/undervisning i forhold til intervensjonen, bruk av risikoskåring og tiltakene på Kp. Holdninger til trykksårsforebygging ble målt med et validert anerkjent spørreskjema.

Resultat: Åttiseks prosent var ansatt ved implementering, men 44 % hadde aldri fått veiledning/undervisning i bruk av Kp. Hver fjerde sykepleier hadde deltatt på kun ett implementeringstiltak. Systematisk risikoskåring foregår i liten grad. Likevel brukes tiltak på Kp og det er signifikant sammenheng mellom sykepleiere som fikk minst et implementeringstiltak og bruk av flere tiltak på Kp. Kun 8 % har ikke sett Kp utstilt. Sykepleierne hadde meget positive holdninger til trykksårsforebygging.

Konklusjon: Svært mange sykepleierne mottok ikke implementeringstiltak og få risikoskårer. Implementeringstiltakene har økt bruken av trykksårsforebyggende tiltak på Kp. Positive holdninger antas å ha betydning. Utstilling av Kp sikrer lett tilgjengelighet. Implementeringsstrategien bør evalueres. Støtte fra ekspertteam anses nødvendig for kontinuerlig kompetanseheving.

Nøkkelord: kvantitativ trykksår risikoskåring poster holdning

Survey on the effect of a pressure ulcer preventive intervention on nurse's knowledge and attitudes.

Abstract

Background: Pressure ulcers are one of several quality indicators of nursing. A project directed at nurses implemented risk ranking for pressure ulcers and a poster (Kp) with guidelines for prevention of pressure ulcers.

Purpose: To examine if the intervention has contributed to increased use of preventive actions and to examine which attitudes nurses have to prevention of pressure ulcers

Method: A self-developed questionnaire surveyed how many nurses who received supervision/education in relation to the intervention, the use of risk ranking and the preventive actions at the Kp. Attitudes to prevention of pressure ulcers were surveyed with a validated acknowledged questionnaire.

Results: Eighty-six percent were employed at implementation, but 44% had never received supervision/education in the use of the Kp. Every fourth nurse had attended only one action of implementation. Systematic risk ranking takes place to a small extent. Nevertheless, the preventive actions of the Kp is used and there is significant correlation between nurses who received at least one action of implementation and the use of several actions of the Kp. Only 8% have not seen the Kp exhibited. The nurses had very positive attitudes to prevention of pressure ulcers.

Conclusion: Quite a lot of nurses received no actions of implementation and few nurses rank risk. The actions of implementation have increased the use of preventive actions of the Kp. Positive attitudes are believed to impact. Exhibition of the Kp ensure high availability. The strategy on implementation should be evaluated. Support of an expert team is considered to be necessary for continuously upgrading of skills.

Keywords: quantitative pressure ulcer risk ranking poster attitude

Spørreundersøkelse om effekten av en trykksårsforebyggende intervensjon på sykepleieres kunnskaper og holdninger

INTRODUKSJON

Trykksår (TS) er en skade på huden. Pasienter med redusert allmenntilstand og mobilitet får oftest TS og eldre pasienter er særlig utsatt (1-3, 4, 5). Forekomsten av TS i norske sykehus er ukjent, men internasjonale studier viser at forekomsten av TS i sykehus er 12-18 % (6, 7, 8), og tilsvarende studie på en klinikk på Ullevål universitetssykehus viste en prevalens på 17,4 % (9). Trykksår antas å være et betydelig klinisk problem i norske sykehus og medfører redusert livskvalitet for pasienten (10, 11, 12, 13).

Det hevdes at opptil 95 % av trykksår kan forebygges (2) og internasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer anbefaler tiltak innen flere områder. Et av de viktigste forebyggende tiltak er systematisk vurdering av hud og risikovurdering for å identifisere personer i risiko for TS. Flere standardiserte risikokåringsverktøy er utviklet hvorav Bradenskala, Nortonskala og Waterlowskala (WRS) er mest utbredt (14). Evalueringsstudier av risikokåringsverktøy viser at disse kan bidra til å identifisere utsatte pasienter, men at de ikke erstatter sykepleierens kliniske skjønn (15).

Andre viktige tiltak retter seg inn mot de enkelte risikofaktorer for TS og omfatter anvendelse av puter og madrasser som omfordeler trykk, stillingsendring og mobilisering, ernæringstiltak samt hud- og kontinenspleie (4).

Overordnede kunnskapsbaserte retningslinjer i seg selv er ikke nok. Trykksårsprevalensen har ikke gått ned til tross for internasjonalt aksepterte kunnskapsbaserte retningslinjer (1).

Implementering av kunnskap i praksis er en utfordring som krever en planlagt og systematisk strategi. Retningslinjer må tilpasses den aktuelle kliniske setting og gjøres tilgjengelige (10) og opplæring av personalet er sentrale tiltak (16, 17, 18, 19). I tillegg er det viktig å utvikle

positive holdninger til trykksårforebygging (16, 20). Beeckman m. fl (1) bygger på Rockeach (1966) (21) og Petty og Cacioppo (1996) (22) og definerer holdninger som et relativt vedvarende system av sammenhengende oppfatninger som kan indikere hva som kan forventes av andre.

Negative holdninger til trykksårsforebygging er forventet å være et hinder for å bruke trykksårsforebyggende retningslinjer (1).

En sår-faggruppe på Diakonhjemmet sykehus i Oslo tok selv initiativ til å utvikle en trykksårforebyggende intervensjon som besto av en kunnskapsplakat (Kp) (vedlegg1) og innføring av systematisk risikovurdering med Waterlow skala (WRS) som ble lagt inn som dokument i pasientjournalen i norsk versjon (vedlegg 2).

WRS omfatter seks risikofaktorer som ernæringsstatus målt ved kroppsmasseindeks (KMI), alder, kjønn, kontinens, hudstatus og mobilitet. Risikofaktorene er verdsatt med ulike poeng og total poengsum rangerer fra 2 til 22. Fire andre spesielle risikofaktorer vurderer nedsatt vevsoxygenisering, nevrologisk svikt, kirurgi og medisiner. Disse gir tilleggspoeng fra 1-8. Total poengsum på 10+ tilsier risiko, 15+ tilsier høy risiko og 20+ tilsier meget høy risiko og gir grunnlag for anbefaling av tiltak som type madrass, pute og ernæring (23).

Kunnskapsplakatens hensikt var å fremstille i foto og tekst lokale kliniske retningslinjer som er utviklet basert på internasjonale anbefalinger (4). WRS setter fokus på risikoskåring for å identifisere pasienter som står i fare for å få TS. Lokalt utstyr er tilpasset pasientens risikonivå. Hudpleie støttes med eget utviklet skjema som systematiserer vaskemidler og kremer til forskjellige hudtyper (24, 25, 26, 27). I tillegg vises og beskrives stillingsendring og mobilisering (28, 29). Hudvurdering med kategorisering av alvorlighetsgrad på eventuelle trykksår støttes ved hjelp av foto og beskrivelse (4). Prinsipper og råd for sårbehandling er supplert med fotos (2, 3,4, 30,15).

Sår-faggruppen hang dette implementeringsverktøy (Kp) opp på postenes vakt- eller arbeidsrom.

Etter at det ble avholdt undervisning, praktiske øvelser og veiledning ble Kp og WRS implementert våren 2009.

Hensikten med studien er å undersøke om implementering av risikoskåring og kunnskapsplakaten har bidratt til økt anvendelse av trykksårforebygging i sykepleiepraksis. Videre er hensikten å undersøke sykepleieres holdninger til trykksårforebygging.

Følgende forskningsspørsmål vil belyse dette:

1. Hvor mange sykepleiere fikk veiledning/undervisning i forhold til intervensjonen?
2. I hvilken grad har sykepleiere anvendt WRS for å skåre risiko for trykksår og i hvilken grad har sykepleiere satt i verk tiltakene på kunnskapsplakaten?
3. Hvilke holdninger har sykepleierne til trykksårforebygging?

METODE

En kvantitativ beskrivende design med webbasert survey ble valgt for å besvare forskningsspørsmålene.

Setting og utvalg

Settingen var aktuelle sengeposter på medisinsk, kirurgisk, revmatisk og alderspsykiatrisk avdeling på Diakonhjemmet sykehus. Akuttmottak ble ekskludert på grunn av kort liggetid.

Inklusjonskriterier: 1) autorisert sykepleier 2) arbeider klinisk på deltakende sengepost.

Eksklusjonskriterier: innehar enhetslederstilling, fordi leder i ytterst begrenset omfang deltar i den direkte pasientbehandlingen.

Instrumenter

Sykepleieres egen vurdering av implementeringstiltak, samt vurdering av i hvor stor grad de bruker WRS og tiltak på kunnskapsplakaten ble målt med egenutviklet instrument. Eget instrument ble utviklet fordi ingen validert spørreskjema ble identifisert (31, 32, 33) (vedlegg

3). Instrumentet omfattet også demografiske data som: alder, kjønn, antall år i arbeid, ansettelsestidspunkt, og spesialutdanning. Spørreskjemaet omfattet 21 lukkede spørsmål .

De fleste spørsmål skulle besvares i en Likert skala med svaralternativene veldig enig, enig, uenig og sterkt uenig. Få kunne besvares med ja/nei. Syv spørsmål omhandlet hvilke implementeringstiltak respondenten hadde erfart/deltatt på med mulighet for å registrere fra 1 til 7 tiltak. To spørsmål kartla bruk av WRS og 5 bruk av tiltakene på Kp. Foreksempel: "Kp inneholder råd om hudpleie og hvilke vaskemidler og kremer som egner seg for forskjellige hudtyper. Har det endret din praksis?". Svaralternativene var aldri, sjeldent, ofte og alltid. De øvrige spørsmål kartla for eksempel sykepleiernes syn på verdien av risikoskåring og behov for kunnskapstilførsel. Hvert spørsmål måtte besvares for å gå til neste og det var ikke mulig å gå tilbake til et tidligere besvart spørsmål.

Holdninger til trykksårforebygging ble målt med Attitude towards Pressure Ulcer Prevention instrument (APuP) (vedlegg 4) som omfatter 13 spørsmål relatert til sykepleiernes holdninger til egen trykksårforebygging på 5 faktorer: Kompetanse på å forebygge trykksår, prioritering av trykksårforebygging, betydning av ubehag for pasienten og økonomisk betydning, ansvarlighet for å forebygge TS og effekten av trykksårforebygging. Hvert spørsmål besvares på en 1-4 punkts Likert skala og gir en totalskåre på 13-52 poeng. En studie omregnet gjennomsnittlig poengskåre til prosent og anså gjennomsnittskåre på 75 % som tilfredsstillende (34). I den originale evalueringsstudie hadde APuP tilfredsstillende reliabilitet (Cronbachs alpha 0,79) (1). En formell prosedyre ble fulgt for oversettelse av instrumentet til norsk. To norsk-engelsk språklige oversatte til norsk og to engelsk-norsk språklige oversatte instrumentet tilbake til engelsk (back translation) for å oppnå ekvivalens mellom den opprinnelige og den oversatte versjon (33).

Det webbaserede programmet "QuestBack" (QB) (35) ble benyttet for elektronisk tilrettelegging av spørreskjemaet og elektronisk distribusjon til de aktuelle respondenter. En medarbeider bistod med oversikt over avdelingenes sykepleierstab (antall) og elektroniske postadresser. Enhetslederne ble informert om studien og bidro med standardisert informasjon til sykepleierne rett før surveyen ble distribuert. De hjalp også med en påminnelse.

En pilot ble foretatt for å teste spørreskjemaet før distribusjon til hele utvalget. Hensikten med piloten var å undersøke forståelighet av spørsmålene, om layout var hensiktsmessig og

eventuelle uforutsette sider ble også ivaretatt gjennom piloten (33). Respondenter med kort og lang erfaring ble utvalgt av enhetslederne på henholdsvis en medisinsk og en kirurgisk post. Det var tre som responderte og piloten medførte få justeringer av spørreskjema. Reliabiliteten til spørreskjema kan først vurderes, når det er brukt på hele utvalget på samme premisser som i piloten. Hvorvidt spørreskjema måler det som er hensikten og får frem valide data er pilotens data for få til å si noe om (33, 36).

Etiske overveielser

Studien er gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen. Det ble informert om at respondentene ved å svare på spørreundersøkelsen samtykket i deltagelse. De oppfylte da alminnelig krav til informert samtykke (37). Det var uaktuelt å søke Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste da studien var anonym. Full anonymitet ble fremhevet i all informasjon knyttet til studien.

Godkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk var ikke nødvendig (vedlegg 5).

Tillatelse til feltet ble innhentet fra fem avdelingssjefer (vedlegg 6-10). Søknad til Forskningsutvalget var ikke nødvendig (vedlegg 11). Personalsjef ga tillatelse til å distribuere surveyen elektronisk via sykehusets interne nett (vedlegg 12).

Statistikk

Data ble analysert ved bruk av statistikkprogrammet SPSS (38). Deskriptiv statistikk i form av analyse av frekvensmål (antall og prosent), sentralmål (mean, median) og variasjon (standard avvik (SD)) ble benyttet. Non-parametriske tester ble valgt da disse ikke har samme krav til utvalgsstørrelse, lineære sammenhenger og normalfordeling som parametriske tester (39). Mann-Whitney U test ble anvendt for å se på sammenheng mellom en dikotom og kontinuerlig variabel. Kvikvadrattest for å se på sammenheng mellom kategoriske variabler. Krysstabell ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom dikotome variabler og kategoriske variabler. Signifikans nivå var $p \leq 0,05$.

RESULTATER

Av 286 sykepleiere besvarte 143 spørreskjema, som gir en svarprosent på 50. Slik det fremgår av tabell 1 var majoriteten av sykepleierne kvinner, 40 år eller yngre. De fleste hadde flere års erfaring fra yrket og vel en tredjedel hadde videreutdanning.

Deltakelse i veiledning/undervisning

Førti-fire prosent av sykepleierne svarte at de aldri hadde fått veiledning/undervisning i bruk av Kp. Flest hadde fått undervisning om WRS og Kp, annen undervisning/veiledning og øvd på å risikoskåre i WRS utfra case. Kun 6 % hadde deltatt på heldagskurs om trykksår og 6 % mottok veiledning i praksis av konsulent.

Nesten hver fjerde sykepleier hadde deltatt på kun ett implementeringstiltak og hver femte på to tiltak, mens ingen hadde deltatt på mer enn fem tiltak. Tre sykepleiere svarte at de aldri hadde fått veiledning/undervisning i bruk av Kp mens de samtidig svarte at de hadde deltatt på henholdsvis ett tiltak og to tiltak.

Det var 86 % av sykepleierne ansatt på tidspunktet for intervensjonen. De som var ansatt etter hadde størst ønske om repetisjon.

Av de som har mottatt et eller flere implementeringstiltak var 41 % fornøyd.

Anvendelse av WRS og tiltak på Kp

Nitti-to prosent av sykepleierne var enig i at risikoskåring bidrar til forebygging av trykksår.

Kun 8 % opplyste at de aldri har sett Kp utstilt på posten.

Tabell 2 viser at majoriteten alltid/ofte skaffet avlastende madrass eller puter når det var påkrevet, svært få brukte WRS mens ca 1/3 alltid/ofte brukte andre tiltak på Kp.

Svært mange 68 % var ikke fornøyd med tilgjengeligheten på avlastende madrasser og puter.

Sykepleiere som har deltatt på minst ett implementeringstiltak var mer tilbøyelig til å iverksette forebyggende tiltak og denne sammenheng var signifikant for tiltakene mobilisering ($p=,003$), hudpleie ($p=,000$) og hudvurdering/trykksårklassifisering ($p=,001$) sammenlignet med de som ikke hadde mottatt noen implementeringstiltak. Det var ikke signifikant sammenheng mellom deltakelse på implementeringstiltak og risikoskåring med WRS ($p=,27$) og for tiltaket bruk av avlastende madrasser/puter ($p=,59$).

Holdninger til trykksårforebygging

Cronbachs alpha for den norske utgaven av APuP var 0,64. APuP sumskåre viste en median på 44 poeng, interkvartil avstand 42,47. Gjennomsnitt på 44,4 poeng (SD 3,4) er omregnet i prosent 85,4 %.

Det var ingen signifikante forskjeller i sumskåre på APuP for sykepleiere med eller uten videreutdanning ($p=,63$) og heller ikke i forhold til sykepleiere som hadde mottatt minst et implementeringstiltak ($p=,67$).

DISKUSJON

Deltakelse i veiledning/undervisning

Siden 86 % av sykepleierne var ansatt på intervensjonstidspunktet er det overraskende at 44 % aldri hadde fått veiledning/undervisning i bruk av Kp. Hver fjerde sykepleier hadde deltatt på kun ett implementeringstiltak og hver femte på to tiltak, slik at det utvilsomt er behov for evaluering av implementeringsstrategien. Sykepleiere som mottok implementeringstiltakene var fornøyd med disse, men de ønsket repetisjon i likhet med de som ikke mottok tiltak.

TS medfører alvorlige komplikasjoner og store merkostnader for samfunnet (2, 10,11, 13, 40). Implementeringsstrategien må derfor evalueres for å fange opp alle sykepleiere. For å lykkes med kvalitetsforbedrende prosjekt kreves forankring fra sykehusledelsen til hver enkelt avdelingsleder. Herunder må både ansatte og nyansatte sykepleiere ha oppfølging, og forskning viser også at et vist sosialt press har betydning (41, 16). Det må kontrolleres at

kompetanse på å risikoskåre og bruke Kp er innarbeidet, hvilket kan være utfordrende for avdelingsledere som stadig delegeres nye ansvarsområder. Krav til effektivitet og lønnsomhet kan forringe pleien og TS er en av flere kvalitetsindikatorer (42).

For å holde fokus og heve kunnskapsnivået anbefales bistand fra Sår-faggruppe/ekspertteam på TS samt monitorering av insidens/prevalens (5, 43, 44). Erfaring og forskning viser også at utdanning, repetisjon og strategier har stor betydning (17). På 3 av Kp's tiltak fant studien signifikante funn mellom bruk av disse tiltak og sykepleierne som mottok minst et implementeringstiltak versus de som ikke fikk. Det støtter betydningen av utdanning samtidig som at Kp utstilt på posten gjør de innlærte trykksårsforebyggende retningslinjer lett tilgjengelige.

Iverksettelse av forebyggende tiltak

Svært lav grad av risikoskåring i WRS må ses i sammenheng med at 44 % aldri har fått veiledning/undervisning i bruk av Kp. På dette tiltaket var det ikke signifikante funn på sykepleierne som mottok minst et implementeringstiltak versus de som ikke fikk. Derfor ligger også andre årsaker til grunn når paradoksale 92 % av sykepleierne er enig i at risikoskåring fører til forebygging av trykksår. Motstrid mellom overbevisning og handling kan skyldes dårlig tid og mangel på utstyr (5, 16). Bemerk m. fl. (44) mener at risikovurdering antakelig konkurrerer med andre screeningsskjemaer og at sår har lavstatus og nedprioriteres i en travel hverdag. Stor utilfredshet med tilgjengeligheten på avlastende puter og madrasser kan også føre til manglende prioritering av risikoskåring og igjen resultere i pasientskade. Det kan forklare at det ikke er signifikant sammenheng mellom deltakelse på implementeringstiltak og å risikoskåre med WRS.

Tiden fra intervensjon til spørreundersøkelsen var lang, nesten 2 år. Tatt i betraktning at 44 % aldri har fått veiledning/undervisning i bruk av Kp kan lett tilgjengelighet ha bidratt til at den brukes uansett (tabell 2) og brukes som kunnskapskilde uten forutgående skåring i WRS. Tilsvarende adferd beskrives i en svensk kvalitativ studie på norske sykehjemssykepleiere. Studien avdekket mangel på systematisk risikovurdering og viste at sykepleiere har lett for å

gå direkte fra datainnsamling til å planlegge sykepleieintervensjoner, når de resonnerer klinisk (45).

Hvor nødvendig er risikoskåring, når Kp brukes i høy grad av de som ikke har risikoskåret? Selv om kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig til å vurdere effekten av å bruke risikoskåringstiltak for utvikling av TS, anbefales risikoskåring i nasjonale og internasjonale veiledere og retningslinjer (46). Et systematisk review på randomiserte kontrollerte studier slo fast, at det ikke finnes evidens for at bruk av risikoskåringstiltak senker innsidens av trykksår, samtidig som de konkluderte med at tiden er moden for et nytt review (5).

De fleste sykepleiere var under 40 år men hadde relativt lang gjennomsnittlig arbeidserfaring (8,5 år) hvilket gir forventning om godt klinisk skjønn. Imidlertid er det påvist at skåring avdekker pasienter med risiko som klinisk skjønn ikke fanger opp (15). Det er ikke signifikant forskjell på sykepleierne som mottok minst et implementeringstiltak og de som ingen fikk i forhold til at skaffe madrasser og puter, slik at flere og sammensatte årsaker kan ligge til grunn for at 93 % av sykepleierne ofte/alltid skaffer madrasser og puter når det er påkrevet. Det kan skyldes gode holdninger også før intervensjonen og godt klinisk skjønn, samt at avlastende utstyr var en del av praksis før intervensjonen. Men intervensjonen har trolig har økt etterspørselen siden 68 % er misfornøyd med tilgjengeligheten.

Kun 8 % har ikke observert at Kp utstilt og studien viser at et visuelt verktøy som Kp kan bidra til å implementere trykksårsforebyggende retningslinjer i praksis med og uten risikoskåring. Forskning viser at det er komplekst å påvirke adferd og at kunnskap spiller en viktig rolle (16, 18).

Holdninger til trykksårsforebygging

Målt med APuP var sykepleienes holdninger positive, med 10 % høyere gjennomsnitt på sumskåre enn andre har ansett som tilfredsstillende (34). Negative holdninger til trykksårsforebygging er forventet å være et hinder for å bruke trykksårsforebyggende retningslinjer (1), hvorfor høy sumskåre indikerer, at sykepleierne i denne studie har gode kunnskaper som kan bidra til å påvirke holdninger og adferd i praksis. Det var ikke

signifikante forskjeller i sumskåre på APuP for sykepleiere med eller uten videreutdanning og heller ikke i forhold til sykepleiere som hadde mottatt minst et implementeringstiltak.

Jeg mener at positive holdningene også kan tilskrives påvirkning fra kolleger, som har mottatt implementeringstiltak. De kan med likemannsopplæring og egen adferd har foregått som gode eksempler (16, 17, 47) og tatt ansvar for kollegers kompetanse.

Cronbach Alpha var 0,64 for hele APuP mot Cronbachs alpha 0,79 hos instrumentutvikler (1). Kulturelle forskjelle kan forklare denne forskjell. Instrumentet er utviklet og testet i Nederland. Derfor er det interessant om instrumentets validitet og reliabilitet testes ytterligere i Norden.

Styrker og svakheter

Det hadde styrket studiens design om utvalget hadde vært randomisert, men da det var lagt til rette for at alle sykepleierne burde ha blitt omfattet av implementeringstiltakene var det ikke mulig. Avdelingsvise data ville vært interessant, men en slik registrering kunne så tvil om full anonymitet fordi settingen var relativt små enheter. Høyere svarprosent enn 50 % hadde styrket studiens funn, dog utgjør 50 % i tall 143 sykepleiere, slik at en kan tillate seg å generalisere (33).

Svakheten ved et eget utviklet spørreskjema er at det ikke er validert gjennom å bli testet på mange respondenter. Det er usikkert om det får frem valide data. Reliabiliteten er også usikker så lenge det ikke er gjort gjentatte målinger og oppnådd samme svar. Piloten medførte få justeringer av spørreskjema, hvilket er positivt. Det styrker studien at Chronbach alpha er 0,64 for instrumentet APuP (33)

Implikasjoner:

Studiens resultater er viktige fordi de viser at intervensjonen har bidratt til bevisstgjøring og gode holdninger. Studien avdekker forbedringsområder, men andre kan lære av resultatene og kopiere intervensjonen. Kp er et synlig og praktisk implementeringsverktøy som kan bidra til å begrense lidelse, død (48) og signifikant økende omkostninger og liggetid.

KONKLUSJON

Svært mange sykepleierne mottok ikke implementeringstiltak. Få risikoskåre i WRS men Kp`s tiltak brukes også uten forutgående risikoskåring. Kp henger fortsatt utstilt etter nesten 2 år. Det er signifikans for sammenheng mellom mottak av minst et implementeringstiltak og bruk av tiltak på Kp. Høy sumskåre på holdninger antas å fremme trykksårsforebyggende adferd mens mangel på trykkavlastende utstyr antas å hindre slik adferd. Implementeringsstrategien bør evalueres for å favne alle sykepleiere. Sykepleienes kompetanse på å risikoskåre og bruke Kp må kontrolleres. Støtte fra ekspertteam anses nødvendig for kontinuerlig kompetanseheving samt monitorering av insidens/prevalens og holdninger.

REFERENSELISTE

1. **Beeckman D, Defloor T, Demarré L, Van Hecke A, Vanderwee K.** Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer prevention instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47:1432-41.
2. **Christina Lindholm.** Sår. Akribes; Oslo 2004.
3. **Gottrup F Karlsmark T.** Sår-Baggrund, diagnose og behandling. Munksgaard Danmark, 2008.
4. **Clinical practical guideline. 2009.** Tilgjengelig fra: <http://www.epuap.org/guidelines>. (Nedlastet 1.2.2010)
5. **Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers.** Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006471.pub2/pdf>. (Nedlastet 1.3.2012).
6. **Vanderwee K, Defloor T, Beeckman D, Demarré L, Verhaeghe S, Van Durme T, Gobert M.** Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Qual Saf*. 201; 260-7.
7. **Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T.** (2007). "Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study." *J Eval Clin Pract*; 227-35.
8. **Gunningberg L, Stotts NA, Idvall E.** Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *Int Wound J*. 2011; 465-73.
9. **Bjøro K, Ribu L.** Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus. *Sykepleien Forskning* 2009 4(4):298-305.
10. **Braut G.S.** Trykksår som samfunnsmedisinsk utfordring. *Sår* 2009;17(1):24-26.
11. **Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S.** Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs* 2007; 494-504.
12. **Gorecki C, et al. Gorecki C, et al.** Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 1175-83.
13. **Gorecki C, Nixon J, Madill J.A, Firth J, Brown J.M.** 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*. 2012; 3–12.

14. **Balzer K, Pohl C, Dassen T. Halfens, R.** The Norton, Waterlow, Braden, and Care dependency Scales. *J WOCN*. 2007; 389-398.
15. **Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T.** Science and Practice of pressureUlcer management. Springer –Verlag, London Limited. 2006
16. **Buss IC, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Kok G.** Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *J Clin Nurs*. 2004 ; 668-76.
17. **Armstrong DG, Ayello EA, Capitolo KL, Fowler E, Krasner, DL, Levine JM, Jeffrey M, Sibbald RG, Smith APS.** New opportunities to improve pressure ulcer prevention and treatment. *Advances in Skin & Wound Care*. 2008; 469-478.
18. **Bales, T. Duvendack.** Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence, an update. *Journal of Wound Care*. 2011; 374 – 377.
19. **Ate Loonstra, Claire Weston.** Pressure ulcer prevention: achieving zero prevalence. An advertorial. Tilgjengelig fra: <http://www.woundsinternational.com/practice/development/pressure-ulcer-prevention-achieving-zero-prevalence-an-advertorial/page-1>. (Nedlastet 1.3.2012)
20. **Moore Z, Prize P.** Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *J Clin Nurs*. 2004;942-51.
21. **Petty, R. E., Cacioppo, J. T.** Introduction to attitudes and persuasion. In: *Attitudes and Persuasion: Classic and contemporary Approaches*. In: Beeckman D, Defloor T, Demarré L, Van Hecke A, Vanderwee K. *Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer prevention instrument (APuP)*. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47:1432-41.
22. **Rockeach, M.** Attitude change and behavioral change. In: Beeckman D, Defloor T, Demarre`L, Van Hecke A, Vanderwee K. *Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer prevention instrument (APuP)*. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47:1432-41.
23. **The Waterlow Pressure Sore Risk Assessment Tool and Waterlow Scale Manual, improving care and prevention of pressure ulcers/bed sores.** Tilgjengelig fra: http://www.judy-waterlow.co.uk/waterlow_score.htm. (Nedlastet 30.4.2012).
24. **Langøen A.** *Huden: pleie, pleiemidler og sårbehandling*. Gyldendal akademisk, Oslo. 2006.

25. **Not Just A Bed Bath!** Tilgjengelig fra: immedia.mypublizer.dk/.../bagbath_presentation. (Nedlastet 30.4.12)
26. **Bruun Wyller V.** Det sunde og det syge menneske, Huden, infeksjonsforsvaret, kønsorganerne. GAD, København. 2008.
27. **Skewes S.** Skin Care Rituals That Do More Harm Than Good. American Journal of Nursing. 1996; 10: 32
28. **Dreier H.** Tryksårsforebyggelse i den siddende stilling. Hjælpemiddelinstitutet, København. 2003.
29. **Dreier H.** Kan man hele mens man sitter på et siddesår. Sår 2004;12. 144-148
30. **Oland I.** Sår og sykepleie. Universitetsforlaget, Oslo. 2001.
31. **Haraldsen G.** Spørreskjema metodikk etter kokebokmetoden. Gyldendal, Oslo. 1999.
32. **Bradburn N, Seymour S, Wansink, B.** Asking Questions. John Wiley & Sons, SanFrancisco. 2004.
33. **Polit DF, Beck CT.** Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for NursingPractice. Lippencott Williams & Wilkins. 2008.
34. **Beeckman M, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K.** What do nurses know and how do they feel about prevention? EWMA Journal. 2010; 10 (3): 10.
35. **Questback.** Tilgjengelig fra: <http://www.questback.no/>.(Nedlastet 30.4.2012).
36. **Aalen et al.** Statistiske metoder i medisin og helsefag. Gyldendal Norsk forlag AS, Oslo. 2006.
37. **Ruyter K.W.** Forskningsetikk. Gyldendals forlag, Oslo. 2003.
38. **Johannessen A.** Introduksjon til SPSS. Abstrakt forlag, Oslo. 2009.

39. **Pallant J.** SPSS Survival Manual. Open University Press, Maidenhead. 2007.
40. **Allman, RM., Goode, PS., Burst, N., Bartolucci, AA., Thomas, DR.** Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Adv. Wound care.* 1999; 22-30.
41. **Strand, T.; Lindgren M.** Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010; 335-42.
42. **Pasientsikkerhetskampanjen.** Tilgjengelig fra:
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no>. (Nedlastet 30.4.12).
43. **Tully S, Ganson C, Savage P, Banez C, Zarins B.** Implementing a wound care resource nurse program. *Ostomy Wound Manage.* 2007; 53(8):46-8, 50, 52-3.
44. **Bermark S, Jensen LB, Krejbjerg E et al.** Seks prævalensundersøgelser for tryksår. *Sår* 2009; 4: 203-210.
45. **Fossum M, Alexander GL, Göransson KE, Ehnfors M; Ehrenberg A.** Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study. *J.Clin Nurs* 2011; 2425-35.
46. **Kunnskapssenteret.** Tilgjengelig fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Kartlegging+av+begrepet+pasientsikkerhet.9269.cms>. (Nedlastet 30.4.12).
47. **Sendelbach, S., Zink, M., Peterson, J.** Decreasing Pressure Ulcers Across a Healthcare System: Moving Beneath the Tip of the Iceberg. *JONA: Journal of Nursing Administration.* 2011; 41: 84 – 89.
48. **Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F.** Pressure ulcers: more lethal than we thought? *Adv. Skin Wound Care.* 2005; 367-72.

TABELL 1: Demografiske data og bakgrunnsdata (N=143)

	Mean	(SD)
Alder	35,7 år	(10,3)
Range		22 – 61 år
Antall år arbeidserfaring	8,5 år	(9,2)
	n	(%)
Kvinner	130	(91 %)
Aldersgruppe 22-40 år	100	(70 %)
Aldersgruppe 41-61 år	43	(30 %)
Ansettelsestid 2-18mdr.	20	(14 %)
Ansettelsestid >18mdr.	123	(86 %)
Sykepleiere med videreutdanning	50	(35 %)

TABELL 2: Oversikt over i hvilken grad forskjellige tiltak på Kp brukes (N=143)

	Alltid /Ofte		Sjeldent/Aldri		Kjenner ikke til Kp.	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
(n = 143)						
Risikoskåre i WRS	16	(11)	127	(89)		
Skaffe avlastende madrass/puter	132	(92)	11	(8)		
Mobilisering/ Avlastning	38	(26)	58	(41)	47	(33)
Hudpleie	50	(35)	49	(34)	44	(31)
Fastslå trykksårs grad/kategori	35	(24)	67	(47)	41	(29)

Vedlegg: Forfatterveiledning for Sykepleien Forskning

Forfatterveiledning

Publisert: 14.06.2011

Dette er en ny og revidert forfatterveiledning for Sykepleien Forskning, publisert i februar 2012.

Artikkel med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter sendes i e-post til forskning@sykepleien.no

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (cirka 96.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman-teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side.

Sidenummerering begynner fra tekstsider (inkluderer ikke overskriftssider eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHOOLD I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

[STOBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

1. Overskriftsside:

Over- og underskriftene (tittel) for artikkelmanuskript fremstilles.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord både i sammendrag og i hovedtekst.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

2. Sammendrag

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3–5 nøkkelord fra Sykepleien Forsknings nøkkelordliste fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign. Nøkkelordene finner du vet å gå til ”Avansert søk” og velge ”filtrering via emneord” på nettsiden <http://www.sykepleien.no>.

Engelsk sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Maksimalt 200 ord.

3–5 engelske nøkkelord (key words) fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

Tekstsider

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Tekstsider begynner fra side 1 (ett) med artikkelmanuskriptets overskrift (tittel).

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreses og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har [aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging](#):

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

[Introduksjon](#) til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

[Metodedel](#) (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

[Resultater](#). Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

[Diskusjon](#) (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

[Konklusjon](#) Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Sendes på eget ark, en side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flyttdiagrammer I artikler som bruker flyttdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Alle forfatternavn skal foranstilles og ha fet skrift. For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang og ikke utgave oppgis.

For eksempel:

1. **Lovdata**. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
2. **Sosialdepartementet**. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S**. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ., Nortvedt F., Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M**. Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).
5. **Fraser DM**, Cooper MA. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
6. **de Witt L, Ploeg J**. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs. 2006;55:215 – 229.
7. **Karterud D**. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen sendes som e-post *i ett dokument*. Følgerev til redaktør og erklæring om interessekonflikter sendes som separate vedlegg til e-postadressen forskning@sykepleien.no

Følgerev til redaktør

Følgerevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

Det bør tydelig, men kortfattet og fritt formulert fremstilles følgende:

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor emnet/tematikken har vekket forfatterens (forfatternes) interesse for å skrive et artikkelmanuskript.

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor forfatteren (forfatterne) ønsker å publisere sitt artikkelmanuskript i Sykepleien Forskning.

Hva er det man vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er det man ikke vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er verdt å vite om emnet/tematikken?

Forslag på navn og kontaktinformasjon på to aktuelle habile fagfeller.

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellelvering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle krav for å bli vurdert. Det vil si at vi returnerer artikkelmanuskripter selv om de har interessante og relevante emner/tematikk, dersom de ikke overholder våre krav til kvalitet og struktur.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at forfattere sender Erklæring om interessekonflikter elektronisk, men det er også mulig å sende den per post til:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](#) finnes på www.sykepleien.no

REFLEKSJON OVER ANDRES OG EGEN ERFARING MED VERKTØY SOM IMPLEMENTERER KUNNSKAP OM TRYKKSÅRSFOREBYGGING.

KAPITTEL I. INNLEDNING

Sykepleiere har alltid vært sentrale i forebygging av trykksår og kan gjennom sitt arbeid påvirke et stort helseproblem. Sykepleiere skal på selvstendig grunnlag ha handlingskompetanse til å iverksette nødvendige forebyggende tiltak (Rammeplan for sykepleieutdanningen, 2008). Det forutsetter kunnskap om evidensbaserte retningslinjer og beste praksis. For å implementere kunnskap er det behov for verktøy som holder fokus på trykksårsforebygging. Kunnskapsplakaten ”Trykksår- forebygging og behandling”(Kp) er et slikt implementeringsverktøy (vedlegg I). Kp ble utarbeidet i et kvalitetsforbedrende prosjekt på Diakonhjemmet sykehus og implementert sammen med Waterlow risikoskåringskala (WRS) (vedlegg 2) ved hjelp av undervisning, veiledning og praktiske øvelser. Det er derfor interessant å se på forskjellige implementeringsverktøy og reflektere over deres effekt på bakgrunn av egne erfaringer.

En egenutviklet survey (vedlegg 3) undersøkte etter knappe 2 år om WRS og Kp har bidratt til økt bevissthet om trykksårsforebygging og behandling i sykepleiepraksis. Resultatene er beskrevet i artikkelen for denne masteroppgave. Surveyen hadde følgende forskningsspørsmål: Hvor mange sykepleiere fikk veiledning/undervisning i forhold til intervensjonen? I hvilken grad har sykepleierne anvendt WRS for å skåre risiko for trykksår og i hvilken grad har sykepleierne satt i verk tiltakene på kunnskapsplakaten? Hvilke holdninger har sykepleierne til trykksårsforebygging?

Det finnes mange implementeringsverktøy som kan tas i bruk for å forebygge trykksår. Med implementeringsverktøy menes hjelpemidler som skal sikre at overordnede strategiske mål nås. Et mål om at trykksår ikke skal oppstå under innleggelse kan nås gjennom å gi sykepleiere et hjelpemiddel som støtter deres beslutninger. Essensen av evidensbaserte retningslinjer og beste praksis kan for eksempel vises på en kunnskapsplakat slik Diakonhjemmet sykehus har gjort. Et implementeringsverktøy har til hensikt å samordne kunnskap og forankre den i brukerne. Med felles kunnskapsbase kan organisasjonens mål også bli personlige mål.

WRS kan også defineres som et implementeringsverktøy. WRS og andre risikoskåringsskalaer som Braden og Norton hjelper sykepleiere til å identifisere de områder som utsetter pasienten for trykksår.

Mobilitet og ernæring er eksempler på risikofaktorer som vurderes og gis poeng i forhold til alvorlighetsgrad. Samlet poengsum for alle risikofaktorer gir sykepleieren beslutningsstøtte til videre handling. Pasienter med meget høy risiko for å utvikle trykksår skal blant annet ha ernæring og avlastende utstyr svarende til meget høy risiko. Det er flere grunner til at det kan være vanskelig å vurdere effekten av et implementeringsverktøy helt isolert. Flere implementeringsverktøy kan virke sammen og være kombinert med andre tiltak som kvartalsvise revisjoner og utgjøre et større program. Det er likevel interessant å forsøke og holde de ulike implementeringsverktøy fra hverandre og reflektere over andres erfaringer. Det kan føre til forbedring av eget prosjekt. Har for eksempel huskereglene og likemannsopplæring bidratt til vellykket trykksårsforebygging? Hensikten deres er i likhet med Kp å gi beslutningsstøtte og sørge for fokus over tid. Å finne gode verktøy som bidrar til implementering av trykksårsforebyggende kunnskap og beste praksis har stor betydning for pasienter og samfunn. Det vil belyses ved å skrive om bakgrunnen for temaet.

1.1 Bakgrunn for refleksjonsoppgaven

Trykksår er et globalt helseproblem og internasjonale studier har vist en prevalens på 12,1-18,1 % (Vanderwee, Clark, Dealey, Gunningberg, Defloor, 2007; Vanderwee, Defloor, Beeckman, Verhaeghe, Van Durme, Gobert, 2011). En studie fra Ullevål universitetssykehus viste en prevalens på 17,4 % (Bjoro, Ribu, 2009).

Trykksår er en indikator for kvaliteten på pasientpleien (Pasientskadekampanjen.no), og det hevdes at opptil 95 % kan forebygges (Lindholm, 2004). Anslagsvis får ca. 30.000 pasienter årlig trykksår bare i Norge og 1000 pasienter dør av komplikasjonene (Braut, 2009).

Livskvaliteten påvirkes betydelig (Gorecki, Broen, Nelson, Briggs, Schoonhoven, Dealey, Defloor, Nixon, 2009; Gorecki, Nixon, Madill, Firth, Brown, 2012) og trykksår fører til signifikant økning i sykehussomkostninger og liggetid (Allman, Goode, Burst, Bartolucci, Thomas, 1999)

Forebygging og behandling av trykksår er en verdensomspennende utfordring. Tiltak som virker kan i prinsippet iverksettes uavhengig av nasjonalitet. I årtier har lokale og nasjonale retningslinjer vært tilgjengelige. Siden 2009 foreligger felles retningslinjer for Europa og USA. National Pressure Advisory Panel (NPUAP) i USA og European Pressure Advisory Panel (EPUAP) i Europa publiserte sitt konsensusdokument etter omfattende gjennomgang av foreliggende evidensbasert kunnskap og beste praksis. Denne felles kunnskapskilde er et stort fremskritt (Clinical practical guideline, 2009). Uansett om retningslinjene er nasjonale eller internasjonale må de implementeres og litteraturen viser bruk av ulike verktøy.

Engelskspråklig litteratur viser at verden har felles utfordringer i å få retningslinjene integrert. Flere faktorer kan hindre at man lykkes. De mest beskrevne hindre for å lykkes er manglende kunnskap om retningslinjene, holdninger og villighet til å endre adferdsmønstre. For eksempel kan kultur og holdninger innen enkelte institusjoner være en utfordring (Prentice, Stacey, 2001). Holdninger kan påvirkes av mangelfull opplæring, mangel på tid og personale (Moore, Prize, 2004). Implementeringsstrategier må introduseres på en måte som gir nøkkelpersonell styrke til å overkomme det som hindrer forandring (Moore, Prize, 2004). Andre har påvist hindringer som manglende forankring i ledelsen, at det er for mange skjema å fylle ut og at det er mangel på utstyr (Bermark, Jensen, Krejbjerg, Norden, Trangbæk, Palmberg, Ørskov, 2009). Sykepleieres holdning til forebygging av trykksår ble også undersøkt i egen masterstudie. Denne masterstudies artikkel beskriver at positive holdninger ble målt med spørreskjema "Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument" (APuP) (Beeckman, Defloor, Demarré, Van Hecke, Vanderwee, 2010) (vedlegg 4).

1.2 Refleksjonsoppgavens hensikt.

Hensikten med refleksjonsoppgaven er å reflektere over andres erfaringer, samt egen erfaring med verktøy som implementerer trykksårsforebyggende kunnskap og beste praksis. Egen survey kartla at Kp har bidratt til økt bevissthet om forebygging og behandling av trykksår, men hvilke implementeringsverktøy har andre brukt? Implementeringsverktøy som kan vise effekt over tid er av primær interesse, fordi de kan ha en betydelig effekt på livskvalitet, død og kostnader. Det er interessant å reflektere over andres erfaringer i forhold til egen erfaring og studie, for å se på forbedringspotensialet

for eget prosjekt.

Begrepene holdning og implementeringsstrategi vil bli definert. Det er relevant å reflektere over hvordan begrepene kan påvirke effekten av et implementeringsverktøy.

1.3 Holdninger

Negative holdninger til trykksårsforebygging er forventet å være et hinder for å bruke trykksårsforebyggende retningslinjer. Trykksårsprevalensen har ikke gått ned de seneste år til tross for at evidensbaserte og internasjonalt aksepterte retningslinjer foreligger (Beeckman et al, 2010). Hvordan oppstår og påvirkes holdninger? I Store Norske leksikon defineres holdning som:

innstilling, i sosialpsykologien betegnelse for vedvarende beredskap til å reagere positivt eller negativt overfor spesielle objekter, ideer og verdier (f.eks. overfor kirken eller demokratiet). Holdninger kommer til uttrykk gjennom oppfatninger og meningsytringer, som følelsesmessige reaksjoner, og i handlinger. De kan være basert på kunnskap eller være ervervet gjennom erfaringer, men er ofte overtatt relativt ureflektert fra foreldre, venner og andre grupper man har valgt å identifisere seg med.

Videre sies det

Et trekk ved en persons holdninger er at de typisk er innbyrdes forenlige, og at holdningsendring gjerne inntreffer hvis personen opplever at det er konflikt mellom holdninger, eller mellom holdning og handling (kognitiv dissonans, jf. Festinger). Et annet trekk ved holdninger er at de ofte er en konsekvens av handling, og ikke (som vi ofte tror) noe som bestemmer handling. I det hele tatt etableres og endres holdninger gjennom mange mulige mekanismer, hvor noen kan være åpenbare (overtalelse, planlagt påvirkning), mens andre kan være skjulte (indirekte påvirkning, påvirkning gjennom budskap personen ikke bevisst oppfatter, jf. Subliminal persepsjon) (Store norske leksikon, 2012).

Fafo-forsker Gudmund Hernes har et interessant syn på holdninger, selv om hans tema er klima. Han tror ikke at kunnskap som sakte kumuleres frem er tilstrekkelig til å endre våre holdninger og handlinger? Han mener "...endringer har blitt drevet av hendelser som er resultater av menneskelige aktiviteter, hendelser som har rystet offentlighetens forestillinger og krevd kollektiv handling" (Hernes, 2012).

Strand og Lindgren (2010) studerte i en deskriptiv cross-sectional studie bl.a. kunnskap, holdninger og hindringer for forebygging av TS i intensiv avdelinger. Forfatterne trakk inn Theory of Planned Behavior, som er et konseptuelt rammeverk og en metodologi for å kunne forutsi, forstå og kanskje endre spesifikk adferd. De konkluderte med at foranstaltninger som kan høyne kunnskapsnivået og gjøre trykksårsforebygging til en del av den daglige pleie er viktig.

1.4 Implementeringsstrategi

Nøkkelelementer i en implementeringsstrategi belyses i den australske artikkel ”Implementing the guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers” (Prentice et al. 2001). Artikkelen bygger på omfattende litteratur gjennomgang av primært engelskspråklig litteratur fra de siste 20 år og oppsummerer hvilke nøkkelfaktorer som må til for å få suksess med implementering av kliniske praktiske retningslinjer.

Forfatterne anbefaler først å overveie generelle faktorer som type institusjon, og dennes kultur og filosofi. Dernest anbefaler de flere nøkkelfaktorer. Disse er å fremheve fordelene ved å innføre guidelines, forankre prosjektet i institusjonens ledelse og identifisere respektert nøkkelpersonell som støttepersoner. Videre må alt personale konsulteres for å tilpasse retningslinjene til klinikk, der det er mulig, og alle nøkkelpersoner utdannes.

Alle ledere innen alle avdelinger og disipliner må forpliktes til å følge retningslinjer.

Evaluering, gjennomgang og fortløpende endring av disse er også viktig.

Prentice et al. (2001) konkluderer med at kliniske retningslinjer er aksepterte og valide strategier som har bevist sin nytte for å løse helseproblemer. Utfordringen ligger i prosessen som brukes for å utvikle retningslinjene. Spredning og implementering av retningslinjene er også avgjørende for lykkes med å løse helseproblemer..

I dokumentet: Forebyggende innsatser – Prinsipper og strategier for implementering (Prinsipper og strategier for implementering) har Utdanningsdirektoratet sammenfallende elementer for implementering selv om fokus ikke er trykksårsforebygging.

KAPITTEL 2 PRESENTASJON AV IMPLEMENTERINGSVERKTØYET KUNNSKAPSPLAKATEN

Diakonhjemmet sykehus i Oslo valgte i 2008 at en kunnskapsplakat skulle henge på postenes vaktrom som et lett tilgjengelig verktøy. Et bilde kan fortelle mer enn 1000 ord, og tiltak som forebygger og behandler skulle visualiseres mest mulig. Kp's anbefalinger var skåring av risiko for trykksår, trykkavlastende tiltak, ernæring, vurdering av hudstatus med mere. Sammen reduserer tiltakene risikoen for pasientskade og bidrar til heling av trykksår.

2.1 Teoretisk forankring

Kunnskapsplakaten bygger i høy grad på positivisme/naturvitenskap. Det ligger ingen spesifikk sykepleieteori til grunn for den, men det ble reflektert over hvordan sykepleiere tenker og arbeider i den direkte pleie og som del av et system. Slike refleksjoner ligger også til grunn for de pedagogiske vurderinger bak undervisning og implementering.

Innholdet bygger primært på EPUAPs evidensbaserte retningslinjene (Clinical practical guideline, 2009), beste praksis og tilpassing til lokalt utstyr. Litteratur på risikoskåringsverktøy som Waterlow-, Braden -og Nortonskala ble gjennomgått (Balzer, Pohl, Dassen, Halfens, 2007; Romanelli, Clark, Cherry, Colin, Defloor, 2006; Anthony, Parboteeah, Saleh, 2008). Validitet, skår og "cut off-point" ble vurdert. Anthony et al (2008) skriver at sykepleiere intuitivt har foretrukket WRS fordi den inneholder flere av de elementer som forbindes med risiko. WRS ble lagt inn som eget skjema i pasientjournalen og avbildet på Kp.

Kp bygger på litteratur, fagartikler og studier fra søk i PubMed. Nøkkelord var: Implementation, Guidelines, Flowchart, Poster, Pressure Ulcer, Nursing and Change of Practice. Søkene var begrenset til de siste 10 årene. Skriftlige retningslinjer synes å være

førende og prevalens den foretrukne metode for å vurdere effekt. Ingen funn tilsvarte kunnskapsplakaten, men en lommeguide ble innhentet fra Københavns Rikshospital.

Kunnskapsplakaten inneholder: WRS, fotos av trykkavlastende madrasser med og uten motor samt avlastende sitteputer som ble beskrevet og kategorisert i forhold til de tre risikogrupper i WRS (Waterlow, 2007; Arjohuntleigh, 2008). Forflytningsutstyr (Dreier, 2003, 2004), skjema om hudstatus og produktforslag (Langøen, 2006; Skewes, 1996), foto og definisjoner av sår i de 4 trykksårskategorier for å fremme korrekt klassifisering og felles begreper ved dokumentasjon (Clinical practical guideline, 2009). Anbefalinger om sårbehandling ut i fra forskningsbaserte prinsipper (Clinical practical guideline, 2009; Gottrup et al, 2008) og ernæringskjema i samsvar med de tre risikogrupper i WRS (Waterlow, 2007).

2.2 Implementeringstrategi

Det ble arbeidet tverrfaglig og prosjektet ble forankret i hele organisasjonen (Armstrong et al, 2008). Sår-faggruppen og lederen (undertegnede) var ressurspersoner i litteraturgjennomgangen og utarbeidelsen av intervensjonen. Trykkfordelende utstyr ble kartlagt tidlig.

2.3 Implementeringstiltak

Våren 2009 ble WRS og Kp implementert på alle somatiske og alderspsykiatriske avdelinger ved hjelp av undervisning, praktiske øvelser og veiledning av nøkkelpersonell (vedlegg 13). En "happening" markerte oppstart og klistermerker med teksten "Forebygg trykksår- Waterlowskala, avlastning, ernæring, hudpleie" ble festet på de ansattes navneskilt.

2.4 Evaluering av implementering.

På et evalueringsmøte i januar 2010 var fagsykepleiere og Sår-faggruppens medlemmer enige om å opprettholde fokus på WRS og Kp.

Egne erfaringer med intervensjonen WRS og Kp gjør det interessant å reflektere over andres erfaringer med ulike implementeringsverktøy (som huskeregler, flowchart og likemannsopplæring). Hvilke resultater har de oppnådd?

KAPITTEL 3 METODE

Litteratursøk ble benyttet for å kartlegge andres erfaringer med ulike implementeringsverktøy. Det ble søkt i databasene Cinahl og Medline (Ovid), med følgende nøkkelord i ulike kombinasjoner: Pressure Ulcer, Practice Guideline, Guideline, Guideline Adherence, Health Plan Implementation, "Quality of Health Care", Quality Improvement, Practice Guidelines as Topic, Flowchart, Video, "Audiovisuals+", "Program implementation", Health promotion, Nursing Process, Algorithms og teaching Materials. Søket ble begrenset til skandinavisk og engelsk litteratur fra de siste 10 år. Søkeresultatene sammen med resultatene fra egen survey utgjør oppgavens metode.

KAPITTEL 4 RESULTATER

Ut fra litteraturen ble seks implementeringsverktøy identifisert. I kapittel 5 vil disse bli diskutert i forhold til resultatene fra egen survey.

4.1 Waterlowrisikoscåringskjema og Kunnskapsplakaten

Egen studie viser at svært mange sykepleierne ikke mottok tiltak for implementering av WRS og Kp. Få risikoskårer i WRS men Kp's tiltak brukes også uten forutgående risikoskåring. Kp henger fortsatt utstilt etter nesten 2 år. Det er signifikans for sammenheng mellom mottak av minst et implementeringstiltak og bruk av tiltak på Kp. Målt med APuP hadde sykepleierne høy skåre på holdninger, som antas å fremme trykksårsforebyggende adferd, mens mangel på trykkavlastendeutstyr antas å hindre slik adferd

Førtifire prosent hadde aldri fått veiledning og undervisning om Kp. De som mottok implementeringstiltak var fornøyde. Nesten alle respondenter ønsket repetisjon. Åttiseks prosent var ansatt da WRS og Kp ble innført.

Syttiåtte prosent var positive dersom det blir innført en påminnelse ” Har du forebygget trykksår i dag?” i rulletekst ved innlogging i pasientjournalen.

Kp og WRS har vist seg å være verktøy som over tid har bidratt til implementering av retningslinjer for trykksårsforebygging og beste praksis. Holdningers betydning for å få til dette bør ikke overses (Beeckman et al , 2010).

4.2 Sykepleiesjekkliste

En prospektiv studie i en tyrkisk intensiv avdeling viste signifikant fall i trykksårsinsidens. Intensivsykepleiere ble instruert i å dokumentere alle forebyggende intervensjoner på en sykepleiesjekkliste til hver pasient. Et 2 x 2 timers seminar omhandlet basale rutiner for trykksårsforebygging, opplæring i å skåre i Bradenskala, bruk av puter og helavlastere for fordeling av trykk. Forfatterne påpeker at studiens begrensninger er kort follow up på bare 3 måneder. Forfatterne mener vedvarende lav trykksårsinsidens avhenger av vedvarende monitorering kombinert med effektiv utdanning av sykepleiere, annet helsepersonell og pasienter med familie (Uzun, Aylaz, Karadağ, 2009).

4.3 Flytskjema/Flowchart

Et flytskjema er en grafisk fremstilling av mulige veier for beslutning. Det er et implementeringsverktøy, som har vært brukt med god effekt i en annen problemstilling enn trykksårsforebygging. Pasienter som fikk skiftet hele kne eller hofteledd fikk unødvendig mange blodtransfusjoner. Disse blodtransfusjoner ble redusert med 15,2 % ved å bruke et ettsides flytskjema som oppsummer perioperative beslutningsveier for anemiske pasienter. Nøkkelelementer som bidro til de gode resultater var: enkelthet, bred spredning av verktøyet, ikke behov for større endringer, anbefaling av lokale ”meningsledere” som sjefsleger og utviklingen av et slags eierskap som ble utviklet blant leger og sykepleier (Müller, Exadaktylos, Roeder, Pisan, Eggli, Jüni, 2004).

4.4 Kunnskapsimplementering ved hjelp av respekterte kolleger/likemannsopplæring

Adskillige studier har vist at sykepleiere synes å være utilstrekkelig informert om retningslinjer for trykksårsforebyggende tiltak, uten at noen vet hvorfor. En studie samlet derfor data gjennom semistrukturerte intervju med sykepleiere og leger på 5 nederlandske sykehjem og fra sykepleiedokumentasjonen. Konklusjonen var at det må skapes et miljø hvor evidensbasert kunnskap om trykksårsforebygging spres til sykepleierne. Studien viste at kunnskap i seg selv ikke garanterer endringer i tradisjonell adferd, men at sykepleierne anså kollegers kunnskap av stor verdi. Forfatterens anbefaling er derfor å implementere kunnskap gjennom å bruke respekterte kolleger som er lært opp av eksperter (Buss, Halfens, Abu-Saad, Kok, 2004).

Funnene til Buss et al (2004) bekreftes i artikkelen ”Peer education: an innovative approach for integrating standards into practice”. Her vises til, at kollega/likemannsopplæring er en av

de mest verdifulle kilder til læring. Trenede kolleger kan gjennom direkte kollega arbeid avdekke behov for kunnskap og formidle denne. Kollegene har en unik mulighet for å påvirke gruppekulturen og de oppleves ikke som truende. I artikkelen var resultatet av kollega/likemannsopplæring at alle sykepleiere etterkom å gjennomgå retningslinjene for trykksårsforebygging etter opplæringen mot 30 % før. Ledelsens rolle ble fremhevet i forhold til å avsette tid og tilrettelegge for et uforstyrret læringsmiljø (Keller, Frank-Bader, Beltran, Ascalon, Bowar-Ferres, 2011).

Buss et al (2004) påpekte også, at det nesten er umulig å implementere endring i sykepleieres adferd og tankegang uten støtte i ledelsen. De mener videre at sykepleiere må konfronteres med antall trykksår i egen institusjon.

Andre har også funnet at ekspertsykepleiere spiller en viktig rolle for implementering av kunnskap. (Sendelbach, Zink, Peterson, 2011; Armstrong et al, 2008).

4.5 Huskeregel som vedheng på nøkkelsnoren - utdanningstavler, sårbehandler og belønning

Flere amerikanske artikler av nyere dato beskriver kreative implementeringsverktøy og tiltak for å forebygge at trykksår oppstår i sykehus (Sendelbach et al, 2011; Stirling, 2009; Bales, Duvendack, 2011). Deres incitament er begrunnet i at det fra høsten 2008 ikke lengre refunderes utgifter forbundet med trykksår kategori i 3 og 4 som oppstår på sykehus.

Stirling (2009) beskriver i artikkelen "RED FRAMES" et omfattende trykksårsprogram. En survey ble gjennomført forut for implementering av programmet. Et funn var manglende forståelse av sammenhengen mellom postoperativ immobilitet og økt risiko for trykksår.

Forfatteren mener at kliniske retningslinjer er nødvendige for å linke forskning til klinisk praksis. Den oppfatning har de fleste artikkelforfattere som har trykksårsforebygging som tema (Prentice et al, 2001).

I tillegg til risikoskåringsverktøyet Bradenskala var det behov for et implementeringsverktøy, som kunne hjelpe personalet med å huske tiltak som begrenser effekten av trykk. Et viktig verktøy i programmet er et laminert vedheng som festes på nøkkelsnoren. På en side har det en rød ramme ”RED FRAMES” som tjener som en huskeregel. Hver bokstav står for trykksårsforebyggende elementer. R for relieve pressure, E for educate pasient/carers, D for Document A for Age osv. På motsatt side ses trykksårskategoriene.

Et annet implementeringsverktøy var utdanningstavler for å forsterke undervisningen. Utdanningstavlene henger på poster og i foajeer. Hensikten var å gi pasienter og pårørende kunnskap om risikofaktorer og hvordan de selv kan forebygge f.eks. shear, friksjon og pleie huden.

Andre tiltak var 30 minutters tverrfaglige utdannelsesjesjoner på postene og i forkant av nattpersonalets vaktskifte. Trykksårsrapporter ble premiert med sjokoladefrosker! Et tiltak som angivelig virket. Alle sår ble rapportert til en sårbehandler som fulgte sårene i samarbeid med personalet. Etter hvert ble bare kategori 3 og 4 trykksår fulgt opp. En representant fra hver post deltok månedlig i en arbeidsgruppe der forrige måneds status ble diskutert. Undervisning foregikk også i arbeidsgrupper, men det var en utfordring å få tid til å komme og nødvendigheten av ledelse ble bemerket.

Studien viser til et dramatisk fall i trykksår oppstått under innleggelse. I 2006 var prevalensen nasjonalt 17,6 %. Herav var 75 % oppstått under innleggelse og på denne studiens sykehus var den 56,3 %. Åtte måneder senere, etter introduksjonen av ”RED FRAMES” og utdanningsprogrammet, var det en lett nedgang i prevalensen. Det overrasket forfatteren positivt, at kun 18,2 % var oppstått under innleggelse.

4.6 Kommunikasjonsskjema - praktiske øvelser, e-læring, oppgradering av utstyr og armbånd

En studie med allsidige og kreative implementeringstiltak har vist så gode resultater at det i 2012 forventes å oppnå målet om, at ingen trykksår i kategori 3 og 4 vil oppstå under innleggelse (Haugen, Pechacek, Maher, Wilde, Kula, Powell, 2011). Bekymring for pasientenes sikkerhet og velvære samt de nye økonomiske rammer lå til grunn.

Etter 2- dages tverrfaglig ”Rapid process improvement Workshop” med nøkkelpersoner ble særlige risikosituasjoner identifisert. Kunnskapen om etiologien til trykksår og forebygging viste seg å være ufullstendig. Resultatet ble et kunnskapsløft med workshops og en powerpointpresentasjon i sykehuset læringsportal. Spesiell oppmerksomhet ble viet pasienter som immobiliseres over tid under transport, perioperativt og ved undersøkelser som varer mer enn 2 timer.

Risikoskåring i Bradenskala ble innført og skåren ble notert i pasientjournalen og på et kommunikasjonskjema, som ble brukt ved hver undersøkelse pasienten skulle til. Kommunikasjonskjemaet inneholdt også oppdatert hudstatus. Postoperativt personell skulle følge opp påvist risiko. Omfattende forebyggende pleie og stadig overvåking av effekt skulle føre til målet og pasientene fikk armbånd for å signalere behovet for økt oppmerksomhet.

På undersøkelse- og behandlingsavdelingene ble bedre trykkfordelende madrasser og puter anskaffet. Risiko for shear ble tatt på alvor. Dersom det ikke var mulig å endre stilling/avlaster under en prosedyre, skulle dette dokumenteres i kommunikasjonskjemaet.

Røntgenpersonalet fikk opplæring i praksis og som e-læring. En rolle som hudchampions ble utviklet i prosedyreavdelingenes områder. Personale med arbeidsområde sår, stomi og kontinens (WOC) ble identifisert. Det var kontroll av avdelingens dokumentasjon og ukentlige oppfølgingsmøter ble avholdt.

4.7 Omfattende trykksårprogrammer – spesialistsykepleier, avviksrapportering, spesialmadrasser, revisjoner, akronym, algoritme, huskesang og humor

En amerikansk studie beskriver oppsiktsvekkende resultater i artikkelen "Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence, an update". Trykksårprevalensen falt fra 9,5 % i 2007 til 0 % i desember 2008 på trykksår oppstått under innleggelse. Fra 2009 – 2011 er det fortsatt 0 % sår. Programmet fremhevet to hovedintervensjoner:

1. Alle vanlige skummadrasser ble skiftet ut med madrasser med selvjusterende teknologi. Spesialmadrasser/utstyr ble også innkjøpt til operasjonsbord. En sang ble avspilt over høytalerne annenhver time som signal om å snu og stille pasienter med Bradenskåre < 19 samt utføre stellet etter retningslinjene som akronymet "PRIDE" stod for. P for painassessment, R for reposition and toileting osv.

2. Personalet i akuttmottak og operasjonsavdelinger ble utdannet i bruk av en algoritme slik at de ved hjelp av Bradenskala kunne identifisere risikopasienter og raskt iverksette tiltak.

Artikkelen beskriver implementeringen av evidensbaserte retningslinjer som aggressiv med obligatoriske utdanningssesjoner og e-læringsverktøy for behandling av trykksår samt fulltidsansatt CWOCN (Certified Wound Ostomy Continence Nurse), revisjon av retningslinjer, risikoskåring i Bradenskala og daglig hudinspeksjon av pasienter som var i risiko (<19poeng). CWOCN sjekker dokumentasjon på hudpleie tiltak, fastsettelse av trykksårskategori og snu/leieskiftregimet. CWOCN rapporterer avvik til leder, deretter til Sårkomiteen og så til direktør. CWOCN benytter informasjonen til undervisning av sykepleiepersonalet. Samarbeid belønnes med "feiringspoeng".

Humor ble brukt til å motivere personalet og stadig nye tema ble annonsert for å holde fremdriften. Humor ble fremhevet som viktig for at holde personalet interessert og motivert, hvilket sårgruppens medlemmer og CWOCN hadde ansvaret for. Tema som "Moonteam" og "Baseballteam" førte til konkurranse postene imellom og premiering.

Sårkomiteemedlemmer, såkalte Woundchampions, ble betalt 8 timer pr måned for å undervise og veilede personalet samt avholde kvartalsvise prevalensundersøkelser og revisjoner. De fulgte også opp dokumentasjonen på pasientene. Mail ble benyttet for informasjon om resultater (Bales et al, 2011; Loonstra, Weston, 2009).

Et annet omfattende og lovende program i regi av en canadiske sårforening beskrives som en verktøykasse. En omfattende pilot har vist betydelig reduksjon i prevalens over tid med reduksjonsrate på opp til 57 % og 71 % på innsidens. Programmet påviste hindre, fjernet disse og flyttet vekten fra behandling til forebygging (Orsted, Rosenthal, Woodbury, Gail. 2009 T).

KAPITTEL 5 DISKUSJON

5.1 Waterlowrisikokåringskjema og Kunnskapsplakaten

Bruken av implementeringsverktøyet Kp er kartlagt isolert, hvilket ikke er tilfellet med de omfattende programmer, som med rette kan betegnes som verktøykasser (Orsted et al, 2009). Programmene kan generelt vise svært bra resultater over år på insidens- og prevalensmålinger. Egen studies spørreskjema kartla andre data, nemlig implementering, bruk av WRS og Kp samt holdninger.

Risikokåring regnes som grunnleggende og inngår i alle studier som hadde trykksår som tema. Studiene er også samstemte om at implementering neppe lykkes uten systematisk tilnærming, tverrfaglig samarbeid og forankring i ledelsen. Systematisk tilnærming for å få retningslinjer integrert i praksis støttes av flere (Wilborn, Halfens, Dassen, 2006; Buss et al, 2004; Romanelli et al, 2006).

Egen studie avdekket et forbedrings potensiale på implementeringsstrategi og på avlastende utstyr. Implementeringen var ikke systematisk nok, siden 44 % aldri har fått veiledning og undervisning om Kp. Turnus- og deltidsarbeid kan være en årsak. Jeg mener at enhetsleder fremover må ha ansvar for å kontrollere at alle sykepleiere har kompetanse på WRS og Kp.og bruker de i praksis. Potensialet for forbedring økes ved sykepleiernes høye skår på holdninger, og at de er positive til påminnelse i form av rulletekst. Videre ønsket de repetisjon av implementeringstiltakene og oppdatering på ny kunnskap. Studiens data bør

brukes i kvalitetsforbedrende arbeid. Gjennom å imøtekomme sykepleienes behov er det lettere å forene organisasjonens mål og personlige mål, hvilket igjen kan føre til bedre innsidens-og prevalensmålinger. Etter min mening er det viktig å arbeide for følelsen av eierskap og medbestemmelse.

5.2 Sykepleiesjekkliste

Implementeringsverktøyet sykepleiesjekkliste har signifikant effekt, selv om den evalueres etter kun 3 måneder (Uzun et al, 2007). Andre tiltak som undervisning og monitorering er viktige for verktøyets effekt på lengre sikt og flere av refleksjonsoppgavens funn anser det som grunnleggende (Stirling, 2009; Bales et al, 2011, Loonstra, 2009). Jeg er ikke kjent med arbeidskulturen til tyrkiske sykepleiere, men det synes ikke å være motvilje mot å fylle ut nok et skjema på toppen av Braden risikoskårings skjema som allerede bør være utfylt. Andre har erfart motvilje (Stirling, 2009). I egen masterstudie avdekket spørreskjema at sykepleierne fyller ut WRS i liten grad. Nesten 40 % av sykepleierne hadde aldri har skåret i WRS. Sett med skandinaviske øyne kan en sykepleiesjekkliste føye seg inn i rekken av skjema, som fjerner sykepleieren fra direkte pleie og også oppleves byråkratisk. "Skjemavelde" er et etablert uttrykk med iboende negativ ordlyd, slik at introduksjon av nye skjema må være velbegrunnet. Likeså er utformingen viktig, hvorfor jeg støtter den danske studie, som anbefalte forenkling av retningslinjer herunder risikoskårings skjema for å lette arbeidet i avdelingene (Bermark et al, 2009).

5.3 Flytskjema/Flowchart

Forenkling og logikk kjennetegner både flytskjema og Kp. Flytskjemaet viser grafisk beslutningsveiene for anemiske pasienter perioperativt og Kp viser hvordan poengsummen til WRS bestemmer flere av de viste tiltak. Begge implementeringsverktøy er spredt til svært mange og ”meningsledere” bidro til utviklingen av flytskjema, mens bidrag fra Sår-faggruppen og tverrfaglig samarbeid lå til grunn for Kp. Prentice et al (2001) mener spredning og implementering er avgjørende for en suksessfull tilegnelse av retningslinjer.

Jeg mener, at både flytskjema og Kp er lett tilgjengelige implementeringsverktøy, som ikke skal hentes frem fra skuff eller PC. Dog var intervensjonen WRS og Kp utvilsomt mer krevende i forhold forståelse og praktisk bruk enn flytskjemaet for blodtransfusjon. Uansett er logikken i å følge forskjellige ”veier” på Kp og ”veiene” i et flytskjema i prinsippet de samme. Et logisk oppbygget implementeringsverktøy forenkler bruken av dette. Jeg mener det kan ha bidratt til gode resultater på bruk av Kp’s tiltak, også i høyere grad enn bruk av WRS tilsier. Etter nesten 2 år var det bare 8 % av postene som ikke hadde Kp synlig på veggen. Motviljen til å bruke implementeringsverktøy kan minskes når de er visuelle og kan oppleves som mindre å huske på.

Strand og Lindgren (2010) hadde fokus på sammenhengen mellom holdninger/adferd, kunnskap og hindringer, og etterspurte foranstaltninger som gjør trykksårsforebygging til en del av den daglige pleie. Kp er lett tilgjengelig og inneholder essensen av kliniske retningslinjer. Derfor mener jeg den kan være akkurat en slik foranstaltning. Egen studie viste at ”annen veiledning/undervisning” var av de 4 mest brukte (21 %) implementeringstiltak av 7 mulige. Sett i sammenheng med de øvrige tiltak tolker jeg ”annen veiledning/undervisning” som kontakt med kollega/likemann.

5.4 Respekterte kolleger/likemannsopplæring

Respekterte kolleger, som er lært opp av eksperter, fungerer etter min erfaring som utmerkede

verktøy for implementering av kunnskap og det er evidens for effekten av dette (Buss et al, 2004, Armstrong et al 2008, Sendelbach et al 2011). Respekterte kolleger er lett tilgjengelige, ikke truende, og det beskrives 70 % øking på å gå gjennom forebyggende retningslinjer etter kollega/likemannsopplæring (Keller, 2011). Deres fysiske tilstedeværelse kan påvirke holdninger og gruppekulturen, samt være gode eksempler. Undervisning av Sår-faggruppens medlemmer om WRS og Kp var også blant de 4 mest brukte implementeringstiltak i egen studie.

Ekspertsykepleieres betydning vises også i de omfattende trykksårsprogrammer. Alle har ekspertteam eller ekspertsykepleiere i en eller annen form, som er synlige i klinikken med direkte oppfølging av trykksår i kategori 3 og 4. CWOC og champions har ansvar for å holde fokus, kontrollere og motivere med humor (Haugen, 2011; Bales et al, 2011; Loonstra, 2009; Orsted, 2009).

En dansk studie har også anbefalt spesialiserte sårteam på alle sykehus og i primærsektoren for å sikre opplæring og løpende evaluere den forebyggende innsats (Bermark et al, 2009).

Egen erfaring er at det er en vedvarende prosess å holde kunnskapsnivået høyt, påvirke holdninger og adferd. Turnover er en utfordring for å beholde på ekspertkolleger. Verktøy som Kp, kommunikasjonsskjema og sykepleiesjekkliste kan alle brukes når respekterte kolleger implementerer evidensbaserte retningslinjer i praksis. Sammen kan flere verktøy gi større gjennomslag.

5.5 Huskeregel som vedheng på nøkkelsnoren

Stirling (2009) beskriver i sin artikkel nøkkelsnorens huskeregel ” RED FRAMES”. Den ble til fordi man i tillegg til Bradenskala trengte et verktøy, som kunne hjelpe personalet med å identifisere risikofaktorer og anspore til tiltak som begrenser effekten av trykk. På Diakonhjemmet hadde vi i 2008 samme behov, men forstod samtidig, ut fra litteraturen, at et risikoskåringsverktøy var grunnleggende. Waterlowrisikoskåringskala ble valgt og integrert i Kunnskapsplakaten.

” RED FRAMES” minner med sine stikkord på de viktigste elementer i trykksårsforebygging og skal assosieres med innlært kunnskap om riktige tiltak. Utdanningstavlene i samme trykksårsforebyggende program må følgelig gi mer basal kunnskap og være lett forståelige for å favne både helsepersonell, pårørende og pasienter. De kan likevel føre til økt bevissthet gjennom å heve kunnskapsnivået og samtidig være en felles referanse for refleksjon og handling. Begge verktøy er i likhet med Kp og flytskjema visuelle, lett tilgjengelige og bredt spredt. I likhet med Stirling (2001) mener jeg at bred spredning påvirker sykehuskulturen. Flere av artiklene i denne oppgaves nevner at bred spredning er en absolutt forutsetning for å lykkes. Trykksårsforebyggende retningslinjer, som kun er elektronisk tilgjengelige, gir liten direkte og indirekte påvirkning (Store norske Leksikon, 2012) og mindre mulighet for å fremme en trykksårsforebyggende adferd. Elektronisk tilgjengelighet kan bli en sovepute og det er påvist at prevalensen ikke gikk ned selv om kunnskapsbaserte retningslinjer forelå (Beeckman et al, 2010). På den andre siden kan man bli blind for plakater/utdanningstavler på veggen. Jeg mener deres aktualitet kan fremmes ved å fjerne disse en kort periode for så å reintrodusere etter revisjon

Kravet til kunnskapsbasert sykepleie er stort, men praksis gir sykepleiere liten tid til søk i litteratur og elektroniske kvalitetssystemer (EK). Egen erfaring er at også EK kan mangle oppdatering. De ansvarlige skal også oppdatere visuelle implementeringsverktøy men vil kanskje føle større ansvar for det når retningslinjene er så synlige at også andre vil påpeke behovet for revisjon.

Diakonhjemmet festet klisterlappene på nøkkelkortet og det er et likhetstrekk med huskereglene da begge skal minne på og gi assosiasjoner til innlært kunnskap og stimulere til handling. Der ”RED FRAMES” huskereglene var i fokus for utdanning av personalet tjener den som et implementeringsverktøy, mens klistermerkene kan betraktes som et hjelpemiddel for å rette fokus mot bruk av Kp, som var utgangspunktet for utdanning.

Utdanningstavlene kommuniserer i likhet med Kp visuelt. Utdanningstavlene har også pasienter og pårørende som målgruppe. Antakelig er informasjonen mindre detaljert og uten Kp’s medisinske terminologi. Dersom den har fotos av sårkategoriene kan det være for ”rystende” for pasienter og pårørende, men skal man følge tankegangen til Gudmund Hernes kan det for sykepleiere og annet sykehus personell føre til handling. Kp er da heller ikke ment

for oppheng i pasienttrafikkerte områder. Egne data viser at 24 % ofte/alltid bruker fotos for å fastslå trykksårs grad/kategori.

Artikkelen til Stirling (2009) inspirerer til utdanning av pasienter og pårørende. Utdanningstavlene treffer mer tverrfaglig enn Kp når den henger i fellesarealer. Portører, fysioterapeuter, administrativt personale har alle en rolle i det trykksårsforebyggende arbeid og alle kjenner noen som har hatt eller vil få trykksår.

5.6 Kommunikasjonsskjema

Haugen et al (2011) avdekket at kunnskapen om etiologien til trykksår og forebygging var ufullstendig. Det er i samsvar med Stiling (2009) og egen erfaring. Haugen (2011) la, som i de øvrige funn, grunnen gjennom utdanning og praktiske øvelse. Kommunikasjonsskjema utgjør som Kp kjernen og er et implementeringsverktøy som ved sin daglige bruk holder innlært kunnskap varmt. Utstyr og påminnelser i form av et armbånd ser jeg som andre viktige ”foranstaltninger”, men armbånd kan oppfattes stigmatiserende, så tiltaket bør overveies nøye i forhold til setting og kultur. Studien viste stadig bedre målinger på prevalens over år, hvilket må tillegges betydning.

Der Kp blir for ett stort verktøy å regne, er det som nevnt innledningsvis, de omfattende programmer med kombinasjonen av mange små verktøy og tiltak som har ført til gode resultater. Paradoksalt nok er det primært utsikten til økonomiske sanksjoner, som er årsaken til disse.

5.7 Omfattende trykksårsprogrammer

Et av de omfattende programmene har et bemerkelsesverdig omfang av tiltak (Loonstra, 2009; Bales, 2011). Fra spesialistsykepleiere, avviksrapportering, spesialmadrasser, revisjoner, akronym, algoritme til huskesang og humor. Her blir det summen av mange tiltak og små implementeringsverktøy (akronym, algoritme) som har effekt. Et skoleeksempel på at forankring i hele institusjonen og klar fordeling av ansvar gir resultater. Investering i utstyr bidrar til å forebygge utvikling av kategori 3 og 4 trykksår, som ikke lenger refunderes og signalerer at forebygging tas på alvor. Institusjonene fikk kniven på strupen og bruker både pisk og gulrøtter i form av avviksrapportering, feiringspoeng og premier. Det er vanskelig å forestille seg at avspilling av en melodi annen hver time vil passe inn i norsk mentalitet og organisering av sykepleien. Humor veier neppe opp for det noe autoritære preget et slikt tiltak har. Data fra egen survey viste at sykepleiene var svært positive til rulletekst ”Har du forebygget trykksår i dag? ”. En påminnelse som etter min mening passer bedre til norsk kultur og arbeidsliv. Det er min erfaring at sykepleierne ønsker verktøy som hjelper med å samle” brikkene” til god trykksårsforebygging.

5.8 Holdninger

Holdninger og handlingene er tett forbundet. Det må tas i betraktning når man ønsker å forbedre praksis. Jeg mener at verktøy, som implementerer retningslinjer, må være praktiske for å bli brukt. Når de brukes kan holdninger endres som en konsekvens av handling, og ikke motsatt (Store norske leksikon, 2012).

”Gammel vane er vond å vende” sier et gammelt, men fortsatt aktuelt ordtak. Buss et al (2004) fant i en kvalitativ studie at sykepleiene ikke hadde intensjoner om å endre praksis. De så forebygging av trykksår som en grunnleggende kunnskap for en sykepleier og baserte sin praksis på gamle tradisjoner. Her kan et synlig og lett tilgjengelig implementeringsverktøy

være en stadig påminnelse om gitt opplæring. Kunnskap må derfor implementeres gjennom alle tilgjengelige mekanismer. Noen mekanismer ”.. *kan være åpenbare (overtalelse, planlagt påvirkning), mens andre kan være skjulte (indirekte påvirkning, påvirkning gjennom budskap personen ikke bevisst oppfatter, jf. subliminal persepsjon)*” (Store norske leksikon, 2012).

Kunnskaper, holdninger og adferd er tett forbundet og APuP er, slik jeg har erfart, et nyttig spørreskjema. Gjentatte målinger med APuP kan vise effekten av trykksårsforebyggende intervensjoner.

Data fra eget utviklet spørreskjema viste sprik mellom holdning og handling idet 92 % av sykepleiere var svært positive til bruk av WRS, men få skåret i praksis. Slik kognitiv dissonans burde egentlig føre til endret holdning, men skjulte påvirkninger, som subliminal persepsjon, kan som nevnt spille inn. Åpenbare påvirkninger er hindre som mangel på tid og utstyr, samt manglende forankring i ledelsen. Det har både egen studie og litteraturen funnet (Buss et al, 2004, Bermark et al, 2009). Jeg kan forstå at motivasjonen for å bruke WRS kan falle, dersom det mangler utstyr som madrasser. Gode holdninger hindres da i å føre til rett handling. Et annet aspekt er at kultur kan spille inn når noen protesterer mot nye skjema (Stirling, 2009), mens andre godtar det og får det til (Uzun, 2007).

Dersom man overfører Hernes (2012) tankegang til trykksårsforebyggende arbeid må sykepleiere ”rystes” for å endre praksis. Kan et implementeringsverktøy bidra til det? Min erfaring er, at fotos på Kp av kategori 3 og 4 trykksår overrasker sykepleiere uten egen erfaring på feltet. RED FRAMES viser også foto av sår. Tallenes tale kan også være rystende og i USA har utsikten til økonomiske sanksjoner fått fart på det trykksårsforebyggende arbeid (Haugent et al, 2011; Bales et al, 2011, Stiling, 2009). Sykepleiere bør presenteres for de store samfunnsøkonomiske konsekvenser av trykksår og høye prevalensprosent (Buss et al, 2004). Vil presentasjon av pasientkasus fra eget arbeidssted, der trykksår har fått fatale konsekvenser, føre til handling? Antakelig kan slike tiltak bidra til et kritisk blikk på egen kompetanse på trykksårsforebygging og sørge for fokus over tid. Det er ikke tilstrekkelig å mene at forebygging er viktig.

5.9 Implementeringsstrategi

Diakonhjemmets implementeringsstrategi bygget mer på erfaring og fornuft enn litterær forankring. Nøkkelelementene ved implementeringen av Kp og WRS har dog vært i tråd med de implementeringsstrategier som ble identifisert i litteratursøket. Ellers hadde intervensjonen neppe bidratt til økt bevissthet i sykepleiepraksis. Videre evaluering er nødvendig siden 44 % av sykepleierne ikke fikk intervensjonen selv om 86 % var ansatt ved implementering. Det er i ettetid lett å identifisere seg med litteraturen om implementeringsstrategier og ikke minst med Prentice (2001) både på de generelle faktorer og nøkkelfaktorene. Fordelene ved å ta til seg retningslinjer for trykksårsforebygging og best praksis må særlig fremheves liksom spredning er viktig.

Nøkkeltrinnene ved implementering av retningslinjer bør tas i rett rekkefølge ved å starte med litteraturgjennomgang og avslutte med evaluering og anbefaling om forandringer (Prinsipper og strategier for implementering). I forhold til intervensjon WRS og Kp kan interaktiv e-læring bli et mulig supplerende implementeringstiltak.

Det er utfordrende å holde fokus over tid og det er inspirasjon å hente i artikkelen som beskriver vekslene tema (Bales et al, 2011). Kulturforskjelle må dog tas i betraktning. Rulletekst treffer antakelig bedre enn en sang over høytaleranlegget annen hver time. For norske forhold har jeg større tro på tallenes klare tale enn konkurranser med måne- og baseballtema, selv om humor absolutt kan være et nyttig bidrag for kunnskapsformidling. Det er heller intet galt i å belønne gode tall med kake eller sjokoladefrosker.

Det som skiller Kp fra implementeringsverktøy som huskereglene RED FRAMES, kommunikasjonsskjema og flytskjema er, at det er et spørreskjema som har kartlagt i hvilken grad sykepleiere bruker den. De andre verktøy måler effekten med prevalens og innsidens på trykksår og reduksjon i blodtransfusjoner. Spørreskjema dokumenterer at Kp har effekt. Kp er synlig på veggen og data har også vist at den også brukes av sykepleiere som ikke fikk opplæring i WRS og Kp. Det er derfor min anbefaling, at den fortsatt bør være det sentrale

implementeringsverktøy. At kunnskapsnivået kan økes og vedlikeholdes gjennom bedre systematikk må det tas lærdom av, slik at budskapet spres til alle i målgruppen. Min anbefaling er å forbedre forankringen i ledelsen på postnivå. Et ennå større trykk på respekterte kolleger/likemannsopplæring vil være en investering i et godt implementeringsverktøy. I de omfattende programmer er ressursbruken betydelig sammenliknet med egen intervensjon.

Trykksår er også et innsatsområde i den Nasjonale pasientsikkerhetskampanje 2011-2013. Kampanjen vil bidra til fokus på trykksårsforebygging og tvinge institusjonene til et kritisk blikk på egen praksis. Samtidig planlegges også nasjonale prevalensmålinger, som i første omgang skal gjennomføres i helse Sør-Øst.

Oppgaven har omtalt mange mindre tiltak som mer utstyr, rulletekst, premiering, revisjoner, måling av innsidens, prevalens og holdninger. Alle kan bidra til at implementeringsverktøyet Kp kommer til ytterligere nytte.

KAPITTEL 6 OPPSUMMERING

Verktøy som implementerer retningslinjer og best praksis må være lett tilgjengelige, gjerne logiske og spres bredt. Det er evidens for at en systematisk tilnærming, forankring i ledelsen og tverrfaglig samarbeid er essensielt for å lykkes. Risikoskåringsverktøy som Waterlow- og Braden skala inngår i alle studier som har trykksårsforebygging som tema.

Visuelle og praktiske verktøy som Kp, flytskjema, kommunikasjonsskjema og RED FRAMES har vist seg nyttige, men et implementerings verktøy kan ikke stå alene. Kunnskap og holdninger må tas i betraktning.

Omfattende og ressurskrevende programmer har vist effekt på prevalens og økonomiske besparelser over år, men det er vanskelig å vurdere effekten av de mange ulike elementer hver for seg og fremheve enkelte implementeringsverktøy som utslagsgivende. Data fra egen studie dokumenterer bruk av Kp, som er ett stort implementerings verktøy. Etter å ha sett på andres erfaringer mener jeg at Kp er fornuftig å bygge videre på. Det er evidensbasert effekt av respekterte kolleger/likemannsopplæring, som jeg mener kan kalles verktøy for implementering av retningslinjer og beste praksis. De fleste av funnene vektlegger også eksperter i praksis.

Måling av innsidens og prevalens samt holdninger bør vise effekt over tid. Da har kunnskap, holdninger og klinisk praksis gått hånd i hånd. Implikasjonene blir at pasienter vil oppleve mindre smerte og lidelse. Færre vil dø av komplikasjonene til et dype trykksår. Samtidig vil innleggelsestiden reduseres og økonomien påvirkes positivt.

På den bakgrunn siterer jeg Benjamin Franklin.

”An Ounce of Prevention Is Worth a Pound of Cure”

REFERENSELISTE

- Allman, RM., Goode, PS., Burst, N., Bartolucci, AA., Thomas, DR. Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Adv. Wound care.* 1999 Jan-feb;12(1): 22-30.
- Anthony, D., Parboteeah, S., Saleh, M. (2008). Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. *J Clin Nurs* 17, 646-53.
- Armstrong, DG., Ayello, EA., Capitulo, KL., Fowler, E., Krasner, DL., Levine, JM., Jeffrey, M., Sibbald, RG., Smith, APS. (2008). New opportunities to improve pressure ulcer prevention and treatment. *Advances in Skin % Wound Care* 21, 469-478.
- Bales, I., Duvendack, T. (2011). Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence, an update. *Journal of Wound Care* 20, 374 – 377.
- Balzer, K., Pohl, C., Dassen, T., Halfens, R. (2007). The Norton, Waterlow, Braden, and Care dependency Scales. *J WOCN*, 389-398.
- Beeckman, D., Defloor, T., Demarré, L., Van Hecke, A., Vanderwee, K. (2010). Pressure ulcers: development and psychometric evaluation of the attitude towards pressure ulcer prevention instrument (APuP). *Int J Nurs Stud.*47,1432-41. *Epub 2010 May 14.*
- Bermark, S., Jensen, LB., Krejbjerg, E., Norden, AV., Trangbæk, R., Palmberg, J., Ørskov, A. (2009). Seks prævalensundersøgelser for tryksår. *SÅR* 4, 203-210.
- Bjørø, K., Ribu, L. (2009). Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus. *Sykepleien Forskning* 4, 298-305
- Braut, GS. (2009). Trykksår som samfunnsmedisinsk utfordring. *SÅR* 17, 24-26.
- Buss, IC., Halfens, RJ., Abu-Saad, HH., Kok, G. (2004). Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *J Clin Nurs* 13, 668-76.

Dreier, H. (2003). *Tryksårsforebyggelse i den siddende stilling*. København: Hjælpemiddelinstitutet.

Dreier, H. (2004). Kan man hele mens man sidder på et siddesår. *Sår 12*, 144-148

Gorecki, C., Nixon, J., Madill, J.A, Firth, J., Brown, JM. (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*, 3–12.

Gorecki, C., Broen, JM., Nelson, EA., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T.; Nixon, J. (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc. 57*, 1175-83.

Gottrup, F., Karlsmark, T.)(2008). *Sår-Baggrund, diagnose og behandling. 2.utg.*
København: Munksgaard Danmark.

Haugen, V., Pechacek, J., Maher, T., Wilde, J., Kula, L., Powell, J. (2011). Decreasing pressure ulcer risk during hospital procedures: a rapid process improvement workshop. *J Wound Ostomy Continence Nurs. 38*, 155-9.

Keller, R, Frank-Bader, M., Beltran, K., Ascalon, M., Bowar-Ferres, SL. (2011). Peer education: an innovative approach for integrating standards into practice. *J Nurs Care Qual., 26*, 120-7.

Langøen, A. (2006). *Huden : pleie, pleiemidler og sårbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk 3. utg.

Lindholm, L. (2004). *Sår*. Forlag: Akribes

Loonstra, A., Weston, C. (2009). Pressure ulcer prevention: achieving zero prevalence. An advertorial. *Wounds International 1*.

- Moore, Z., Prize, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *J Clin Nurs*. 13, 942-51.
- Müller¹, U., Exadaktylos, A., Roeder, C., Pisan, M., Eggli, S., Jüni, P. (2004). Effect of a flow chart on use of blood transfusions in primary total hip and knee replacement: prospective before and after study. *BMJ* 17, 934-8.
- Olsson, G. (2006). Brug hospitalssengen forebyggelsen af trykksår. *SÅR*, 14 (2).
- Orsted, HL., Rosenthal, S., Woodbury, M.G. (2009). Pressure Ulcer Awareness and Prevention Program: A Quality Improvement Program Through the Canadian Association of Wound Care. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 36, 178-183.
- Phillips., L. (2010). Nimbus range of pressure-redistributing mattresses. *Wounds uk*, 6 (2).
- Prentice, JL., Stacey, MC. (2001). Implementing the Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers. Primary Intention: The Australian Journal of Wound Management 9, 99-102, 104-108.
- Romanelli, M., Clark, M., Cherry, G., Colin, D. og Defloor, T. (2006). Science and Practice of pressure Ulcer management. London: Springer -Verlag London Limited.
- Saunders, S., Petch, C. (2007). Best practice guidelines: implementation and lessons learned. *Perspectives*, 31, 24-31.
- Sendelbach, S., Zink, M., Peterson, J. (2011). Decreasing Pressure Ulcers Across a Healthcare System: Moving Beneath the Tip of the Iceberg. *JONA: Journal of Nursing Administration*, 41, 84 – 89.
- Skewes, S. (1996). Skin Care Rituals That Do More Harm Than Good. *American Journal of Nursing* 96, 32.
- Stirling, M. (2009). RED FRAMES: An Introduction to Pressure Education and Memory Aids. *Wound Practice & Research* 17, 43-51.
- Strand, T. Lindgren, M. (2010). Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study. *Intensive*

Crit Care Nurs 26, 335-42.

Uzun, Ö., Aylaz, R., Karadağ, E. (2009). Prospective Study: Reducing Pressure Ulcers in Intensive Care Units at a Turkish Medical Center. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* 36, 404-411.

Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2007). "Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study." *J Eval Clin Pract* 13, 227-35.

Vanderwee, K., Defloor, T., Beeckman, D., Demarré, L., Verhaeghe, S., Van Durme, T., Gobert, M. (2011). Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Qual Saf.* 20, 260-7.

Wilborn, D., Halfens, R., Dassen, T. (2006). Pressure ulcer: Prevention protocols and prevalence. *J Eval Clin Pract*, 12, 630-8.

AtmosAir 9000Matress.

<http://www.kci-medical.no/NO-NOR/atmosair9000withsat>. Lastet ned fra internett 4.5.2012

Rammeplan for sykepleieutdanningen. Fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl_eierutdanning_08.pdf. Lastet ned fra internett 4.5.2012

Store norske leksikon. 2012

<http://snl.no/holdning>. Lastet ned fra internett 15.4.2012

Hernes G. Hot Topic - Cold Comfort. Climate Change and Attitude Change. 2012

<http://www.nordforsk.org/en/publikasjoner/hot-topic-cold-comfort-climate-change-and-attitude-change/view>. Lastet ned fra internett 1.5.2012

Questback

<http://www.questback.no/>. Lastet ned fra internett 9.5.2012

Clinical practical guideline. 2009

<http://www.epuap.org/guidelines> . Lastet ned fra internett 1.3.2012

Prinsipper og strategier for implementering. Bogsnes Larsen, TM., Lamer, K, Mørch, WT.,
Olweus, D., Helland, S.

[http:// www.udir.no/.../5/Forebyggende_innsatser_implemterering.pdf?...no](http://www.udir.no/.../5/Forebyggende_innsatser_implemterering.pdf?...no)

Lastet ned fra internett 25.4. 2012

Waterlow J. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention. 2007

http://www.judy-waterlow.co.uk/waterlow_score.htm. Lastet ned fra internett 1.11.2007

Vedlegg 2: Waterlowrisikoscårings skjema, pasientjournal dokument Diakonhjemmet sykehus

WATERLOWSKALA

SKÅR: 10+ risiko, 15+ høy risiko, 20+ meget høy risiko for trykksår

Vekt i forhold til høyde	Dato:			
Normal	0			
Overvektig	1			
Adipøs	2			
Undervektig	3			
Kontinens				
Permanent urinkateter	0			
Tidvis inkontinent	1			
Inkontinent for avføring	2			
Inkontinent for både urin og avføring	3			
Hudtype				
Normal	0			
Pergamenthud	1			
Tørr	1			
Ødematøs	1			
Klam, feberklam	1			
Sår grad 1	2			
Sår grad 2-4	3			
Mobilitet				
Normal	0			
Urolig/plukkete	1			
Apatisk	2			
Nedsatt mobilitet	3			
Fullt sengeleie	4			
Avhengig av rullestol/stol	5			
Kjønn/alder				

Mann	1			
Kvinne	2			
14-49 år	1			
50-64 år	2			
65-74 år	3			
75-80 år	4			
Over 81 år	5			
Appetitt				
Normal	0			
Dårlig	1			
Enteral/parenteral eller kun væske	2			
Anoreksi/ 0 pr os	3			
Spesiell risiko				
Feks. terminal/kakeksi	8			
Multippel organsvikt	8			
Enkeltvis organsvikt (hjertesvikt, respirasjonsvikt, nyresvikt)	5			
Perifer vaskulær insuffisiens	5			
Anemi	2			
Røyker	1			
Neurologisk svikt: Diabetes, MS, kardiovaskulær sykdom, motorisk/sensorisk sykdom, paraplegi	4-6			
Ortopedisk inngrep/spinal	5			
Storre kirurgiske inngrep eller traume				
Over 2 timers kirurgisk inngrep	5			
Over 6 timers kirurgisk inngrep	8			
Langvaring/høy dose Steroider, cytosatika, antiinflam.med.	1-4			
TOTAL SKÅR:				

Vedlegg 3: Spørreskjema




Spørreskjema

Din identitet vil holdes skjult

Les om [retningslinjer for personvern](#). (Åpnes i nytt vindu)



1) * Din alder


Velg et alternativ 

2) * Kjønn

Kvinne

Mann

3) * Hvor mange år arbeidserfaring hadde du som sykepleier pr 1.5.2009 (rund av oppover til nærmeste hele tall):

Velg et alternativ 

4) * Hvor lenge har du vært ansatt på Diakonhjemmet sykehus?

- 2 måneder
- 4 måneder
- 6 måneder
- 8 måneder
- 10 måneder
- 12 måneder
- 14 år måneder
- 16 måneder
- mer enn 18 måneder

Neste >>

8 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

www.questback.com/isa/qbv.dll/SubmitQuestAnswer

Spørreskjema

5) * Har du videreutdanning etter endt sykepleierutdanning? F.eks spesialsykepleier i psykiatri, intensiv, lederutdanning eller klinisk spesialist i sykepleie?

- Ja
- Nei

Neste >>

15 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

6) * I de neste 13 spørsmål kommer det påstander som du bes ta stilling til. Kryss av for om du er sterkt uenig, uenig, enig eller veldig enig.

	Sterkt uenig	Uenig	Enig	Veldig enig
1. Jeg føler meg trygg på min evne til å forebygge trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jeg er godt trent i å forebygge trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Forebygging av trykksår er for vanskelig. Andre er flinkere enn meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. For mye oppmerksomhet går med til forebygging av trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Forebygging av trykksår er ikke så viktig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Forebygging av trykksår bør prioriteres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Et trykksår forårsaker nesten aldri ubehag for pasienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Den økonomiske betydningen av trykksår for en pasient bør ikke overdrives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Den økonomiske betydningen av trykksår for samfunnet bør ikke overdrives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Jeg er ikke ansvarlig hvis min pasient utvikler et trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jeg personlig har en viktig oppgave i forebygging av trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Trykksår er mulig å forebygge hos høyrisikopasienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Trykksår er nesten aldri mulig å forebygge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neste >>

23 % completed

Spørreskjema

7) * Hvor henger Kunnskapsplakaten (Kp) på din post?

- Vaktrom
- Andre felles rom
- Har sett den henge oppe men nå er den vekk
- Har aldri sett den henge oppe

Neste >>

31 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

8) * Har du fått veiledning/undervisning i bruk av Kp? Sett kryss ved de innføringstiltak du synes er relevante

- Jeg har øvd på å risikoskåre i Waterlowskalaen utfra en eller flere pasientcase.
- Jeg fikk undervisning i å skåre i Waterlowskalaen av et medlem av sår-faggruppen / avd.leder / fagsykepleier.
- Jeg fikk undervisning om temaene på Kp av et medlem av sår-faggruppen / avd.leder / fagsykepleier.
- Jeg har blitt veiledet/undervist om Waterlowskala og/eller Kp i praksis på posten av konsulent.
- Jeg deltok på/observerte at det var en "happening" i kantinen som markerte implementering av at Kp skulle henges opp.
- Jeg deltok på heldags kurs 8.12.2009 om Trykksår, forebygging og behandling.
- Annen veiledning/undervisning.
- Jeg har aldri fått veiledning/undervisning i bruk av Kp.

Neste >>

38 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

9) * Hvor fornøyd er du med innføringstiltakene?

- Veldig fornøyd
- Fornøyd
- Mindre fornøyd
- Ikke fornøyd
- Uaktuelt fordi jeg har aldri fått veiledning/undervisning i bruk av Kp.

Neste >>

46 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

10) * Vennligst ta stilling til følgende påstand: Innføringstiltakene bør repeteres.

- Sterkt uenig
- Uenig
- Enig
- Veldig enig

Neste >>

54 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

11) * Vennligst ta stilling til følgende påstand: Risikoskåring fører til forebygging av trykksår.

- Sterkt uenig
 - Uenig
 - Enig
 - Veldig enig
-

Neste >>

62 % completed

Spørreskjema

12) * Hvor ofte skaffer du til veie utstyr som madrass og sittepute for å trykkavlaste når det er påkrevet?

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte
- Alltid

13) * Hvor fornøyd er du med tilgjengeligheten på å avlastende puter og madrasser?

- Veldig fornøyd
- Fornøyd
- Mindre fornøyd
- Ikke fornøyd

14) * Kp viser bilder av hvordan man kan fremme pasientens egen mobilisering og gir råd om avlastende posisjoner i sittende og liggende stilling. Har dette endret din praksis?

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte
- Alltid
- Kjenner ikke til Kp.

Neste >>

69 % completed

Spørreskjema

15) * Kp inneholder råd om hudpleie og hvilke vaskemidler og kremer som egner seg for forskjellige hudtyper. Har det endret din praksis?

- Aldri
 - Sjeldent
 - Ofte
 - Alltid
 - Kjenner ikke til Kp.
-

16) * Kp viser bilder og tekst om 4 grader/kategorier av trykksår. Bruker du foto og tegninger på Kp for å fastslå trykksårs grad/kategori?

- Aldri
 - Sjeldent
 - Ofte
 - Alltid
 - Kjenner ikke til Kp.
-

17) * Hvor ofte risikoskårer du pasienter i Waterlowskalaen?

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte
- Alltid

18) * Dersom du har risikoskåret en pasient i Waterlowskalaen, bruker du da de tiltak Kp anbefaler?

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte
- Alltid
- Kjenner ikke til Kp.

19) * Bruker du Kp som hjelp til behandling av trykksår?

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte
- Alltid
- Kjenner ikke til Kp.

[Neste >>](#)

77 % completed

Spørreskjema

20) * Vennligst ta stilling til følgende påstand: Opplæring i å risikoskåre i Waterlowskalaen og Kp bør være obligatorisk i introduksjonsprogrammet for nyansatte sykepleiere?

- Sterkt uenig
- Uenig
- Enig
- Veldig enig

Neste >>

85 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

21) * Forestill deg at det ruller en tekst over skjermen nederst hver gang du logger deg inn i DIPS. Rulleteksten lyder "Har du forbygget trykksår idag?"

- Det vil hjelpe meg å huske å skåre i Waterlowskalaen og bruke tiltakene på Kp
- Det vil være nyttig i kortere perioder for at alle skal få det innarbeidet.
- Dette har jeg ikke tro på

Neste >>

92 % completed

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Spørreskjema

22) * Ønsker du som sykepleier å bli oppdatert på siste nytt innen forebygging og behandling av trykksår så lenge du jobber ved denne avdeling?

- Ja
 Nei

100 % completed

Vedlegg 4: Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP).

Tillatelse til å bruke den norske oversettelsen av instrumentet i masteroppgaven er gitt av Forsker **Karen Bjøro**, sykepleier, PhD

Spørreskjema om trykksårforebygging – Norsk versjon (APuP-N)

Oversatt av Karen Bjøro (APuP-skala er oversatt til norsk med tillatelse av D. Beekman)

1. Jeg føler meg trygg på min evne til å forebygge trykksår.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

2. Jeg er godt trent i å forebygge trykksår.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

3. Forebygging av trykksår er for vanskelig. Andre er flinkere enn meg.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

4. For mye oppmerksomhet går med til forebygging av trykksår.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

5. Forebygging av trykksår er ikke så viktig.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

6. Forebygging av trykksår bør prioriteres.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

7. Et trykksår forårsaker nesten aldri ubehag for pasienten.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

8. Den økonomiske betydningen av trykksår for en pasient bør ikke overdrives.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

9. Den økonomiske betydningen av trykksår for samfunnet bør ikke overdrives.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

10. Jeg er ikke ansvarlig hvis min pasient utvikler et trykksår.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

11. Jeg personlig har en viktig oppgave i forebygging av trykksår.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

12. Trykksår er mulig å forebygge hos høyrisikopasienter.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

13. Trykksår er nesten aldri mulig å forebygge.

sterkt uenig uenig enig veldig enig

(Beeckman D, Defloor T, Demarre L, Van Hecke A, Vanderwee K. Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (ApuP). International Journal of Nursing Studies 2010; 47: 1432-1441.)

Vedlegg 5: Svar på fra fremleggingserklæring for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

From: post@helseforskning.etikkom.no

Sent: Tuesday, September 21, 2010 1:50:31 PM

To: evakheiberg@hotmail.com; i.s.bredal@medisin.uio.no

This message is too wide to fit your screen. [Show full message](#)

Hei

Vi viser til henvendelse om framleggingsplikt angående et prosjekt for "trykksårsforebygging".

Vi forstår det slikt at det her skal benyttes spørreskjema som skal besvares anonymt. Slik dette er beskrevet faller det utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Mvh

Jørgen Hardang

Vedlegg 6: Tillatelse fra Medisinsk avdeling

Fra: Aira Bucher

Sendt: 28. oktober 2010 17:11

Til: Eva Kronholm Heiberg

Emne: SV: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei

Jeg mener at dette ser i utgangspunktet greit ut for medisinsk avdeling.

Mvh

Aira Bucher

Avdelingsjef/-overlege

Medisinsk avdeling

Diakonhjemmet sykehus

Postboks 23 Vindern

N-0319 Oslo

Tel. 22 45 17 30 (kontor), 11 45 15 00 (sentrale)

aira.bucher@diakonsyk.no

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 18. oktober 2010 15:22

Til: Aira Bucher; Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Kopi: Lillanna Lindeman Engzelius

Emne: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Vedlegg7: Tillatelse fra alderspsykiatrisk avdeling

Fra: Bernhard Lorentzen

Sendt: 23. november 2010 12:32

Til: Eva Kronholm Heiberg; Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald

Kopi: Kari Midtbø Kristiansen

Emne: SV: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei!

Det er helt greit at du intervjuer sykepleiere ved alderspsykiatrisk avdeling i forbindelse med prosjektet. Lykke til!

Vennlig hilsen

Bernhard Lorentzen

avdelingssjef/avdelingsoverlege

Diakonhjemmet Sykehus

Alderspsykiatrisk avdeling

Søndre Borgen

Telefon: 66 78 86 02

E-post: bernhard.lorentzen@diakonsyk.no

<mailto:stein-arne.hval@diakonsyk.no>

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 23. november 2010 10:57

Til: Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Emne: VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei

Jeg ber vennligst om tilbakemelding på min søknad. Jeg ønsker å søke Forskningsutvalget så snart jeg har fått svar.

Mvh

Eva Kronholm Heiberg

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 18. oktober 2010 15:22

Til: Aira Bucher; Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Kopi: Lillanna Lindeman Engzelius

Emne: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Vennligst vurder vedlegget.

Mvh

Eva kronholm Heiberg

Vedlegg 8: Tillatelse fra kirurgisk avdeling

Fra: Ludvig Fjeld Solheim
Sendt: 23. november 2010 13:54
Til: Eva Kronholm Heiberg
Emne: SV: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Ok for kir avd

Fra: Eva Kronholm Heiberg
Sendt: 23. november 2010 10:57
Til: Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen
Emne: VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei

Jeg ber vennligst om tilbakemelding på min søknad. Jeg ønsker å søke Forskningsutvalget så snart jeg har fått svar.

Mvh

[Eva Kronholm Heiberg](#)

Fra: Eva Kronholm Heiberg
Sendt: 18. oktober 2010 15:22
Til: Aira Bucher; Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen
Kopi: Lillanna Lindeman Engzelius
Emne: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Vennligst vurder vedlegget.

Mvh

Eva kronholm Heiberg

Vedlegg 9: Tillatelse fra anesthesi og intensivavdelingen

Fra: Anne Devold

Sendt: 23. november 2010 11:22

Til: Eva Kronholm Heiberg

Kopi: Ole Kristian Roald

Emne: SV: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei Eva

Det er greit for meg også.

Lykke til med studien Eva.

Mvh

Anne Devold

Oversykepleier, anesthesi og intensivavdelingen

Fra: Ole Kristian Roald

Sendt: 23. november 2010 11:03

Til: Anne Devold

Kopi: Eva Kronholm Heiberg

Emne: VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei!

Jeg har ingen spes motforestillinger og støtter dermed studien, men overlater det endelige ord til oversykepleier.

Mvh

Ole Kristian Roald

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 23. november 2010 10:57

Til: Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Emne: VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei

Jeg ber vennligst om tilbakemelding på min søknad. Jeg ønsker å søke Forskningsutvalget så snart jeg har fått svar.

Mvh

Eva Kronholm Heiberg

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 18. oktober 2010 15:22

Til: Aira Bucher; Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Kopi: Lillanna Lindeman Engzelius

Emne: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Vennligst vurder vedlegget.

Mvh

Eva kronholm Heiberg

Vedlegg 10: Tillatelse fra revmatologisk avdeling

Fra: Tore K, Kvien [mailto:t.k.kvien@medisin.uio.no]

Sendt: 1. desember 2010 12:01

Til: Eva Kronholm Heiberg; Tore K. Kvien, UIO

Emne: Re: VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei,

enhetslederne ved avdelingen har sett din søknad - problemstilling er ikke veldig aktuell for sykepleierne i avd, men de bidrar hvis relevant. Du kan vel nå sende til FU

Tore K

Den 30.11.2010 09:15, skrev Eva Kronholm Heiberg:

Hei

Jeg ber vennligst om endelig tilbakemelding på min søknad. Håper mitt svar til deg i mail av 16.11.2010 gav fyllestgjørende svar på dine spørsmål.

Mvh

Eva Kronholm Heiberg

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 23. november 2010 10:57

Til: Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Emne: VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Hei

Jeg ber vennligst om tilbakemelding på min søknad. Jeg ønsker å søke Forskningsutvalget så snart jeg har fått svar.

Mvh

Eva Kronholm Heiberg

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 18. oktober 2010 15:22

Til: Aira Bucher; Ludvig Fjeld Solheim; Tore K. Kvien, UIO; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen

Kopi: Lillanna Lindeman Engzelius

Emne: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Vennligst vurder vedlegget.

Mvh

Eva kronholm Heiberg

VS: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Sent: Tuesday, October 19, 2010 3:46:47 PM

To: Eva Heiberg (evakheiberg@hotmail.com)

Fra: Tore K. Kvien [<mailto:t.k.kvien@medisin.uio.no>]

Sendt: 19. oktober 2010 00:56

Til: Eva Kronholm Heiberg

Kopi: Aira Bucher; Ludvig Fjeld Solheim; Ole Kristian Roald; Bernhard Lorentzen; Lillanna Lindeman Engzelius; Tore K. Kvien, UIO

Emne: Re: søknad om tillatelse, forskningsprosjekt.

Eva, ressursbruk - på individ og avdelingsnivå - er ikke tydeliggjort i dette notatet. Dette må tydeliggjøres i denne søknaden og dessuten i din senere søknad til FU. Hvorfor har du ingen interne veiledere?

Tore K

Tore Kvien

Mange takk for ditt svar.

Når det gjelder ressursbruk har jeg søkt personalsjef Vera Tangen Venaas om tillatelse til å bruke QuestBack (Qb)systemet til min nettbaserte survey. QB er tilgjengelig på Diakonhjemmet og jeg har fått tillatelse til å søke assistanse hos en ansatt med kompetanse og erfaring på dette. Hun er ansatt i avd. for personal og kompetanse og vurderer sin innsats til 3 arbeidsdager.

På avdelingsnivå vil jeg treffe enhetslederne i lederfora og de som ikke treffes der vil jeg oppsøke personlig. Jeg vil be dem lese opp et informasjonsskriv for sine respektive sykepleiere. Informasjonsskrivet har jeg utarbeidet. I tillegg vil jeg oppfordre dem til å motivere sykepleierne til å svare. Alle sykepleierne vil samtidig motta mail med samme informasjonsskriv. Dette skal foregå ca en uke før surveyen distribueres. Jeg anslår at enhetsleder bruker 5 minutter på informasjonen. Ved lav svar prosent vil jeg be enhetslederne ”purre”.

Den enkelte sykepleier vil bruke 5 – 10 minutter på svare på surveyen. Det gjelder også de som plukkes ut til pilottesten.

Jeg skal redegjøre for ovenstående i min Søknad til FU.

Min master er tilknyttet Institutt for sykepleievitenskap og helsefag som bidrar med de to veiledere jeg nevnte i søknaden. Inger Schou Bredal, Førsteamanuensis II, og biveileder Karen Bjøro. Karen Bjøro har doktorgrad og har trykksår som et av sine forskningsområder. Hun er en av få norske sykepleiere som har forsket på dette felt og har også andre stipendiater innen trykksår tematikk. Jeg får anledning gjennom dette til å benytte forskningsinstrumenter som jeg ellers ikke har så lett tilgang på, og jeg får dessuten være med i et nettverkssamarbeid rundt trykksårproblematikk. Dette fagmiljøet vil ha stor betydning for min studie, utvikling, og gir meg støtte i dette arbeid. Den kunnskapen jeg får gjennom denne veiledergruppe vil komme Diakonhjemmet til gode.

Vedrørende intern veileder så er den naturlige veileder fag- og forskningssykepleier Elisabeth Ruud Rønning dessverre i permisjon. Hvis intern veileder er ønskelig hvem ville du da ha anbefalt?

Mvh

Eva Kronholm Heiberg

Vedlegg11: Søknad til Forskningsutvalget

Fra: [Eva Kronholm Heiberg](#)

Til: [Eva Kronholm Heiberg](#)

Tittel: **VS: [Fwd: VS: søknad forskningsutvalget]**

Dato: 2010-12-09 09:13

1

1

<https://blyant.uio.>

[Redacted]

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Aase Frich

Sendt: 7. desember 2010 17:13

Til: Eva Kronholm Heiberg

Kopi: Kåre Birger Hagen, UIO

Emne: SV: [Fwd: VS: søknad forskningsutvalget]

Hei,

Takk for henvendelsen din. Siden studien ikke involverer pasienter, er det ikke nødvendig at søknaden framlegges for forskningsutvalget. Prosjekter som involverer sykehusets ansatte, betrakter vi som et forhold mellom avdelingsleder og prosjektleder.

Lykke til videre!

Vennlig hilsen

Aase Frich (sekretær i forskningsutvalget) (for Kåre Birger Hagen)

----- Original Message -----

Subject: VS: søknad forskningsutvalget

Date: Mon, 6 Dec 2010 11:55:53 +0100

From: Kåre Birger Hagen <Kare.Hagen@diakonsyk.no>

To: Kåre Birger Hagen, UIO <k.b.hagen@medisin.uio.no>

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Sendt: 2. desember 2010 14:59

Til: Kåre Birger Hagen

Emne: søknad forskningsutvalget

Hei

Jeg vedlegger en søknad. Så vidt jeg kan se av utvalgets hjemmeside er det møte 14.12.2010. Er det slik at jeg forvente behandling av søknaden på det møte? Vil jeg i så fall få svar før jul?

Mvh

klinisk spesialist i sykepleie (sår)
Eva Kronholm heiberg

Vedlegg 12: Tillatelse fra Personalsjef

Fra: Eva Kronholm Heiberg

Til: Eva Kronholm Heiberg

Tittel: VS: svar på søknad om bruk av Quest Back

Dato: 2010-11-02 09:24

Fra: Vera Tangen Wenaas

Sendt: 1. november 2010 15:35

Til: Eva Kronholm Heiberg

Kopi: Karen Waage

Emne: svar på søknad om bruk av Quest Back

Hei !

Jeg håper du har gått videre med et muntlig ja på søknaden om å kunne benytte QuestBack som instrument i din masteroppgave. Beklager at det skriftlige svaret kommer sent. Det er avklart fra vår side at du kan påregne bistand fra Karen Waage. Jeg ønsker deg lykke til med oppgaven og er glad for at du arbeider med et tema det er viktig for sykehuset å få kartlagt.

Hilsen Vera Tangen Wenaas
personalsjef

Vedlegg 13: Implementeringstiltak

1 Øvd på å risikoscåre i WRS utfra pasientcase

*2 Fått undervisning i å risikoscåre i WRS av et medlem av Sårfaqgruppen
/avd.leder/fagsykepleier*

*3 Fått undervisning om temaene på Kp av et medlem i Sårfaqgruppen, avdelingsleder eller
fagsykepleier*

4 Veiledning i praksis av konsulent

5 Deltatt på eller observert en "happening" i kantinen som markerte implementering av Kp

6 Deltatt på heldags kurs om trykksår, forebygging og behandling

7 Annen veiledning/undervisning

Aldri fått veiledning/undervisning i bruk av Kp