

En kvalitativ studie av sårbehandling i hjemmesykepleien

Utfordringer, kompetanse, kontinuitet

Cecilie Bye Erstad



Masteroppgave i Helsefagvitenskap
Institutt for helse og samfunn/avdeling for helsefag
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2016

En kvalitativ studie av sårbehandling i hjemmesykepleien

Utfordringer

Kompetanse

Kontinuitet

Cecilie Bye Erstad

Copyright Cecilie Bye Erstad

2016

En kvalitativ studie av sårbehandling i hjemmesykepleien
– utfordringer, kompetanse, kontinuitet

Cecilie Bye Erstad

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

Trykk: CopyCat

Sammendrag

Hensikten med studien er å belyse og forstå sårbehandling i hjemmesykepleien.

Studiens problemstilling er: ”Hvilke faktorer påvirker sårbehandling i hjemmesykepleien?”

Dette er en kvalitativ studie der det er benyttet deltakende observasjon kombinert med intervju. Det ble gjort en meningsanalyse av datamaterialet fra observasjonsnotater og transkripsjon fra intervjuene. Data fra enkeltfenomen fra feltnotater og intervju ble flettet etter inspirasjon fra Strøm og Fagermoen (2012) og Vatne og Fagermoen (2007).

Mange mennesker opplever å måtte leve med sår som har vansker med å gro. En stor andel av disse pasientene behandles i primærhelsetjenesten. (Gottrup, 2008). Forskning har vist at de ikke alltid mottar anbefalt og evidensbasert behandling (Haram m.fl, 2003; Rønsen og Krisitansen, 2014).

Analysen ga tre hovedtemaer: utfordringer i arbeidsforhold, kompetanse og kontinuitet.

Det er en *stilltiende akseptasjon* av vilkårene hjemmesykepleien møter, når de utfører sårbehandling i hjemmet. Behovene de har for å få utført faglig forsvarlig behandling blir ikke artikulert. Fastlegen forskyver sitt ansvar for pasientens sårbehandling over på hjemmesykepleien. Når spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien ikke samarbeider om en felles pasient, forsvinner en viktig kompetansekilde. Det er en *stilltiende akseptasjon* av at kompetanse og medisinsk beslutningsmyndighet *skyves vekk* fra pasienten.

Dokumentasjonssystemet er helt essensielt for kontinuiteten i behandlingen. Lav kontinuitet truer en helhetlig behandling. Gjennom å skape rammer og strukturer rundt sårbehandlingen, og ved å artikulere hvem som har ansvar for hva, kan lederen forbedre kvaliteten i sårbehandlingen. Ved å begrense ansvaret for behandlingen på få pleiere og la disse få lede seg selv i arbeidet, kan lederen få kreative og selvstendige sårbehandlere.

Abstract

The aim of this study is to highlight and understand wound treatment in the primary home care.

The study's main issue is: "*What affects wound treatment carried out by the home care?*"

This is a qualitative study using participating observation combined with interviews. A content analysis was used to analyze the data. Data from field studies and interviews were integrated using an event-oriented method inspired by Strøm and Fagermoen (2012) and Vatne and Fagermoen (2007).

Many people suffer from chronic ulcers. Many of them are patients treated in the primary health care. (Gottrup). Research have shown that the patients not necessarily receive evidence-based treatment (Haram m.fl, 2003; Rønsen og Kristiansen, 2014)

The analyses showed three main categories: challenges in the home, competence and continuity

The home care unit faces conditions of their workplace with a *silent acceptance* when they carry out wound treatment in the home. Their needs in the wound care are not articulated. The patient's doctor is displacing his responsibility for the patient's wound care towards the home care unit. When the hospital and home care are not treating the same patient in cooperation, an important source of competence disappears. The lack of competence and medical decision is met with a *silenced acceptance*.

The patient's journal is essential for maintaining care continuity. Low continuity is a threat to comprehensive treatment. By creating structures around the wound treatment and articulating who is responsible for what, the leader can improve wound care quality. By assigning responsibility for the wound treatment to a smaller group of nurses, and by letting this group lead themselves, the leader achieve creative and independent wound care nurses.

Forord

Jeg har vært interessert i sårbehandling og pasienter med sår mesteparten av mitt yrkesliv. Gleden var derfor stor da jeg fikk begynne på Universitetet i Oslo, avdeling for helsefag. Tanken var hele tiden at jeg skulle skrive ”noe om sår”.

Aller først vil jeg takke deltakerne mine, som samtykket i at jeg skulle få henge over dem mens de utførte sårstell. Det var den mest spennende og artige delen av hele studien. Studien hadde ikke vært mulig uten dere. Deretter vil jeg takke pasientene som inviterte meg inn i sitt hjem. Studien hadde vært like umulig å få til om dere ikke hadde sagt ja.

Rita Jakobsen, min veileder, har vært en helt nødvendig sparringspartner. Takk for gode innspill, tanker, idéer og entusiasme. Jeg hadde ikke klart dette uten deg.

Jeg vil også takke Utviklingssenter for hjemmetjenester i bydel Bjerke, for hjelp til kontakt med bydelene i Oslo kommune.

Takk til forelesere og medstudenter ved avdeling for helsefag for spennende forelesninger og samtaler. Dere har gitt meg mulighet til å se verden med andre øyne.

Tusen takk til min bror Olav, som har korrekturlest og fjernet språklige sprell.
Takk til mine foreldre, Elisabet og Rune, for støtte, på så mange måter.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min mann Tore, for å ha holdt ut med meg og mine studier disse årene, og våre to barn, Mathilde og Herman, som har måttet tåle at mamma må gjøre lekser.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Min interesse for feltet	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Tidligere forskning	3
2 Sårbehandling	5
2.1 Normal sårtilheling	5
2.2 Bakenforliggende årsaker til langsomt helende sår	6
2.3 Historisk tilbakeblikk på sårbehandling	7
2.4 Viktigheten av riktig sårdiagnose	8
2.5 Anbefalt lokalbehandling av sår	9
Nekrosektomi	9
2.6 Hygiene ved sårbehandling	11
2.6.1 Dokumentasjon av sårbehandling.....	12
2.7 Forekomst av vanskelig helende sår	13
2.8 Kostnader ved sårbehandling	14
2.9 Ansvar for sårbehandling	15
3 Hjemmesykepleien	16
3.1.1 Begrepsavklaring av tjenestemottakere.....	18
4 Organisasjon, kompetanse og kvalitet	19
4.1 Selvledelse	24
4.2 Kompetanse	25
4.2.1 Klinisk skjønn som en del av kompetanse	27
4.3 Sykepleiere og organisatorisk kompetanse	28
5 Metode og design	30
5.1 Valg av metode	30
5.2 Strategisk utvalg av deltakere	31
5.2.1 Presentasjon av deltakerne	32
5.3 Strategisk utvalg av pasienter	33
5.3.1 Presentasjon av pasientene.....	33
5.4 Innsamling av data, deltakende observasjon	35
5.4.1 Kritikk mot deltakende observasjon	35
5.5 Innsamling av data; intervju	37
5.5.1 Kritikk mot intervjuet.....	38
5.5.2 Transkripsjon av intervju.....	40
5.6 Etske hensyn	40
5.6.1 Melding til offentlig myndighet	41
5.6.2 Konfidensialitet	41
5.6.3 Innhenting av informert samtykke	41
5.6.4 Taushetsplikt om innsyn i pasienters helseopplysninger.....	42
5.6.5 Fordeler og ulemper for deltakere og pasienter	42
5.6.6 Rollen som forsker	43
5.6.7 Deltakende observatør i eget og fremmed felt.....	44
5.6.8 Min forforståelse av sårbehandling i hjemmesykepleien.	45
5.7 Forskningens gyldighet, troverdighet og overførbarhet	47

5.8	Begrensninger i studiens funn.....	47
6	Analyseprosessen	49
6.1	Samtidig analyse av datamateriale generert ved observasjon og intervju.	51
7	Presentasjon av funn	54
7.1	Utfordrende arbeidsforhold.....	54
7.1.1	Pasientens hjem.....	54
7.1.2	Tilgang på hjelpemidler	55
7.2	Kompetanse	58
7.2.1	Kompetanse hos den enkelte.....	58
7.2.2	Kompetanse i gruppen	59
7.2.3	Kompetanse utenfor gruppen	61
7.3	Kontinuitet	63
7.3.1	Kontinuitet i behandlingen.....	63
7.3.2	Kontinuitet i pleierbesøk.....	66
8	Diskusjon	68
8.1	Utfordrende arbeidsforhold.....	69
8.1.1	Pasientens hjem.....	69
8.1.2	Manglende tilgang på utstyr	71
8.2	Kompetanse	72
8.2.1	Kompetanse hos den enkelte.....	73
8.2.2	Kompetanse i gruppen	75
8.2.3	Kompetanse utenfor gruppen	77
8.3	Kontinuitet	81
8.3.1	Kontinuitet i behandlingen.....	81
8.3.2	Kontinuitet i pleierbesøk.....	82
8.4	Klinisk ledelse innen sårbehandling	84
9	Konklusjon	87
	Vedlegg	93

1.0 Innledning

Primærhelsetjenesten yter helsehjelp til et stort antall mennesker i alle aldre i Norge gjennom ulike tilbud som for eksempel fastlegetjenesten og pleie og omsorg i hjemmet og i institusjon. Hjemmesykepleien er en del av denne tjenesten og retter seg mot personer som bor hjemme og som har behov for sykepleie. Hjemmesykepleien gir veiledning, hjelp og assistanse ved personlig hygiene, påkledning og toalettbesøk, kosthold og medikamenthåndtering, medisinske prosedyrer og sårbehandling (Oslo kommune). Dette er et stort og mangfoldig tjenestetilbud som krever et bredt spekter av kunnskap og handlingsrom for de ansatte (Bing-Jonsson, 2015). Et av tilbudene hjemmesykepleien yter helsehjelp til er sårbehandling. Samfunnet bruker store ressurser på sårbehandling, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Rønsen, 2014; Friman, 2010; Hjort, 2010).

Pasienter med sår møter en i store deler av både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Hvilke sår som er mest vanlige å møte vil i spesialisthelsetjenesten avhenge av hvilke fagspesialiteter en arbeider innen. Primærhelsetjenesten er ikke inndelt etter fagspesialiteter og yter helsehjelp til et bredt spekter av pasienter. Dette vil gjelde også for sårpasienter. Hjemmesykepleien behandler pasienter med mange og ulike sårtyper, fra oppfølging av akutte skader og sår, til kroniske sår av ulik etiologi, som har vanskelig for å gro.

Pasienter med sår rapporterer nedsatt livskvalitet som følge av redusert bevegelighet, smerter, søvnproblemer og sosial isolasjon (Upton og Andrews, 2007) Det er også sammenheng mellom tilstedeværelsen av sår og psykiske problemer som depresjon. Mange bekymrer seg for framtiden (Hopkins, 2010). Pasienter med diabetiske fotsår har en markant høyere risiko for amputasjon.

1.1 Min interesse for feltet

Min interesse for sårbehandling startet da jeg som nittenåring jobbet et år som hjemmehjelp i en bydel i Oslo. Jeg fikk da være med på noen interne møter med hjemmesykepleien der pasienter med sår ble diskutert. Dette syntes jeg var veldig spennende, og jeg var svært stolt da jeg senere, som sykepleiestudent selv fikk utføre sårbehandling mens jeg hadde

sommerjobb i hjemmesykepleien. Det var også grunnen til at jeg som sykepleier, søkte min første jobb på hudavdelingen på Ullevål sykehus.

Siden den gang har jeg fått lang og bred erfaring innen sårbehandling i spesialisthelsetjenesten. Jeg har i lengre perioder jobbet innen fagfelt der jeg har fått møte og behandl pasienter med ulike sår, både akutte sår og langsomt helende sår av ulik etiologi. Jeg har i hele min karriere hatt en særlig interesse for sårpatienten og sårbehandling, og har fått anledning til å fordype meg i sårbehandling gjennom kompetansehevingsprogrammet ”Klinisk stige” ved Helse Bergen. Dette resulterte i at jeg ble godkjent som klinisk spesialist i sårbehandling av Norsk Sykepleierforbund i 2006.

Jeg har utført sårbehandling under gode ergonomiske arbeidsforhold, med tilgang til det meste av nødvendig utstyr og med kunnskapsrike kollegaer rundt meg. Jeg har også utført sårbehandling under vanskelige arbeidsforhold og med mangel på både nødvendig utstyr og bandasjer.

I mitt arbeid som sykepleier på forskjellige sengeposter og poliklinikk har jeg hatt pasienter som etter sykehusopphold må få oppfølging av hjemmesykepleien til sårbehandling, og jeg har hatt pasienter på poliklinikk som parallelt med sårbehandling ved poliklinikken, har fått sårbehandling av hjemmesykepleien.

Jeg har skrevet mange sårprosedyrer som pasientene har fått med seg hjem for å gi til hjemmesykepleien. Spesielt i den forbindelse har jeg gjort meg tanker om hvilke forventninger vi i spesialisthelsetjenesten har til hva de kan gjøre av sårbehandling i hjemmesykepleien og hva de ikke gjør i hjemmesykepleien. Jeg har skrevet detaljerte og trinnvise prosedyrer med en forventning om at hjemmesykepleien skal utføre sårbehandlingen på akkurat den måten prosedyren sier. Noen ganger har jeg innsett at jeg ikke kan forutse hvordan lokalbehandlingen skal være etter en tid. Da har jeg tenkt at dette må hjemmesykepleien vurdere etter eget skjønn. I disse tilfellene har jeg vært usikker på hvem som utfører sårbehandlingen, og jeg har vært usikker på om de vil vurdere behandlingen og endre denne om behovet skulle tilsi det, eller om de vil følge min prosedyre slavisk uten å revurdere den selv. Når jeg har behandlet sår på poliklinikken, har jeg noen ganger tenkt at dette burde de kunne utføre i hjemmesykepleien. Andre ganger har jeg tenkt at denne behandlingen blir for avansert. Ut fra disse tankene har jeg undret meg over hvilke

forventninger har vi til hva de kan utføre av sårbehandling i hjemmesykepleien, og hvordan tror vi at sårbehandling foregår i hjemmet til pasienten.

Hensikten med denne studien er å belyse og forstå sårbehandling i hjemmesykepleien.

Sårbehandling utført av hjemmesykepleien foregår i pasientens hjem. Jeg hadde et ønske om å få innsikt i hvordan sårbehandlingen foregår i hjemmet.

1.2 Problemstilling

Hvilke faktorer påvirker sårbehandling i hjemmesykepleien?

Studien tar for seg følgende spørsmål:

- Hvilken betydning har det at hjemmesykepleien tar ansvar for å utføre sårbehandling?
- Hvordan vil hjemmesykepleiens måte å organisere sine aktiviteter påvirke sårbehandlingen den enkelte pasient mottar?
- Hva skjer i hjemmesykepleien ved sårbehandling?

1.3 Tidligere forskning

Haram m.fl. (2003) fant at mange sårpasienter som ble behandlet i hjemmesykepleien manglet en sårdiagnose. Sårene ble ikke behandlet etter gjeldende anbefalinger og mange pasienter hadde hatt sår i svært lang tid. Haram m.fl. (2003) fant også at sykepleiere i primærhelsetjenesten ga uttrykk for at de manglet kunnskap om sårbehandling, og at de følte seg usikre i sårbehandlingssituasjonene. De oppga usikkerhet rundt behandling, vurdering, bruk av sårbehandlingsprodukter og bakenforliggende årsak til at pasienten hadde sår. Den samme studien viste at sykepleierne ervervet mest kunnskap om sårbehandling gjennom egen arbeidserfaring og fra kollegaer. Frimann m.fl (2013) fant også at sykepleierne lærte mest om sårbehandling gjennom praksis, og at pleierne savnet støtte fra ledere til å fordype seg i sår og sårbehandling. Dette kunne ha konsekvenser for deres profesjonalitet og evner til å utføre riktig sårbehandling.

Ribu m.fl. (2003) fant at omgivelsene sykepleierne jobbet under i hjemmet kunne være preget av dårlig belysning og uhygieniske forhold, samt at sykepleierne trengte mer tid til å utføre sårbehandlingen og til dokumentering i etterkant. Studien pekte på at det ikke var vanlig å ta bilder av såret. Frimann m.fl. (2011)¹ gjorde liknende funn. Å utføre sårbehandling i pasientenes hjem ga betydelige utfordringer forbundet med arbeidsforhold og tilgang til utstyr. De fant også at pasientenes fastleger hadde liten interesse for sårbehandling, og at avgjørelser innen lokalbehandling ble overlatt til sykepleierne. Sykepleierne savnet medisinske ressurspersoner å drøfte faglige utfordringer med. Fastlegene fylte ikke rollen som faglig diskusjonspartner, -men sykepleierne måtte veien om pasientenes fastlege for henvisning videre til spesialist. Dette opplevde de forsinket pasientens sårbehandling unødig og forlenget pasientens lidelser (ibid).

Rønsen og Krisiansen (2014) fant at de fleste pasientene med venøse leggsår hadde fått en legevurdering av sårene sine, men sårdiagnosene var ikke spesifisert i sykepleiedokumentasjonen. Manglende spesifisering i dokumentasjonen medførte at den bakenforliggende årsaken til at såret hadde vanskelig for å gro, ikke var lett tilgjengelig for hjemmesykepleierne. Studien viste også at det kun var et fåtall av pasientene som hadde fått debridert såret sitt mekanisk med kurette, og at kun halvparten av pasientene fikk kompresjonsbehandling mot ødemer selv om de hadde behov for dette. Studier fra andre land viser at sårpasienter ikke mottar anbefalt behandling for sine sår og at sårbehandlingen er dårlig koordinert (Norman m.fl, 2015)

¹ Studien er fra Sverige der mange sårpasienter som behandles i primærhelsetjenesten blir behandlet ambulant på

2 Sårbehandling

Mennesker skader seg og får sår i alle livsfaser, fra barndom til alderdom. Sår er alt fra skrubbsår på barns kne, kutt i fingeren, til langvarige sår som ikke vil gro på grunn av dårlig blodsirkulasjon. Sår er noe alle mennesker vil oppleve å måtte forholde seg til i større eller mindre grad gjennom livet.

2.1 Normal sårtilheling

Vanligvis klarer kroppen å hele såre uten komplikasjoner, og de aller fleste sår tilheler spontant. Sårtilheling, om det er skrubbsår, kirurgiske sår eller langvarige og vanskelig helende sår skjer gjennom fire ulike faser. Disse fasene heter koagulasjonsfasen, inflammasjonsfasen, epiteliseringsfasen og modningsfasen. En del litteratur slår sammen koagulasjonsfasen og inflammasjonsfasen, og omtaler sårhelingen i tre faser. (Sinno og Prakash, 2013; Lindholm, 2012; NIFS). Jeg har valgt å beskrive sårtilhelingen i fire faser.

Koagulasjonsfasen er kort. I denne fasen reagerer kroppen på skaden ved å trekke sammen blodårene og iverksette reaksjoner for å stanse blødning. Den neste fasen, *inflammasjonsfasen*, er en komplisert fase som varer lenger. I denne fasen rydder kroppen opp i såret ved å fjerne dødt vev og fremmedelementer som bakterier. I inflammasjonsfasen vil kroppen skape et miljø som er gunstig for gjenoppbygging av vevet. I denne fasen vil såret vanligvis væske en del, og det vil være rødme og ødem i sårområdet. Dersom sårhelingen går komplikasjonsfritt vil inflammasjonsfasen normalt vare tre til fire dager. Såret vil så gå over i *epiteliseringsfasen*. Sårbunnen fylles opp med granulasjonsvev og nye hudceller vil vandre inn fra sårkantene og etter hvert dekke sårflaten med epitel. Såret vil samtidig trekke seg sammen. Denne fasen varer i tre til fire uker avhengig av sårets størrelse. Den siste fasen er *modningsfasen*, som varer i lang tid. I modningsfasen vil det nye vevet bli sterkere og endre utseende. Styrken i det nye vevet vil imidlertid aldri bli mer enn ca 80% av det opprinnelige vevet (NIFS, Sinno og Prakash, 2013).

Dette er en sterkt forenklet oppsummering av normal sårtilheling. Sårtilheling er i virkeligheten en komplisert, finstemt og dynamisk prosess (Sinno og Prakash, 2013) Hvor lang tid kroppen bruker på å tilhele et sår vil avhenge av sårets størrelse og dybde.

Komplikasjoner som bakteriebelastning og eventuell infeksjon vil forlenge sårtilhelingen (Gottrup, 2008)

2.2 Bakenforliggende årsaker til langsomt helende sår

De aller fleste sår vil tilhele normalt. Men noen ganger gjør de ikke det. Da er det en bakenforliggende årsak til dette. Noen ganger kan sår også oppstå spontant av samme bakenforliggende årsak. Sår grupperes og betegnes normalt etter den bakenforliggende årsaken til at såret ikke tilheler (Lindholm, 2012).

De vanligste årsakene til at sår ikke gror normalt henger sammen med svikt i blodforsyningen til vevet. De vanligste eksemplene på slike sår er venøse leggsår, arterielle sår, trykksår og diabetiske fotsår (ibid)

Venøse leggsår, som er den vanligste formen for langsomt helende sår, er forårsaket av forhøyet trykk i det venøse sirkulasjonssystemet. Dette fører til ødemdannelse som igjen gir redusert utveksling av oksygen og næring til hud og vev (ibid).

Arterielle sår er forårsaket av arteriosklerose, som gir redusert blodtilstrømming med påfølgende redusert tilbud av oksygen og næring til celler og vev. (Stranden og Slagsvold, 2005) Noen sår kan ha problemer med tilhelingen på grunn av en kombinasjon av både arteriell og venøs svikt. Disse sårene omtales ofte som blandingssår (Lindholm, 2012).

Langvarig trykk mot hud og vev vil gi celledskader som kan resultere i sår. Disse sårene omtales ofte som trykksår, liggesår eller decubitus. Trykksår finner en oftest over de mest trykkutsatte områdene på kroppen som sacrum, hæler og hoftekam. Sårene oppstår gjerne i forbindelse med sykdom eller skade som nedsetter evnen til å endre kroppsstilling i seng eller stol (Lindholm, 2012).

Diabetiske fotsår har en komplisert patofysiologi. Ofte oppstår sårene som følge av trykk eller skade fra sko. En vanlig årsak er at feilstillinger i foten fører til endrete belastningspunkter. En medvirkende årsak er ofte nevropati som gir nedsatt følesans i føttene. Dette kan føre til at pasienten ikke merker at en sårskade oppstår. Noen diabetiske fotsår kan være forårsaket av nedsatt arteriell sirkulasjon som komplikasjon til grunnsykdommen

(Diabetes Mellitus). Endel diabetespasienter har sår som er forårsaket av en kombinasjon av redusert arteriell blodsirkulasjon og nevropati. Fotsår hos diabetikere er særlig alvorlig da de har stor risiko for å utvikle alvorlige infeksjoner med fare for amputasjon (Lindholm, 2012).

Det finnes mange andre årsaker til sårproblematikk. Noen eksempel på andre årsaker er brannså, kreftså, immunologiske sår, traumatiske sår og kirurgiske sår som kompliseres av infeksjoner. Alle disse sårene krever ulik tilnærming i behandlingen (ibid).

2.3 Historisk tilbakeblikk på sårbehandling

Sår har vært fryktet på grunn av at det kan føre til alvorlige infeksjoner som i verste fall kan lede til amputasjon og eventuelt død. Sårbehandling har fra tidlig vært en av legens viktigste oppgaver, og sår har vært behandlet på mange ulike vis. Hippokrates beskrev en sammenheng mellom varicer og leggsår. Han anbefalte kompresjon som behandling, og lokalbehandling med kompresser fuktet i vin. Opp gjennom tidene har det vært brukt mange ulike ting fra plante- og dyreriket for å rense og understøtte sårhelingen. Blant annet har honning vært brukt i flere tusen år i behandlingen av infiserte sår. Honning er fortsatt en del av moderne sårbehandling. Paracelcius (1493-1541) mente at sår skulle være tildekket, men det ble ikke gjort vitenskapelige forsøk på å bevise dette før i 1950-årene. Da beviste Winter og Odland i sine studier at sårhelingen går raskere under blemmer (Lindholm, 2012). Fram til dette hadde sårbehandling stort sett handlet om å dekke og forsegle ved bruk av kompresser og bomull (Schultz m.fl, 2004). I 1983 viste Alvarez m.fl at sår gror 40% raskere under tettsluttende bandasjer enn under luftige bandasjer. Etter dette ble de nye okklusive bandasjene, som hydrokolloidene, introdusert. Det skjedde da et paradigmeskifte innen sårbehandling, og det ble etterhvert vanlig med fuktig sårbehandling istedenfor tørr behandling, som til da hadde vært vanlig. Hydrokolloidene er de senere årene videreutviklet til mer avanserte polyurethanbandasjer, som er vanlig å bruke i dag (Lindholm, 2012).

Imidlertid kan en merke seg at Ribu m.fl. (2003) fant at tørr behandling fortsatt var i bruk hos en del pasienter i hjemmesykepleien så sent som begynnelsen av 2000-tallet.

Det er de siste årene gjort mye forskning innen sår og sårbehandling. Imidlertid er mye av forskningen av dårlig kvalitet og litteraturoversikter vil derfor ofte gi svake eller ingen anbefalinger om en behandlingsmetode er bedre enn andre (Brolmann m fl, 2012).

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal retningslinje for oppfølging og forebygging av diabetiske fotsår (Helsedirektoratet). Retningslinjene for andre typer sår retter seg mot frister for rett til helsehjelp. Helsebiblioteket.no er en del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er et nettsted rettet mot helsepersonell og studenter med det formål å gi tilgang til pålitelig kunnskap for hele helsetjenesten. Helsebiblioteket.no har oversikt over kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Her finnes prosedyrer for behandling og oppfølging av noen sårtyper. For informasjon om sårbehandling har helsebiblioteket.no blant annet linket til Norsk interessefaggruppe for sårheling (heretter omtalt som NIFS). NIFS er en ideell organisasjon som retter seg mot helsepersonell som jobber med sårpasienter. NIFS gir anbefalinger om utredning og behandling av sår generelt i tillegg til spesiell informasjon knyttet til de spesifikke sårgruppene. Her finner en også informasjon om det mangfoldet av sårbehandlingsprodukter som finnes på markedet i dag.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i de anbefalingene NIFS gir om sårbehandling i Norge, når jeg gir en oversikt over anbefalt sårbehandling. Jeg vil understøtte disse anbefalingene med anerkjent litteratur om sårbehandling og aktuell forskning.

2.4 Viktigheten av riktig sårdiagnose

De fleste vanskelig helende sår vil ikke tilhele dersom den bakenforliggende årsaken ikke behandles. Det mest avgjørende for en vellykket og rask sårtilheling er derfor at det blir stilt en sårdiagnose, som avdekker årsaken til at såret er oppstått og den bakenforliggende årsaken til at såret ikke tilheler normal. Dette krever utredning og en grundig vurdering av selve såret. Det krever også en helhetlig vurdering av pasienten med tanke på mobilitet, ernæringstilstand, andre sykdomstilstander, medisiner og annet som kan ha betydning for sårhelingen (Lindholm, 2012). Eksempler på tiltak som behandler den bakenforliggende årsaken er kompresjonsbehandling ved venøse leggsår, trykkavlastning ved trykksår, kirurgisk revaskulering ved arterielle sår og god blodsukkerregulering og trykkavlastning ved hjelp av spesialtilpasset ortopedisk fottøy og regelmessig fjerning av hyperkeratose (fortykket hud) ved diabetiske fotsår (NIFS).

Riktig diagnose og en effektiv behandling som rettes inn mot sårets utseende og egenskaper (morforlogi), vil redusere både tilstedeværelsen av sår og pleietid og kostnadene forbundet med sårbehandling (Øien og Ragnarson-Tennvall, 2006).

2.5 Anbefalt lokalbehandling av sår

Hvilken sårbehandling som har vært anbefalt har endret seg gjennom tidene. (Lindholm, 2012). Begrepet ”wound bed preparation”, som betyr sårbunnsopptimalisering, ble utviklet innen plastikkirurgi, og ble i år 2000 inkludert i en systematisk tilnærming til behandling av kroniske sår. Dette begrepet ble så videreutviklet, og akronymet ”TIME” ble lansert. TIME står for Tissue management, Inflammation control, Moisture balance og Epithelial (egde) advancement. Målet med TIME er å identifisere hindringer som hemmer sårhelingen slik at en får en rask tilheling. Dette gjøres ved å stille en sårdiagnose sammen med en grundig vurdering av pasientens helhetssituasjon (Halim, m.fl, 2012).

Moderne lokalbehandling av sår har fire søyler eller elementer som er sammenfallende med TIME. De fire søylene dreier seg om nekrosektomi, gjenkjenne og behandle infeksjon, regulering av væsknivå i såret og å fremme epitelisering (ibid)

Nekrosektomi

Den første søylen dreier seg om nekrosektomi. Alle kroniske sår er kolonisert med bakterier (Klein m.fl, 2013) Nekroser og devitalisert vev vil gi grobunn for bakterier, og vil kunne føre til at sårhelingen stagnerer og inflammasjonsfasen vedvarer. I mange sår vil bakteriene danne biofilm (NIFS).

Nekrosektomi innebærer at alle nekroser og devitalisert vev fjernes. Dette kan gjøres mekanisk eller autolytisk. De mekaniske metodene er mest effektive, ved at de fjerner det døde vevet raskt ved bruk av hjelpemidler som skarpskje, kyrette, saks og skalpell. Mekanisk debridering er enkelt å utføre, men krever kunnskap om anatomi og opplæring i hvordan det praktisk skal utføres. Det er også en upresis metode med fare for at friskt vev samtidig blir fjernet. Det krever også at en gjør det regelmessig og ofte nok for å opprettholde treningen (Gottrup og Muller, 2008). Ved autolytisk fjerning av devitalisert og nekrotisk vev, venter en på at kroppen selv skal løse dette opp. Den autolytiske oppløsningen støttes ved hjelp av

sårgeler og ved å dekke såret med en okklusiv bandasje (hydrokolloider)² (Lindholm, 2012). Denne metoden er skånsom mot friskt vev, men tar tid. Dersom det er mye dødt vev kan det være nødvendig å supplere med mekanisk debridering (Gottrup og Muller, 2008).

Mekanisk debridering vil raskt redusere mengden bakterier og tilstedeværelsen av biofilm (Gethin, 2015) Fjerning av biofilm vil redusere risikoen for utvikling av dypere infeksjon i sårområdet. Det er også vist at regelmessig og hyppig mekanisk debridering gir raskere tilheling (Wilcox, 2013). Ved behandling av diabetiske fotsår er skarp debridering ansett for å være aller best for raskest mulig sårtilheling da metoden i tillegg til å redusere bakteriemengde og biofilm, muliggjør observasjon av sårbunnen og er trykkavlastende for såret (Yazdanpanah, 2015) Ved mye devitalisert og nekrotisk vev og ved tilstedeværelsen av biofilm vil mekanisk debridering være å foretrekke framfor kun å støtte seg på autolytisk debridering (Lindholm, 2012). Selv om debridering av venøse sår anbefales av sårseksperter foreligger det ikke sterk evidens for hvor effektivt det er eller anbefaling av hvilken metode som er best. Det foreligger noe evidens for at sår som fikk fjernet mer enn 50% av tilstedeværende devitalisert vev og fibrin innen fire uker hadde større sjanse for tilhele innen tolv uker (Gethin m.fl, 2015).

Gjenkjenne infeksjon

Den neste søylen i moderne sårbehandling er å gjenkjenne og behandle infeksjon. Alle langvarige sår vil være kontaminert eller kolonisert med bakterier. Denne bakteriebyrden graderes ut fra mengden bakterier per gram vev (Klein m.fl, 2013) Dypere infeksjoner vil involvere vevet rundt såret og skal behandles med antibiotika. Imidlertid er det et fåtall av de kroniske sårene som faktisk har en så alvorlig infeksjon at det er behov for antibiotikabehandling (NIFS). En del sår vil karakteriseres som kritisk koloniserte. Vanligvis vil det være tilstrekkelig å debridere såret godt og ha god lokal sårbehandling. Holdningen til oppstart med antibiotika er mer liberal ved diabetiske fotsår, da faren for alvorlig og dyp infeksjon med påfølgende fare for amputasjon, er betydelig større enn ved venøse leggsår og trykksår. Lokal bruk av antibiotika i selve såret anbefales heller ikke på grunn av faren for resistensutvikling. Men det finnes en rekke produkter³ som kan benyttes direkte i såret, og

² Det finnes flere metoder, men disse krever tilgang på spesielle apparater eller produkter som for eksempel biokjemiske bandasjer (enzymatisk metode) og fluelarver (biokjemisk metode) (Lindholm, 2012 #2)

³ Dette er ulike bandasjer, geler, pastaer og skyllevæsker som inneholder sølvioner, honning, jod etc.

som har bakteriehemmende effekter. Disse har vist seg å ha gunstige effekter for sårtilhelingen (Kolmos, 2008).

Rett væsknivå

Den tredje søylen er å opprettholde rett væsknivå i såret. Studiene til Winters og Odland på 50-tallet viste at sår gror raskere ved fuktig sårbehandling. Det er derfor viktig at en bruker produkter som håndterer det sekretet som dannes slik at fuktighetsnivået i sårbunnen er optimal. Sår i inflammasjonsfasen kan væske svært mye, og dette kan ha negative konsekvenser for sårkantene og omkringliggende hud ved at den bløtes opp og irriteres. Store mengder sekret kan også virke irriterende på vevet i sårbunnen. Ved siden av å velge en bandasje som håndterer sårsekretet på best mulig måte, er det viktig at sårbehandlingen retter seg mot å fjerne årsaker til at det dannes for mye sekret. Dette gjøres ved å redusere ødemer og fjerne devitalisert vev og bakterier (Lindholm, 2012) (NIFS)

Fremme epitelisering

Den siste søylen i moderne sårbehandling retter seg mot å fremme epitelisering og ta vare på epitelet som dannes ved å beskytte det (NIFS). Dette gjøres ved å beskytte granulasjonsvevet mot mekanisk skade, og beskytte sårkantene og det nydannede epitelet mot oppbløting og skade i forbindelse med sårbehandlingen (Lindholm, 2012).

De aller fleste langsomt helende sår, bør behandles etter disse prinsippene. Unntaket er ved tørre svarte nekroser på hælene. Da kan nekrosen få være i fred Radikal fjerning av nekrotisk vev i sår med arteriell etologi, der sirkulasjonen ikke er gjenopprettet anbefales heller ikke, da nekrosektomien vil føre til infeksjonsfare og progresjon av gangren som i verste fall kan nødvendiggjøre amputasjon (NIFS).

2.6 Hygiene ved sårbehandling

Om det skal benyttes steril eller ren prosedyre avhenger av hvor dypt såret er og hva som er blottlagt i sårbunnen. Ved blottlagt sene, ben og implantater bør sårbehandlingen utføres med steril prosedyre (NIFS). Steril prosedyre innebærer bruk av sterile hansker, sterile redskaper og bandasjer, steril skyllevæske og aseptisk teknikk. Ved ren prosedyre kan en bruke rene engangshansker, desinfiserte redskaper, rene bandasjer og temperert vann fra springen. Med desinfiserte redskaper så menes det at redskapene blir vasket rene med såpevann for deretter

å bli kokt eller desinfisert med 70% sprit. Denne desinfiseringsmetoden er god nok når utstyret kun blir benyttet på én pasient i dennes hjem (Gottrup og Muller, 2008).

De siste par tiårene har det foreligget evidens for at rens av sår i inflammasjonsfasen ved spyling er en skånsom og mer effektiv metode enn ved vasking med fuktige kompresser og tupfere. Ved høytrykksspyling brukes en 30-35ml sprøyte påsatt en 18 gauge kanyle eller plastdelen på en venekanyle⁴. Denne holdes deretter så tett mot sårbunnen som mulig da det er væsketrykket som har den gode renseseffekten. For å unngå retur av skyllevæske med tilsøling av omgivelsene og behandler, anbefales det å holde en kompress over såret mens spylingen pågår. Dersom såret har en fistelgang eller en lomme anbefales det at det benyttes lavtrykksspyling. Dette utføres ved å bruke en 20-100 ml sprøyte påsatt et kvinnekateter som føres inn i fistelgangen eller lommen (Gottrup og Muller, 2008). Sår som ikke lenger er i inflammasjonsfasen, men er gått over i granulasjonsfasen, trenger ikke spyles. For pasientens velvære kan det være nødvendig med rengjøring av såromgivelsene ellers. Da kan en dusj eller at såret skylles med vann fra en kanne være tilstrekkelig (ibid).

2.6.1 Dokumentasjon av sårbehandling

I NIFS sine retningslinjer anbefales det at pasienten har en utarbeidet prosedyre. Denne skal inneholde aktuell sårdiagnose. Resultater av relevante undersøkelser skal være oppgitt. Det settes behandlingsmål og en behandlingsplan skal utarbeides. Valg av bandasjer, andre sårbehandlingsprodukter, rengjøringsmetode og skiftfrekvens vil avhenge av sårdiagnose, sårets lokalisering på kroppen, hvilket stadium såret er i og egenskaper såret har. Et sår som væsker rikelig i inflammasjonsfasen har behov for en annen og hyppigere behandling enn et sår med lav sekresjon i granulasjonsfasen. Ved sår med lav sekresjon kan det holde med ett sårskift i uken mens pasienter med diabetiske fotsår bør få skiftet bandasjen sin minst hver 3.dag uavhengig av stadium. Valget av sårbehandlingsprodukter vil være ulik i de nevnte eksemplene. Dokumentasjonen bør i tillegg til lokalbehandling også inneholde informasjon om sårets størrelse og utseende slik at utviklingen av såret kan følges opp regelmessig med målinger, beskrivelser og bilder (NIFS).

Kontinuitet i pleier-pasientforholdet er viktig i vurdering og behandling av pasientens sår. Når det er mange som utfører sårbehandling i en gruppe, og kontinuiteten dermed blir lav, er

⁴ Det finnes også egne avanserte produkter på markedet som kan brukes til høytrykksspyling.

det enda viktigere at dokumentasjonen er god, med beskrivelse av såret og aktuell behandling, og at evalueringen støttes opp med bilder og regelmessig måling av sårets størrelse (Lindholm, 2012).

Utredning av sår er en medisinsk oppgave, som vil tilfalle enten pasientens fastlege eller medisinsk personale i spesialisthelsetjenesten, dersom pasienten er henvist dit for vurdering. Endringer i lokalbehandling skal kun gjøres i samarbeid med legen som er ansvarlig for behandlingen (NIFS).

Ideelt bør avgjørelser rundt sårbehandlingen baseres på best tilgjengelig evidensbasert kunnskap tilpasset den enkelte pasient. Men i realiteten blir avgjørelser rundt behandling vanligvis basert på behandlernes personlige meninger og preferanser. Lett tilgjengelige opplysninger om beste praksis kan bidra til mer effektiv og bedre organisert sårbehandling (Brolmann m.fl, 2012).

2.7 Forekomst av vanskelig helende sår

Den vanligste årsaken til vanskelig helende sår på leggen er venøs insuffisiens. Prevalensen av venøse leggsår er usikker, men undersøkelser viser at den gjelder mellom 0,1% til 1%. Disse sårene utgjør omtrent 60-70% av sår som en finner nedenfor kneet. Risikoen for å få residiv etter at et venøst sår er tilhelet er høy. Opptil 79% av pasienter med venøse leggsår får residiv dersom de ikke fortsetter å bruke kompresjon etter tilheling (Slagsvold og Stranden, 2005). Sår som er forårsaket av arteriell insuffisiens utgjør omtrent 5-10%, og sår med en blandingsetiologi utgjør 15-29%. Økende alder, røyking, overvekt og diabetes øker risikoen for utvikling av sår (Stranden og Slagsvold, 2005). I en undersøkelse fra Danmark fant man 82% av alle leggsår hos personer over 60 år (Hjort og Gottrup, 2010).

Av alle voksne med diabetes vil omtrent 15% oppleve å få et fotsår. 3-8 % av alle diabetikere har til enhver tid et åpent sår (Lindholm, 2012). Diabetikere som har hatt et fotsår har 50% sjans for å få et nytt fotsår (Boulton m.fl, 2005). Antall diabetikere vil øke i årene fremover, og med det antall diabetikere med fotsår. Med et økende antall pasienter med diabetes type 2, vil fotsårsproblematikk med påfølgende alvorlige komplikasjoner som dype infeksjoner, amputasjoner og økt mortalitet bli et større folkehelseproblem i fremtiden (Wild m.fl, 2004)

Prevalensundersøkelser av trykksår utført i institusjoner som sykehus og sykehjem fra studier i Sverige viser en forekomst på 10-27% i spesialisthelsetjenesten og 15% i kommunale institusjoner. En nyere studie fra sykehus i Sør-Norge viste at av alle pasienter over 18 år (pasienter ved dagkirurgi, barneavdeling og føde-barselavdelinger ble ekskludert) hadde 18,7 % trykksår grad 1-4, hvorav 7,2% hadde trykksår grad 2-4 (Bredesen, 2015). Mange trykksår oppstår i forbindelse med sykehusopphold. Trykksår er mest vanlig å se hos eldre, men de kan oppstå i alle aldre, også hos barn (Lindholm, 2012). Med et økende antall eldre og med politiske intensjoner om at flere skal få dekket sitt behov for helsehjelp i hjemmet framfor i institusjoner som sykehjem, så er det rimelig å anta at antallet pasienter som vil trenge behandling for trykksår av hjemmesykepleien vil øke i fremtiden.

Hvilke typer sår en ser mest av som helsearbeider vil variere sterkt med hvor i helsevesenet en arbeider. Særlig vil dette gjeld i spesialisthelsetjenesten, som er inndelt etter fagseksjoner. Hjemmesykepleien skal yte helsehjelp til alle hjemmeboende som har behov for pleie og omsorg i hjemmet (Lovdata, 1999). En studie fra 2003 undersøkte sårbehandling i Oslo kommune, viste at 64,1% av sårpatientene ble behandlet i kommunen, mens 25,5% av pasientene ble behandlet av kommune og sykehus. 10,3% av pasientene ble behandlet av fastlegen (Haram m.fl, 2003). Studien sier ingenting om andelen pasienter som behandles for sår i sykehus alene. Annen litteratur viser til at de fleste sårpatienter mottar behandling av kommunen (Gottrup, 2008). Variasjonen i hvilke sårpatienter hjemmesykepleien vil måtte behandle vil derfor være stor. De kan yte behandling til alt fra pasienter med venøse leggsår og diabetiske fotsår, til pasienter med kreftsår og sjeldnere diagnoser som for eksempel immunologiske sår. Dette setter store krav til sårbehandlerne i hjemmesykepleien. I tillegg til å ha kunnskap om hvordan selve sårstellet skal utføres, så vil de også ha behov for å kunne vurdere og evaluere såret og behandlingen hos en svært variert pasientgruppe.

2.8 Kostnader ved sårbehandling

Sår som er ”gamle” gror signifikant saktere enn ”yngre” sår (Bosanquet m.fl, 2014). Tilhelingsraten synker betraktelig når venøse sår blir eldre enn seks måneder eller større enn 5 kvadratcentimeter. Det er derfor viktig at riktig behandling blir iverksatt så tidlig som mulig. (Margolis m.fl, 2000) Den største delen av kostnaden for sårbehandling er lønnskostnader for personalet som utfører sårbehandlingen. Sårenes størrelse, og tiden det tar

før såret er tilhelet, er det som øker kostnadene mest i sårbehandling (Øien og Ragnarson-Tennvall, 2006; Rønsen og Kristiansen, 2014). Kostnadene til utstyr utgjør omtrent en femtedel av totalkostnaden. Rønsen og Kristiansen (2014) fant at behandling av en sårpatient kostet NOK 104 000 per år. Da er ikke kostnader til eventuelle sykehusopphold for utredning og behandling medregnet. Studier i Sverige og Danmark har vist en årlig kostnad per sårpatient på henholdsvis SEK 110 000 og DKK 50 000 (Slagsvold og Stranden, 2005). Hjort og Gottrup (2010) beregnet at Danmark med en befolkning på 5,4 millioner, hadde årlige kostnader til sårbehandling i kommunene på 99 millioner Euro. De estimerte at kostnadene ville øke med 30% innen 2020 på grunn av en aldrende befolkning og flere pasienter med diabetes 2, med mindre det ble gjennomført tiltak for å få en bedre og mer effektiv sårbehandling. De konkluderte med at det samme ville skje i andre vesteuropeiske land.

2.9 Ansvar for sårbehandling

Utredning og forordning av lokalbehandling av sår er en medisinsk oppgave. Det vil derfor være legens ansvar (Langøen, 2014). Hos hjemmeboende pasienter vil dette være pasientens fastlege. Dette innebærer at legen har ansvar for å finne ut av årsaken til såret og eventuelt hvorfor det gror langsomt, og det innebærer at legen skal forordne lokalbehandlingen av såret. Legen vil også være ansvarlig for å vurdere effekten av behandlingen og eventuelt endre denne (NIFS). I en del tilfeller vil fastlegen velge å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten for vurdering av såret (Langøen, 2014). I hvilken grad spesialisthelsetjenesten følger opp pasientene med kontroller kan variere. Reglene for hvem som har ansvar for hva innen sårbehandling er ikke entydige (ibid). Når hjemmesykepleien utfører selve sårstellet får de ansvaret for å gjennomføre en medisinsk behandling. Det vil si at ansvaret for sårbehandlingen blir delt på to steder. Legen bestemmer behandlingen, mens pleierne i hjemmesykepleien utfører den.

I en del land, som for eksempel Danmark, blir mange hjemmeboende sårpasienter behandlet ambulant på sykepleieklinikker som driftes av kommunehelsetjenesten. Dette er ikke vanlig i Norge. En stor andel sårpasienter får sin sårbehandling utført av hjemmesykepleien i sitt eget hjem (ibid). Som ansatt i spesialisthelsetjenesten møter jeg mange sårpasienter som følges opp av hjemmesykepleien når pasientene ikke er på sykehus.

3 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en del av kommunenes omsorgstjenestene (Lovdata, 2011).

Hjemmesykepleien ble en del av den offentlige helsetjenesten i 1972, men først i 1984 ble tilbudet om hjemmesykepleie en lovpålagt tjeneste (Birkeland og Flovik, 2014). Det er ingen entydig definisjon av hjemmesykepleie, men det er et *”fagområde som utøves i skjæringspunktet mellom det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenesteyting”* (Birkeland og Flovik, 2014, s13) Dette innebærer at offentlige ansatte kommer inn i pasientens private sfære – stedet der mesteparten av livet leves og der pasienten har frihet til å gjøre det pasienten selv ønsker (ibid).

Antall pasienter som mottar pleie og omsorgstjenester i hjemmet har vært sterkt økende siden tilbudet startet. Mens det tidligere primært var eldre som mottok sykepleie og annen assistanse i hjemmet, yter hjemmesykepleien i dag tjenester for stadig flere yngre personer, og til pasienter med stadig mer komplekse sykdomstilstander (Otnes, 2015) (Grønsveen, 2014) (Birkeland, og Flovik, 2014).

Personalet i hjemmesykepleien må yte helsehjelp til en svært differensiert pasientgruppe. Der spesialisthelsetjenesten er inndelt i ulike fagspesialiteter med fokus på spesielle pasientgrupper, vil hjemmesykepleien potensielt kunne treffe pasienter innen alle kategorier. Pasientgruppen vil derfor være ulik både i pleietyngde og faglige problemstillinger. Dette betyr at personalet har et bredt kompetansebehov (Rytter m.fl, 2010) (Bing-Jonsson m.fl, 2016).

Pasientene i hjemmesykepleien får innvilget enkeltvedtak som beskriver hva slags hjelp hjemmesykepleien skal yte. Enkeltvedtakene er lovpålagte og juridisk bindende, og intensjonen med å innføre vedtak er å sikre forutsigbarhet i den tjenesten pasientene/brukerne mottar (Helsedirektoratet, 2016). Mange større kommuner har innført bestiller-utfører-modellen. Det fører til at det er en saksbehandler ved et bestillerkontor som innvilger vedtak om helsehjelp til pasienten. Den vedtatte helsehjelpen blir så utført av personalet ved hjemmesykepleien. En kritikk mot denne organiseringen av vedtaksbestemmelsen er at den faglige vurderingen blir knyttet til en saksbehandler som ikke utøver helsehjelpen. Dette fører til et skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteyting. Dersom vedtaket skal endres må

tjenesteyter be saksbehandleren om en revurdering av vedtaket. Da er det viktig at pasientens tilstand er nøye dokumentert og evaluert regelmessig (Birkeland og Flovik, 2014).

Personalet i hjemmesykepleien yter ofte hjelp til pasientene over lang tid (ibid) Noen pasienter mottar hjelp flere ganger om dagen, mens andre pasienter mottar hjelp sjeldnere. Den som setter opp arbeidslistene over hvilke pasienter de ulike pleierne skal gå til må prioritere over mange ulike hensyn. Selv om idealet er at pasientene skal møte færrest mulig pleiere, så kan dette være vanskelig å få til i praksis. Konsekvensen av turnusordninger og ulike prioriteringsbehov er diskontinuitet i omsorgen for pasientene (Gjevjon m.fl, 2013).

I hjemmesykepleien jobber det pleiepersonale med ulik utdanning. De er sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, fagarbeidere og assistenter uten pleiefaglig utdanning. De fleste jobber i turnusordninger som omfatter arbeid på kveld, natt og helg (Rønning, 2010).

Personalet i hjemmesykepleien blir vanligvis inndelt i grupper. Pasientene som ”sogner til” gruppen, blir fordelt mellom pleierne. Pleierne får da primæransvar for en andel av gruppens pasienter. Dette kalles primærsykepleie. På grunn av at alle pleierne ikke er tilstede til enhver tid, må pleierne fordele pasientene seg i mellom på de ulike vaktene. Det fører til at pleierne går mye ”på tvers”. Stort sett så kommer pleiepersonalet alene hjem til pasienten som mottar hjelp. (Gjevjon, 2013)

Hjemmesykepleien er et fremtidig politisk satsningsområde (Regjeringen). Det økede behovet for pleie og omsorg, som vil komme med en økende befolkningsmasse og flere eldre, skal utføres i pasientens eget hjem framfor i institusjon. Også gjennom samhandlingsreformen, med forskyvning av helsehjelp fra sykehus til kommune, vil utfordringene for hjemmesykepleien øke. (Regjeringen, 2008-2009) Med tidligere utskrivelse fra sykehus vil pasientene vil ha et mer omfattende pleie- og behandlingsbehov. Kommunen vil måtte utføre flere oppgaver og får et større ansvar (Birkeland og Flovik, 2014).

3.1.1 Begrepsavklaring av tjenestemottakere

Deltakerne i studien omtaler pasienten som *bruker*.

Bruker defineres i Lov om pasient- og brukerrettigheter §1-3f som: ”en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.”

Jeg har gjennom hele studien omtalt personene som har sår, og som får behandling for såret utført av hjemmesykepleien, som *pasienter*. Dette er et bevisst valg da de er personer som har en diagnose og en tilstand som de mottar medisinsk behandling og helsehjelp for og som omfattes av *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Lovdata, 1999).

Pasient defineres i §1-3a som: ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;”

Sårbehandling faller innenfor definisjonen av helsehjelp.

Helsehjelp defineres i §1-3c som: ”handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;”

At det er hjemmesykepleien som utfører behandlingen av pasientene er et valg. Behandlingen kunne vært utført av andre aktører, som fastlege eller sykehus. Noen pasienter med sår veksler også mellom behandling av hjemmesykepleien og sykehus. Dette er bakgrunnen for at jeg har valgt å omtale tjenestemottakerne som pasienter fremfor brukere.

4 Organisasjon, kompetanse og kvalitet

Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter at kommunen har ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Lovens formål er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og lidelse, sikre tjenestetilbudets kvalitet, sikre samhandling samt sikre at tilbudet er tilgjengelig og tilpasset den enkeltes behov (Lovdata, 2011). Tjenestene som tilbys skal være forsvarlige ved at *”den enkelte pasient- eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse og omsorgstjenestetilbud”* og ved at *”tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene”* (Lovdata, 2011, §4-1).

I Veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2004) defineres kvalitet på denne måten:

”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov”

I pleie- og omsorgstjenestene yter en tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Tjenester av god kvalitet vil derfor være virkningsfulle og trygge. De vil være samordnet, tilgjengelig og ha god kontinuitet. I tjenester av god kvalitet involveres brukeren slik at de får innflytelse over tjenesten som blir gitt (Helsedirektoratet, 2004).

De siste årene har det vært fokus på at pleie og behandling skal springe ut fra kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at faglige avgjørelser skal baseres på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning. Ved å benytte kunnskapsbasert praksis kan en forbedre kvaliteten i behandlingen.



(Kilde: helsebiblioteket.no)

Figur 4.1

Begrepet kvalitet kan favne ulike egenskaper. Organisatorisk er kontinuitet i behandling og omsorgsyttelse et tegn på kvalitet. I overgang mellom ulike deler og nivåer av helsetjenestene er det ekstra utfordrende å skape kontinuitet. Eksempel på dette er når en pasient overføres fra sykehus til hjemmesykepleie. Men det kan også være vanskelig å opprettholde kontinuitet innad i en enhet. Arbeidstidsordninger og fordeling av ansvar på flere personer utfordrer kontinuiteten i behandlingen. Mange ulike hjelpere kan skape usikkerhet rundt hvem som har ansvar. Kontinuitet må opprettholdes både hos den individuelle pleier og kollektivt for pleiergruppene, og systemene og relasjonene pleiere og pasienter inngår i (Orvik, 2015).

Orvik sier at helsepersonell, i tillegg til å være gode klinikere, må ha innsikt i hvordan kliniske virksomheter er oppbygd og fungerer. De må kunne organisere eget og andres arbeid. Han bruker uttrykket ”dobbelkompetanse” om denne sammenvevingen av klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse, og hevder at de er gjensidig avhengig av hverandre, samt at grensene mellom dem er flytende. Med en slik forståelse blir de organisatoriske rammene og prosessene rundt behandlingen av pasientene en del av faginnholdet i profesjonsutøvelsen. Profesjonell kompetanse er derfor også våkenhet mot hvilke faktorer som kan påvirke innholdet i det kliniske arbeidet.

Organisatorisk kompetanse kan deles i tre perspektiver. Det første er et *kulturelt perspektiv* som betyr å kunne forstå og håndtere verdikonflikter. Det andre perspektivet handler om *strukturene* der en ser sammenhengen mellom organisasjonsform og krav fra omgivelsene, og det tredje perspektivet handler om å kunne *organisere* arbeidet rundt pasientbehandlingen (Orvik, 2015).

Det er vanlig å tenke at kompetanse omhandler hvilke kunnskaper og ferdigheter den enkelte har. Men kompetanse inngår også i en større helhet i organisasjonen. Dette kommer frem når kompetansen deles innen organisasjonen.

I det moderne helsevesenet vil det være endringer i hvem som gjør hvilke oppgaver, og det vil bli nye oppgaver ettersom ny teknologi og nye behandlingsmetoder tas i bruk.

Denne dobbeltkompetansen gir også evne til å kunne lede seg selv.

Orvik definerer klinisk virksomhet *”som en verdibasert tjeneste som foregår i organisasjoner, forutsetter organisering og forpliktelser overfor omgivelsene”* (Orvik, 2015, s21) Han sier at med en slik forståelse vil rammene være en del av det faglige innholdet, og derfor vil helsepersonell ha behov for kunnskap om rammene. Helsepersonell har et generelt ansvar for klinisk ledelse siden de i sitt arbeid ofte må styre seg selv i samarbeid med medarbeidere innen egen og andre profesjoner.

Hva er ansvar? Ansvar er en forpliktelse til å stå til rette for eller bære utgiftene for noe. Det er vanlig å skille mellom juridisk og moralsk ansvar. Juridisk ansvar er å bære følgene av skadegjørende handlinger eller unnlater. Moralsk ansvar innebærer forpliktelse til å forsvare eller rettferdiggjøre handlinger under en moralsk norm, regel eller autoritet som for eksempel samvittigheten (Tranøy, 2011).

Det er fire ulike aspekter ved ansvar:

”ansvarsbevissthet og ansvarlighet, å ha ansvar og ta ansvar, formelt ansvar og faktisk ansvar og ivaretagelse av ansvar og forskyvning av ansvar” (Orvik, 2015, s 292)

Ansvarsbevissthet er for eksempel å være ekstra oppmerksom ved pasientoverganger som utskrivelse fra sykehus til hjemmet. Ansvarlighet er å ta følgene av egne handlinger, og å sette grenser for andres handlinger. Å si fra om uforsvarlige rammebetingelser er en måte å vise ansvarlighet på. Å ha ansvar innebærer å ha et sett av forventninger rettet mot seg. Det kan da innebære at en er kritisk til om det er mulig å ta ansvar. Det vil ikke alltid være samsvar mellom forventningene til ansvar og mulighetene til å innfri dette (Orvik, 2015). Sykepleiere har tradisjonelt hatt et ideal om helhetlig pasientomsorg. Dette kan føre til ansvarsoversvømmelse. Sykepleiere arbeider nær pasientene og ofte på døgkontinuerlig

basis. De har ofte ikke mulighet til å sette grenser for sin virksomhet slik andre profesjoner har (ibid). Personalet i hjemmesykepleien er ikke kontinuerlig nær pasienten slik pleierne er i en institusjon slik som sykehus og sykehjem. Men de driver en virksomhet som aldri stenger. Hjemmesykepleien har heller ingen mulighet til å si nei basert på at institusjonen er full. Det finnes ingen fysiske begrensinger i hvor mange pasienter de kan ha ansvar for (Birkeland, 2014). De kan få en opplevelse av at andre som spesialisthelsetjenesten og tildelingskontoret står med makten til å bestemme hvor mange pasienter de får ansvar for og hva de skal gjøre, og at de bare må ta imot dem (Tønnesen m.fl, 2016).

Uttrykket *ansvarspraksiser* kan brukes for å vise forskjellen mellom formalisert ansvar knyttet til profesjonelle roller og faktisk ansvar slik den fremstår i hverdagen (Orvik, 2015). I sine analyser i avhandlingen *”Ansvar og yrkesrolle – Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus”* bruker Nina Olsvold begrepet *ansvarspraksiser* som hun har hentet fra Margaret Urban Walker (f: 1948-). Olsvold beskriver Walkers *ansvarspraksiser* som:

”sosialiserte institusjonaliserte mønstre for å anwise, akseptere, kreditere, avvise eller forskyve ansvar hva, hvem som forventes å gjøre hva for hvem, og hvem som holdes ansvarlig for hva for hvem.” (Olsvold, s32)

Ved å bruke begrepet *ansvarspraksis* til å skille mellom formelt ansvar og faktisk ansvar så kan en finne ut hvordan ansvarsfordeling faktisk fungerer (Orvik, 2015). Olsvold (2010) viser i sin avhandling at faktisk ansvar ikke alltid stemmer overens med formelt tildelt ansvar og at ikke-spesifisert ansvar ikke anerkjennes i organisasjonen i like stor grad som offisielt ansvar. Hun sier blant annet at:

”Ansvaret subjekt ”hvem” og gjenstand ”hva”, [er]formelt sett vanskelig å angi og definere for sykepleiere, fordi mye av det de tar ansvar for ikke er spesifisert på forhånd, og dermed heller ikke fordelt innenfor rammene av den formelle ansvars- og arbeidsdelingen. Sykepleiere har i mange tilfeller ikke posisjon som selvstendige ansvarssubjekt, men er underlagt legens myndighet i medisinske spørsmål, i tillegg til administrativ styring.” (Olsvold, 2010, s272)

Begrepet *ansvarsforskyvninger* viser til komplekse virksomheter der det kan være vanskelig å ha oversikt over hvem som reelt ivaretar et ansvar. Et eksempel er ny teknologisk overvåkning som legen egentlig har ansvar for, men som skyves over på sykepleiere når legen ikke er tilstede. Legens fravær fører til mindre involvering i dilemmaer som kan oppstå. Ansvaret blir dermed mer forpliktende for dem som er nær pasientene, i dette tilfellet sykepleierne (Orvik, 2015).

Det finnes ulike prinsipper for organisering av arbeidsoppgaver. Ved objektprinsippet blir alle arbeidsoppgaver samlet og tillagt en person. Primærsykepleie eller gruppesykepleie er et eksempel på organisering etter objektprinsippet. Den enkelte pleier får ansvar for den helhetlig pleien av pasienten. Det gir mer individualisering av pasientbehandlingen og økt personlig ansvar og mulighet for å lede seg selv for den enkelte pleier. Ved funksjonsprinsippet blir helheten, altså arbeidsoppgavene, delt opp i mindre og avgrensede oppgaver, og fordelt på flere personer. Funksjonsprinsippet legger til rette for en klinikerrolle som spesialist, men krever også mer koordinering av oppgavene. Rundesykepleie som var mer vanlig tidligere, var organisert etter funksjonsprinsippet. Men dette ga en oppstykket og upersonlig pasientbehandling, og ble etterhvert avløst av primærsykepleie. Hvis vi bruker sårbehandling som eksempel, så vil den potensielt bli utført av alle pleierne ved objektprinsippet, men av en eller noen få pleiere ved organisering etter funksjonsprinsippet (Orvik, 2015).

Kvalitet retter seg mot hvordan en tjeneste eller et produkt fremstår, men det retter seg også mot verdier og normer. Verdier beskriver hvordan faglige idealer og økonomiske prioriteringer ideelt skal fremstå. Det gir en retning til hva vi forventer av for eksempel en tjeneste, og hvordan vi ønsker at tjenesten skal fremstå. En organisasjons verdier har to forskjellige uttrykk. Det ene er de verdiene som er nedfelt i ord og innhold, det andre er hvordan verdiene kommer til uttrykk i handling. Dette kan gi en spennvidde i verdibegrepet der det blir en avstand mellom faglige idealer og økonomiske vurderinger (Orvik, 2015). Verdier er knyttet til normer. Der verdier sier noe om generelle og overordnede prinsipper som uttrykker idealer, så er normer mer konkrete. Normene uttrykkes ved ord som *skal*, *bør* og *må*. Normene forteller hvordan vi skal handle for å realisere de ideelle verdiene, og inngår dermed i den sosiale konstruksjonen av virkeligheten, og utgjør et sosialt trykk som kan knyttes til andres forventninger (ibid). Alle organisasjoner må ha felles verdier. Verdiene skaper trygghet og tillit, og gjør det lettere å ta beslutninger. Handlingsrommet snevres inn

ved at alternativer som bryter med verdiene blir utelukket. Derfor påvirker verdiene vår atferd. I offentlig sektor er mange arbeidsoppgaver ustrukturerte og medarbeiderne må bruke skjønn og kompetanse for å løse utfordrende oppgaver. Verdiene har en selvregulerende effekt. Da er det viktig å være bevisst hvilke verdier og normer som styrer atferden. Verdiene kan være uttrykte eller ikke. Uttrykte verdier er de verdiene vi sier at vi jobber etter. Men det finnes også verdier som ikke er uttrykte. Disse er av praktisk art og viser seg gjennom handlingene. Det kan være likheter og ulikheter i mellom de uttrykte verdiene og de som ikke er det (Busch, 2012).

4.1 Selvledelse

Helsepersonell har et generelt ansvar for klinisk ledelse på grunn av at de i stor grad styrer seg selv i det daglige arbeidet. Hjemmesykepleien som arbeidssted er organisert på en måte som gjør at den enkelte pleier jobber mye alene. Det begrenser mulighetene for tradisjonell ledelse. Lederen har ikke stor anledning til innsyn i hvordan arbeidet blir utført og dermed lede arbeidet. Da kan selvledelse være et supplement til tradisjonell ledelse. (Orvik, 2015). I profesjonelle yrker, som innen helsevesenet, vil medarbeiderne møte problemer og utfordringer, som vil kreve frihet til å utøve faglig skjønn (Busch, 2012). Særlig vil dette være aktuelt ved forandringer i helsetilstanden til pasienten, og pleieren må ta stilling til aktuelle tiltak på selvstendig grunnlag. (Ellefsen (1987) i Orvik, 2015).

Selvledelse som begrep kommer fra en artikkel av Charles Manz i 1986 der han beskriver at i alle organisasjoner har den enkelte medarbeider innflytelse over sin egen atferd. Selv om det etableres regler og kontrollsystemer vil medarbeiderne stadig møte utfordringer som må løses. Alle som har et selvstendig handlingsrom og noe frihet til å foreta egne valg, må utføre selvledelse (Busch, 2012).

Busch (2012) definerer selvledelse på denne måten:

”Selvledelse er et målformulerende, problemløsende, språkskapende og verdiutviklende samspill, forankret i organisasjonens verdier og høye etiske standarder, som utøves på individnivå” (Busch, 2012, s.130)

Det er tre betingelser som er viktige for utøvelse av selvledelse. Dette er selvinflytelse, selvkontroll og indre motivasjon. Dette innebærer at medarbeideren har et selvstendig handlingsrom, mulighet for å kunne utvikle seg og stadig ta bedre beslutninger, og det innebærer å skape en indre drivkraft og motivasjon gjennom arbeidet. (Busch, 2012). Det må være noen organisasjonsmessige forutsetninger for at selvledelse som ledelsesform skal være egnet. Dette er medarbeidernes modenhet, grad av frihet og tidspress i oppgaveutførelsen. Modenhet inkluderer både evne og villighet til å utføre en oppgave. Her kommer medarbeidernes kompetanse, motivasjon, mestringsevne og engasjement inn. Modne medarbeidere kan gis stor autonomi i arbeidet da de gir stor innsats og har gode faglige forutsetninger for å gjøre en god jobb. Hvor stor frihet som kan gis i utførelsen av en oppgave avhenger av oppgavens karakter. Med stor frihet kan medarbeiderne selv bestemme hvordan oppgaven skal utføres, men det innebærer usikkerhet, stort handlingsrom og at oppgavene er av kreativ, analytisk eller intellektuell karakter. I motsatt ende finner vi oppgaver som er sterkt regelstyrte og strukturerte. Regler og prosedyrer kan være nødvendige for å sikre lik behandling og kvalitet (ibid).

Selvledelse skaper høyt opplevd mestringsevne og dermed selvstendige, kreative og myndiggjorte medarbeidere. Men oppgavene må ha et så stort handlingsrom at det å lede seg selv gir mening. Krav om regelstyring og dokumentasjon kan redusere medarbeidernes handlingsrom. Selvledelse er ikke det samme som å utføre selvstendige arbeidsoppgaver. Selvledelse forutsetter en bevisst holdning til hvilke mål som skal oppnås og hvordan en best kommer fram til målet (Busch, 2012).

4.2 Kompetanse

Aristoteles (384-322 f.Kr.) sa at klokskap er den viktigste av alle dyder. En dyd gjør en person disponert til å velge de rette handlemåter. Klokskap betyr å ha innsikt i hva som vil være den beste måten å handle i en situasjon. Aristoteles mente at det finnes "*noe som ikke kan være annerledes og noe som kan være annerledes*" (Alvsvåg, 2002, s210). Noen ting følger lovmessige mønster, slik som matematikk, mens andre ting, som sykdom og lidelser, kan opptre annerledes. Når noe opptrer annerledes må man overveie før man handler. Dette krever, i tillegg til viten og kunnskap, klokskap. Klokskap oppnår man gjennom erfaring, og derfor tar det tid å utvikle klokskap. Aristoteles skilte mellom klokskap og forstand.

Klokskapen bestemmer handlingen, mens forstanden er bedømmende. En forstår situasjonen riktig og vurderer hvilken handling som er best (Alvsvåg, 2002).

Kompetanse kan forstås som *kvalifikasjoner* til å gjøre noe og evne til å handle i en situasjon. Ida Torunn Bjørk beskriver tre dimensjoner i kompetanse innen sykepleie. Disse er *omfang*, *handlinger og kvalitet* (Bjørk, 2002). Dimensjonen *omfang* handler om hva slags situasjoner, oppgaver, problemstillinger og roller sykepleieren skal kunne håndtere. Kravene kan her være både av generell og spesifikk karakter. I Rammeplan for sykepleierutdanningen (Regjeringen, 2008) brukes begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap om hva som forventes av kompetanse hos en nyutdannet sykepleier. Med handlingskompetanse menes at sykepleieren skal kunne fungere selvstendig innen områder som er sentrale i utøvelsen av sykepleie. Eksempel på slike områder er pleie, omsorg og behandling der sykepleieren blant annet skal kunne:

- ”*observere, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere pleie og omsorg til pasienter og pårørende*”
- ”*iverksette og følge opp forordnet behandling og undersøkelser*” (Regjeringen, 2008, s.6)

Med begrepet handlingsberedskap menes det i rammeplanen at sykepleieren skal ha kunnskap om et felt slik at han eller hun blant annet kunne ta del i arbeidsplassens særegne behandlingsoppgaver, prosedyrer og kunne bruke medisinsk-teknisk utstyr, men at sykepleieren ikke forventes å kunne være selvstendig før nødvendig opplæring og erfaring er ervervet (Regjeringen, 2008). Dette er eksempel på generelle kompetansekrav som settes til den som utøver pleie og behandling og det vil favne et bredt spekter av faglige utfordringer (Bjørk, 2002).

Der dimensjonen *omfang* omfatter faglig kunnskap om ulike tema, så omfatter dimensjonen *handlinger* hva sykepleieren faktisk gjør og hvordan sykepleieren utfører dette. Den tredje dimensjonen innen kompetanse er *kvalitet*. *Kvaliteten* omtaler handlingens standard, og kan graderes på en skala⁵ (Bjørk, 2002). Det kan være nyttig å dele kompetansebegrepet i disse tre dimensjonene, fordi det kan plassere sykepleierens handlinger i en målrettet sammenheng.

⁵ Ordet *kompetent* kan også brukes i dagligtalen som en kvalitetsbetegnelse på en handling. Et eksempel er: ”Hun er en kompetent sykepleier”. Her vil *kompetent* gradere kvaliteten på handlingen, som havner på et middelnivå. Denne språklige bruken i gradering av kvalitet må skilles fra den mer overgripende betydningen av begrepet kompetanse.

Når krav til kvalitet inkluderes kan handlingens effekt vurderes sammen med hvordan et problem eller situasjon blir løst. I praksis vil alle disse dimensjonene henge uløselig sammen. Selv om sykepleieren har stor faglig teoretisk kunnskap om et emne vil ikke nødvendigvis det bety det samme som at kvaliteten på sluttproduktet er god dersom sykepleieren ikke klarer å utføre handlingen riktig (ibid).

4.2.1 Klinisk skjønn som en del av kompetanse

Sammen med kompetanse vil vi også se evne til å utvise skjønn. Kompetanse er evne til riktig handling i en situasjon eller en kontekst. Situasjoner og mennesker er ikke like. Det som er riktig og god handling i en situasjon vil nødvendigvis ikke være like riktig eller like godt i en annen situasjon. En sykepleiers evne til å se og vurdere situasjonen og å handle riktig i nettopp denne unike situasjonen, vil henge sammen med evnen til å utøve klinisk eller faglig skjønn. Dette fordrer overveielser før handling. I tillegg til viten og kunnskap, må man også ha klokskap. Klokskap får en gjennom erfaring, og for å få erfaring trenger en tid. (Alvsvåg, 2002)

Skjønnets utvikler seg i kliniske situasjoner og det utøves i tid og rom. En kan lære av erfaringer om en gir tid og rom for refleksjon og ettertenksomhet. Det er særlig i situasjoner der det er usikkerhet og der det er mulighet for at noe kan være annerledes, at skjønnets kommer til sin rett. Klare regler og nøyaktige anvisninger i komplekse situasjoner hindrer skjønnets utfoldelse. Mangel på tid og rom kan også hindre skjønnets utfoldelse (Alvsvåg, 2002).

Kari Martinsen sier i sin bok "Fra Marx til Løgstrup" (2003, s143) at "*det faglige skjønnets er knyttet til det konkrete.*" Ved å bruke sansene sine kan pleieren tolke og analysere inntrykkene fra pasienten i den unike situasjonen. Skjønnets kommer til syne når fagkunnskapen får spille på lag med inntrykkene fra pasienten. Gjennom vurderingen og ved å bruke skjønnets kan pleieren overveie ulike alternativer og finne fram til hvilken handling som vil være best for pasienten i den unike situasjonen. Kari Martinsen sier at det å være konkret, "*å stige "ned" – i praksis*". (Martinsen, 2005 s.162) er omsorgens utfordring. Det innebærer å være engasjert tilstede i situasjonen.. Hun hevder videre at dette engasjementet er risikabelt da det er forbundet med svak paternalisme og som derfor er forbundet med makt.

Utfordringen er å ha en sensitivitet slik at begge parter blir delaktige i situasjonen (Martinsen, 2005).

I praktiske yrker som i omsorgsykker, vil det utvikle seg en felles forståelse av hva som er rett i ulike situasjoner. Ved å dele erfaringer kan en med ”medskjønnere” utveksle vurderinger og lære av hverandre. Denne felles forståelsen kan en ta med seg inn i nye situasjoner. Dette gjør at skjønnnet ikke kun blir ens eget, men utgjør en felles plattform som den enkelte pleier kan dra nytte av. Ved å reflektere sammen skapes en språklig distanse som gir omveier og rom til å gi skjønnnet rom til å utvikles (Alvsvåg, 2002 ;Martinsen, 2003).

Hva er faglig dyktighet? Kari Martinsen sier at ”den faglig dyktige sykepleier er den reflekterte praktiker.” (Martinsen, 2005, s165) Faglig dyktighet viser seg når sykepleieren bruker fagkunnskap sammen med en sensitivitet i relasjonen til pasienten. Sykepleieren kommer til pasienten med den hensikt å gjøre pasientens situasjon best mulig. Men hva som er det beste, må utøves ulikt i den enkelte situasjon. For å kunne utøve det beste må sykepleieren engasjere seg i den andre, og det må gjøres med en sensitivitet som tar hensyn til den andres situasjon. Den faglig dyktige sykepleier er også kritisk til arbeidsforhold og strukturer som begrenser pleien. Martinsen sier at faglig dyktighet ikke læres gjennom vitenskap, men gjennom praksis. Ved å lære av den erfarne utvikles godt skjønn. Dette gjøres gjennom praksis ved å jobbe sammen med en som er erfaren, men det gjøres også ved å dele erfaringer gjennom diskusjoner og refleksjoner (Alvsvåg, 2002; Martinsen, 2003).

4.3 Sykepleiere og organisatorisk kompetanse

Sykepleie er ikke bare møter med pasienter eller omsorgstrengende. Sykepleien skjer innenfor en sosial sammenheng eller en kontekst som legger rammer eller føringer for praksis. Det betyr at sykepleien som utøves i enkeltmøtet er del av en større enhet - av helsevesenet og samfunnet. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om samfunnsutviklingen og hvilken betydning dette har for helsevesenet. Det er også viktig at sykepleieren har organisatorisk kunnskap for å kunne ha innflytelse i utviklingen av helsevesenet som helhet, men også for å kunne ha innflytelse over utviklingen av egen arbeidsplass. Det innebærer at sykepleieren har kunnskap og evne til å vurdere hvilke organisatoriske faktorer som påvirker sykepleien, og at de kan ha innflytelse over

organisatoriske forhold for å endre eller forbedre egne arbeidsforhold eller bedre kvaliteten i pleien som utøves (Norvoll, 2002)

For å forstå sykepleiens rammebetingelser på samfunnsnivå, må man også se på medisins utvikling, profesjonenes generelle situasjon i samfunnet, og omsorgens og pleiens vilkår i samfunnet generelt. Omsorgsarbeid som familien tidligere hadde ansvar for, blir i dag utført av det offentlige. Denne offentliggjøringen og profesjonaliseringen påvirker omsorgsarbeidet gjennom hvordan samfunnet utvikler seg. Organiseringen av helsevesenet og systemet rundt vil derfor ha betydning for om pleierne har mulighet til å yte den pleien pasientene trenger. Arbeidstakerne sosialiseres inn i roller i denne organiseringen eller dette systemet, både gjennom utdanningen, men også i arbeidslivet. Dette legger føringer for hvordan pleierne handler og samarbeider med andre, både medarbeidere og pasienter. Det er viktig å stille seg spørsmål om utformingen av rollene er hensiktsmessig når man vil forbedre kvaliteten i helsevesenet. Men man sosialiseres ikke bare inn i roller, en sosialiseres også inn i en kultur i systemet, som består av både formelle og uformelle verdier. En systemtenkning er viktig for å se at endringer som skjer i en del av systemet har konsekvenser for de andre delene av systemet. (Norvoll, 2002).

Dette kan vi se ved for eksempel endringer i lokalisering når pasientenes rehabilitering eller rekonvalesent flyttes fra at det tidligere i større grad foregikk i sykehuset, til at pasientene i dag skrives tidligere ut for å rehabiliteres i primærhelsetjenesten. Dette fører til at deler av pasientene som primærhelsetjenesten yter pleie til, har større pleie- og omsorgsbehov enn før. Det får konsekvenser for pleiernes kompetansenivå (Norvoll, 2002; Birkeland, 2014). Samtidig som at det individuelle påvirkes av de ytre organisatoriske rammene, så får pleierens kliniske handlinger konsekvenser i en større sosial og politisk sammenheng. Fordi sykepleietjenesten er sentral i den direkte medisinske behandlingen av pasientene og fordi de forvalter et stort pleieansvar, vil problemstillinger som er knyttet til helsevesenets sosiale og politiske betydning, også være viktige for sykepleierne. Sykepleierne har derfor et stort samfunnsetisk ansvar. Det er viktig at sykepleierne tar aktivt og kritisk stilling til utformingen av behandling for å sikre etisk kvalitet. Pleierne er ofte helsevesenets ansikt utad til pasienter og pårørende, og deres håndtering av tilbakemeldinger er derfor viktig. Pleierne må bære den menneskelige byrden av kvalitetsmessige og etiske problemstillinger som er knyttet til organiseringen på systemnivå, og som ofte ligger utenfor pleiernes kontroll (ibid).

5 Metode og design

Det er vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode gir resultater i form av tall som en kan bearbeide statistisk for å se sammenhenger og søke årsaksforhold. Dette gir mulighet for å generalisere resultatene. Men dersom en ønsker å belyse og forstå erfaringer og fenomener i den levde verden, er en kvalitativ tilnærming egnet (Malterud, 2013). Kvalitativ metode gir forskeren mulighet til å gå inn i spørsmål om mening, undersøke sosial og institusjonell praksis eller prosesser innen dette. Metoden gir også mulighet for å identifisere barrierer og muligheter for endringer, og undersøke årsaker til hvorfor prosesser lykkes eller ikke lykkes (Starks og Trinidad, 2007)

Det er ulike metoder innen kvalitativ forskning. Felles for dem er at forskeren bruker seg selv som redskap gjennom ulike former for intervju, observasjon og tekstanalyse (Fangen, 2011). I dette kapittelet vil jeg begrunne valg av metode, og jeg vil belyse fordeler og ulemper ved disse. Jeg vil vise hvordan datainnsamligen foregikk og ta leseren gjennom analyseprosessen. Til sist vil jeg gå gjennom etiske problemstillinger studien reiser.

5.1 Valg av metode

I mitt prosjekt har jeg ønsket å belyse og forstå elementene innen sårbehandling i hjemmesykepleien. Sårbehandling utført av hjemmesykepleien foregår i pasientenes hjem. Jeg hadde et ønske om å få innsikt i hvordan sårbehandlingen foregår i hjemmet. Her kunne jeg valgt mellom ulike former for intervju og observasjon. Jeg valgte å kombinere deltakende observasjon, der jeg fulgte to pleiere mens de utførte sårbehandling i pasientens hjem, med intervju av pleierne i etterkant av observasjonene. Fordelen med deltakende observasjon er at en kommer nærmere inn på menneskers virkelighet ved at en selv er tilstede i situasjonen. En får da kunnskap om hva folk gjør og ikke hva de sier at de gjør (Fangen, 2011) Imidlertid vil den tilegnede kunnskapen gjennom observasjon være forskerens egen opplevelse i situasjonen. Forskeren kan ikke si noe om hva andre tenker eller hvordan de opplever situasjonen. Får å få belyst dette aspektet må forskeren spørre deltakerne (ibid). Derfor valgte jeg å kombinere observasjon med intervju i etterkant av at observasjonsøktene var ferdig. Da fikk jeg mulighet til å stille spørsmål om konkrete ting fra observasjonen, og jeg fikk

mulighet til å ta rede på hvilke tanker deltakerne hadde som andre aspekter ved sårbehandling i hjemmesykepleien, som ikke var synlig for meg under observasjonen.

Fokusgruppeintervju kunne vært et godt alternativ for å samle data. Fordelen med fokusgruppeintervju er at deltakerne fritt assosierer og spiller på hverandre. Da kan en få frem en rik beskrivelse av et fenomen (Fangen, 2011) Ulempen med et fokusgruppeintervju er at deltakerne kan holde tilbake informasjon som de ikke ønsker at andre deltakere skal få innblikk i. Men fokusgruppeintervju ville ikke kunne gi innsikt i situasjonene som oppsto under deltakende observasjon eller deltakernes tanker om de samme situasjonene. Fokusgruppeintervju ville da i så tilfelle kommet i tillegg til det designet som var valgt. Av pragmatiske hensyn var ikke det aktuelt.

5.2 Strategisk utvalg av deltakere

I kvalitativ forskning er det ikke nødvendigvis et poeng i å ha et tilfeldig utvalg siden det ikke er data som skal generaliseres eller vurderes statistisk (Fangen, 2011). I utgangspunktet hadde jeg ønsket å følge to pleiere i to bydeler i Oslo kommune. Årsaken til dette var at Oslo kommune består av 15 ulike bydeler som kan organisere virksomheten sin på ulike måter. Dessuten hadde jeg hørt at det var gjennomført et prosjekt i samarbeid mellom hudavdelingens poliklinikk på Rikshospitalet og tre av bydelene i Oslo kommune der det ble innført en sårkontakt i hver av bydelene. Sårkontaktene fikk ekstra opplæring i sårbehandling og var et bindeledd mellom sykehuset og hjemmesykepleien. Jeg ønsket i utgangspunktet å følge pleiere i en av bydelene som hadde deltatt i prosjektet og pleiere i en bydel som ikke hadde deltatt i prosjektet. Tanken var at dersom dette prosjektet hadde endret måten bydelen organiserte sårbehandlingen som ble gitt, så kunne det komplementere dataene fra den andre bydelen.

Fangen (2011) fremhever viktigheten av å ha en portåpner, en som kan hjelpe forskeren inn i feltet. Jeg hadde behov for å nå fram til pleiere som utførte sårbehandling. Samtidig var det viktig at min tilstedeværelse i feltet hadde legitimitet, ikke bare uformelt, men også formelt sett. En kan ikke observere sårbehandling uten å ha en pasient med sår tilstede. Det var derfor viktig at jeg hadde formell legitimitet i organisasjonen til å være tilstede under sårbehandlingen. Derfor tok jeg først kontakt med ledere på bydelsnivå med forespørsel om tilgang til forskningsfeltet. Jeg sendte mail til tre ulike bydeler sammen med et

informasjonsbrev som beskrev prosjektet (se vedlegg 1) uten at det ga resultater. Jeg valgte derfor å kontakte Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo kommune med forespørsel om de kunne hjelpe meg med å komme i kontakt med bydelene og få innpass. Jeg inngikk en avtale med dem, og lederen der overtok videre kontakt med bydelene for meg. Etter noen uker fikk jeg etablert kontakt med to bydeler. Ingen av disse hadde vært delaktig i sårkontaktprosjektet med Rikshospitalet. Vi valgte derfor å gå vekk fra dette aspektet ved prosjektet.

Jeg hadde først en telefonsamtale med leder for den ene bydelen der jeg kort informerte om mitt prosjekt og hva jeg trengte hjelp til. Vi avtalte deretter et møte på deres kontor. I mellomtiden hadde lederen spurt to pleiere om de var interessert i å delta. Disse to var tilstede under møtet. Under dette møtet informerte jeg lederen og de to deltakerne om meg selv og min bakgrunn, og om hensikten med prosjektet.

Jeg hadde ikke noen krav til yrkesspesifikasjon til deltakerne. Jeg ønsket å følge ansatte i hjemmesykepleien som utførte sårbehandling uavhengig av deres yrkesbakgrunn. Hvordan hjemmesykepleien organiserer arbeidsoppgavene sine kan være ulik, men det jobber både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, fagarbeidere og ufaglærte i hjemmesykepleien (Bing-Jonsson m.fl, 2016) Hvem som utfører sårbehandling i den aktuelle gruppen kan jeg ikke vite på forhånd, men forskning viser at det er liten differensiering mellom arbeidsoppgaver mellom de ulike yrkesgruppene i hjemmesykepleien (ibid) Jeg ville av den grunn ikke legge noen føringer for hvem jeg skulle følge.

Det var lederen som spurte deltakerne for meg. En kan derfor si at disse to ble valgt av lederen. En kritikk mot dette er selvfølgelig at en kan sette spørsmålstegn ved om deltakelsen er helt frivillig når det er en leder som spør. En annen kritikk er også at lederen da kan velge hvem hun ønsker skal delta i prosjektet. På den annen side er dette en pragmatisk måte å finne deltakere på siden jeg ikke har tilgang til å spørre de ansatte, og det var hensiktsmessig at jeg fulgte noen som faktisk utførte en del sårbehandling på flere pasienter.

5.2.1 Presentasjon av deltakerne

Den ene deltakeren er utdannet hjelpepleier og har jobbet i hjemmesykepleien i mange år. Hun har også deltatt på kurs i sårbehandling arrangert av spesialisthelsetjenesten. Den andre deltakeren har vært utdannet sykepleier i et par år og har jobbet i hjemmesykepleien det

meste av denne tiden. Begge deltakerne har deltatt på internundervisning om sårbehandling arrangert av arbeidsgiver. De utfører begge regelmessig sårbehandling hos pasienter som får hjelp av hjemmesykepleien. Deltakerne var organisert i hver sin gruppe slik at de ikke arbeidet med de samme pasientene.

5.3 Strategisk utvalg av pasienter

Sårbehandling foregår på pasienter med sår, og i hjemmesykepleien foregår sårbehandlingen i pasientenes hjem. Jeg var derfor nødt til å få tak i pasienter som ville akseptere at jeg var tilstede når de fikk utført sin sårbehandling. Hjemmesykepleien utfører sårbehandling på et stort spekter av sårpasienter (Birkeland og Flovik, 2014). Jeg satte derfor ikke noen kriterier for hvilken type sår pasientene skulle ha. Eneste krav var at de mottok sårbehandling utført av hjemmesykepleien, og at de var klare og orienterte slik at de selv kunne samtykke til at jeg var tilstede når de mottok sårbehandling. Det var deltakerne selv som spurte pasientene om jeg kunne få være med når de skulle ha sårbehandling.

5.3.1 Presentasjon av pasientene

Jeg fulgte med deltakerne hjem til tilsammen ni pasienter. Åtte av pasientene var eldre, og en var yngre. Det var to menn og syv kvinner. Jeg gikk ikke aktivt inn i dokumentasjonen til alle pasientene for å oppsøke noen sårdiagnoser eller eventuell mangel på det, så jeg kan ikke liste opp årsaken til at pasientene mottok sårbehandling. De fleste pasientene mottok kompresjonsbehandling, og kompresjonsbehandlingen var av varierende trykk. En pasient hadde et åpent postoperativt sår, og en pasient hadde brannså. En av pasientene hadde tidligere hatt sår, men fikk nå hudpleie og kompresjonsbehandling for å forebygge nye sår. Pasientene hadde mottatt hjelp fra hjemmesykepleien i ulik varighet, fra noen dager til flere år. To av pasientene hadde mottatt hjelp til sårbehandling som var avsluttet tidligere og hadde nå fått nytt sår. Flere av pasientene hadde eksem. Tabell 5.1 viser en enkel oversikt over hver av pasientene.

1	Eldre kvinne med ganske nyoppstått sår på ett ben. Har vært til vurdering hos spesialisthelsetjenesten, og skal tilbake på kontroll etter noen uker. Kompresjon med Coban 2 på begge ben. Har eksem med nedtrappingsplan for kortisonkrem. Har hatt sår tidligere.
2	Eldre kvinne med langvarig og alvorlig sårproblematikk, arterielt og venøst betinget. Tett fulgt opp av spesialisthelsetjenesten inntil nylig. Nå kun oppfølging av hjemmesykepleien. Har lavgradig kompresjon på ett ben med dobbel strømpe.
3	Eldre kvinne med nylig oppstått brannså. Sår vurdert av fastlege. Henvist hjemmesykepleien fra spesialisthelsetjenesten etter innleggelse for noe annet. Ingen oppfølging av spesialisthelsetjenesten eller fastlege. Kompresjon ikke aktuelt.
4	Eldre kvinne med nylig oppstått eksem og sår dannelse. Har venøs insuffisiens og har kompresjonsstrømper fra tidligere. Har vært hos fastlege og fått nedtrappingsplan med kortisonkrem. Ikke avtalt kontroll hos fastlege.

5	Eldre mann med venøs insuffisiens. Har tidligere hatt sår som er tilhelet. Nylig begynt med lavgradig kompresjonsstrømper etter langvarig kompresjon med Coban 2.
6	Eldre kvinne med sår på ett ben, mulig både venøs og arteriell insuffisiens. Har vært til vurdering hos spesialisthelsetjenesten, ikke opplyst videre oppfølging. Kompresjon med Coban 2 Lite.
7	Yngre mann med et postoperativt sår. Tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten postoperativt. Kompresjon ikke aktuelt.
8	Eldre kvinne med sår på ett ben oppstått for noen måneder siden. Venøs insuffisiens. Vært til vurdering hos spesialisthelsetjenesten. Skal tilbake på kontroll. Kompresjon med Coban 2 på ben med sår. Kompresjonsstrømpe på det andre benet. Har hatt sår tidligere.
9	Eldre kvinne med sår på ett ben. Venøs insuffisiens. Ikke opplyst om oppfølging av fastlege/spesialisthelsetjeneste. Kompresjonsstrømper på begge ben. Brukt dette i lengre tid, også før sår oppsto.

Tabell 5.1

5.4 Innsamling av data, deltakende observasjon.

Observasjonene med første deltaker fordelte seg over tre økter med to pasienter hver gang, altså totalt seks pasienter. Observasjonene med den andre deltakeren fordelte seg over to økter og inkluderte til sammen tre pasienter. Vi møttes på avtalt tid og sted, og jeg ble med i bilen deltakerne brukte når de kjørte rundt til pasientene. Observasjonene startet dermed i det jeg traff deltakeren og til vi gikk hvert til vårt. I tillegg til at jeg da fikk observasjonsmateriale fra tiden vi tilbrakte hos pasientene, så fikk jeg også være med innom kontoret og lageret de henter utstyr, og vi snakket sammen i bilen når vi kjørte til og fra pasientene. Observasjonsnotatene inkluderer materiale fra alt dette, og er på til sammen 26 sider.

Etter hver observasjonsøkt satte jeg meg ned på et egnet sted og skrev observasjonsnotater på en bærbar pc. Notatene ble skrevet ned som en fortløpende fortelling. Jeg gjorde ingen annen sortering av notatene enn å skille mellom de ulike pasientene. Underveis noterte jeg stikkord om tanker jeg gjorde meg underveis og disse skrev jeg ned i loggen etter at jeg var ferdig med observasjonsnotatene. Det var ganske utmattende å skrive observasjonsnotater, og det var mye å huske på. Jeg avsluttet notatskrivingen når jeg følte at jeg var tom, men jeg gikk tilbake igjen til notatene dagen etterpå og fylte inn nye detaljer som kom opp når jeg leste gjennom notatene. Dagen etter skrev jeg mye i loggen, siden det var mange inntrykk og tanker og følelser som måtte nedtegnes.

Jeg vurderte å ta i bruk en notatbok og notere litt underveis i observasjonsøktene slik Fangen (2011) beskriver. Jeg forsøkte dette, men jeg opplevde at det forsterket rollen min som observatør, og at det tok vekk noe av fokuset på handlingen i situasjonen. Jeg valgte derfor å stole på egen hukommelse og notere alt i etterkant.

5.4.1 Kritikk mot deltakende observasjon

Omfanget av sårbehandlingen hos den enkelte pasient dreier seg om mer enn bare selve sårstedet. Det starter fra pleieren begynner å planlegge sårstedet til hun anser seg ferdig med å dokumentere og eventuelt forberede for neste sårstell. Hensikten med studien er å se på organiseringen av sårbehandling i hjemmesykepleien og hvordan dette utarter seg i hjemmet. Jeg var derfor med hjem til pasienter som fikk denne tjenesten. Men for pleieren i hjemmesykepleien var besøket hos sårpatienten et besøk i en rekke av mange ulike besøk

denne dagen. Siden jeg ikke var sammen med pleieren hele arbeidsdagen, så mistet jeg denne dimensjonen. Jeg mistet samtidig noe av pleierens planlegging av sårbehandlingen siden deler av planleggingen foregikk før jeg traff pleieren. Begge deltakerne foretrakk å dokumentere på slutten av sin arbeidsdag og ikke umiddelbart etter at sårstellet var slutt. Bortsett fra etter første observasjonsøkt, så mistet jeg denne delen av sårbehandlingen. Jeg forsøkte å fange opp de delene jeg opplevde å miste ved å spørre om dette under observasjonsøktene og under intervjuet.

En annen kritikk mot observasjonen er min uerfarenhet med observasjon som metode. Observasjonsteknikk kan øves opp, og en vil da bli flinkere til å memorere hendelser, kommunikasjon og non-verbal kommunikasjon. En vil bli mer oppmerksom på hva som foregår i feltet en observerer, og en kan fange opp diskrepans mellom hva som blir sagt og hva som skjer (Fangen, 2011). Jeg forsøkte å huske hva som ble sagt i form av direkte sitater, men det opplevde jeg som svært vanskelig. Når jeg skulle skrive ned hva som var blitt sagt, så kunne jeg ikke huske det ordrett, og jeg endte opp med å skrive ned samtalene i form av indirekte sitater. Dersom jeg skulle fått med meg mer av samtalene som direkte sitater, måtte jeg ha skrevet dem ned umiddelbart under observasjonen. Men som jeg tidligere har nevnt, så valgte jeg vekk det å notere underveis da jeg opplevde at dette forstyrret fokuset mitt på hva som foregikk i situasjonen og økte min opplevelse av observatørrollen.

Observasjon kan føre til at deltakerne handler annerledes enn hva de ville gjort dersom de ikke ble observert (Tjora, 2012). Dette kan føre til at handlingen ikke blir helt som vanlig. Jeg var oppmerksom på dette under observasjonen, og det var noen tilfeller der jeg undret meg over om det var min tilstedeværelse som påvirket handlingen eller fraværet av handling. Pleierne bekreftet under intervjuene at det var et par episoder der de ble litt stresset. Det var også noen andre tilfeller der jeg undret meg over hvor mye jeg skulle delta. Et eksempel er da en av pasientene skulle ha på seg lårlange kompresjonsstrømper. Pasienten var svært hoven i begge ben, og strømpene var vanskelige å få på. Deltakeren ble helt utslitt av å trekke på strømpene, og jeg valgte da å hjelpe til med å få på den siste strømpen. Jeg hadde før observasjonene startet tenkt at jeg kunne fungere som en assistent for å få en litt mer naturlig rolle under observasjonen. Når jeg trakk på strømpene deltok jeg noe mer i handlingen enn hva jeg i utgangspunktet hadde tenkt, men i situasjonen føltes det feil at jeg bare skulle stå der. Jeg valgte derfor å tilby min hjelp.

Et siste moment jeg tenkte mye over under observasjonsøktene, og som kunne påvirke handlingen under observasjonene var min deltakelse i samtale. Det var samtaler under sårstellene mellom pleier og pasient, og jeg forsøkte å være bevisst på å la disse forløpe naturlig. Men jeg var også delaktig i samtalen ved at jeg stilte spørsmål til pleierne og til pasientene. Jeg opplevde da en konflikt mellom min rolle som forsker, der jeg er mer åpen og undrende til samtalen, og min rolle som sykepleier, der jeg vanligvis ville bidratt mer til samtalen med mine erfaringer om sårbehandling. Jeg ønsket ikke at det jeg sa skulle lede til at deltakerne fortalte eller handlet annerledes enn hva de vanligvis ville gjort. Dette førte til at jeg måtte holde tilbake i samtale ved for eksempel å la være å kommentere observasjoner jeg gjorde, da dette kanskje kunne lede til at deltakerne handlet på en annen måte (Fangen, 2011).

5.5 Innsamling av data; intervju

Jeg intervjuet deltakerne når jeg var ferdig med observasjonsøktene. Det var ønskelig at intervjuene skulle foretas så tett opp til observasjonsøktene som mulig. Dette viste seg å ikke være gjennomførbart av praktiske årsaker. Den første deltakeren fant lett mange pasienter jeg kunne være med hjem til. Den andre deltakeren slet litt med å få samtykke hos pasientene. Av pragmatiske hensyn avsluttet jeg derfor ikke observasjonsøktene med et intervju etter at de tre øktene var unnagjort med den første deltakeren. Jeg ventet for å se om hun kunne finne noen flere pasienter jeg kunne være med hjem til. Av turnusmessige årsaker ble derfor intervjuet foretatt noen uker etter at siste observasjonsøkt var over. Intervjuet med den andre deltakeren ble foretatt en liten uke etter at siste observasjonsøkt var slutt, og så raskt som var praktisk mulig å få til. Imidlertid opplevde jeg ikke at det hadde noen stor betydning for intervjuet sin del at det ene intervjuet ble foretatt såpass lang tid etter observasjonene. Kvaliteteten på intervjuet er mer påvirket av meg som intervjuer.

Intervjuene ble foretatt på et møterom på deltakernes arbeidsplass på slutten av deres arbeidsdag da dette var mest praktisk for dem. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og varte hver omtrent 40 minutter. Etter endt intervju skrev jeg i loggen inn de første inntrykkene fra intervjuet, og om hvordan jeg opplevde at intervjuet hadde gått.

Gjennom prosjektet ønsket vi å belyse hvilke vilkår sårbehandlerne i hjemmesykepleien må forholde seg til. I forbindelse med observasjonsøktene fikk jeg et innblikk i selve

sårbehandlingen i hjemmet. Men det vil være vilkår som vil ha betydning for sårbehandlingen og som ikke vil komme fram i forbindelse med observasjon. Eksempel på dette er samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten eller tanker pleieren gjør seg om ansvar eller organisering. Gjennom intervjuet kan en få fram sider ved hvordan deltakeren oppfatter sin livsverden ved å stille åpne spørsmål som lar den intervjuede selv komme med sine tanker og erfaringer. Intervjuet likner på en samtale mellom to personer, men er semistrukturert ved at det dreier seg om noen på forhånd satte tema (Kvale og Brinkmann, 2012) Jeg laget en intervjuguide som skisserte tema jeg ønsket å komme inn på i løpet av intervjuene (se vedlegg 2). Intervjuguiden ble tilpasset den enkelte deltaker ved at jeg gikk gjennom observasjonsnotatene på forhånd for å finne aspekter ved observasjonsøktene jeg ønsket å utdype. Jeg søkte å la deltakerne prate fritt under intervjuet, og forsøkte å fange opp ting de sa underveis ved å stille oppfølgingsspørsmål. For at aspektene som kom fram skulle være mest mulig deltakerens, forsøkte jeg så godt som mulig å la min bakgrunn og forforståelse være i bakgrunnen.

5.5.1 Kritikk mot intervjuet

Den største kritikken mot intervjudelen er at jeg er uerfaren som intervjuer. Jeg forsøkte å ha åpne spørsmål og følge opp med åpne spørsmål som *"ja, kan du fortelle mer om det?"* Men etter transkripsjonen av det første intervjuet oppdaget jeg, at jeg viste min interesse og at jeg var lyttende ved å bekrefte hva intervjueren sier ved å si *"ja"*, *"nei"* og *"hmm"* i stor grad. Gjennom dette kan jeg ha påvirket hva som kommer fram i intervjuet (Kvale, 2012) I intervjuet med deltaker 2 var jeg særlig oppmerksom på dette, og forsøkte å holde noe tilbake med alle bekræftelsene mine på at jeg lyttet.

I det første intervjuet opplevde jeg at noen av spørsmålene fra intervjuguiden ble for åpne eller vage. Et eksempel er *"Hvilke rammefaktorer opplever du at du må forholde deg til? Hva har betydning for deg?"* Her sa deltakeren at hun ikke skjønnte hva jeg mente, og spurte deretter om jeg mente arbeidsstilling, hvor jeg svarte: *"For eksempel, eller ja."* Dette fører til at jeg ender opp med noen ledende spørsmål i stedet for et åpnet spørsmål der den intervjuede selv kommer med svaret. I det andre intervjuet gikk jeg derfor mer kritisk inn i spørsmålene og endret for eksempel spørsmålet om rammefaktorer til *"Hva synes du skal til for at du skal få utført et godt sårstell? Hvordan er et godt sårstell?", "Hva synes du er fordelene med å*

utføre sårbehandling hjemme hos pasienten?” og ”Hva synes du er vanskelig med å utføre sårbehandling, eller ulemper ved å ha det i hjemmet?” Dette ga mer omfavnsrike svar.

En annen kritikk mot intervjuene er at det skal ha form av en samtale om deltakernes livsverden i forbindelse med sårbehandlingen i hjemmet (Kvale og Brinkmann, 2012). I en normal samtale mellom to parter vil begge bidra til samtalsprodukt. Men i et intervju bidrar ikke intervjueren i like stor grad som den intervjuede ved at intervjueren ikke kommer med sitt bidrag av sin oppfatning om temaet. Dermed opplevde jeg at noe av samtalsvesen falt bort.

For å legge bort min forforståelse forsøkte jeg å innta en naiv holdning for å få forutsetningsløse beskrivelser fra deltakerne og åpne for uventede fenomener. Kvale og Brinkmann (2012) omtaler dette som bevisst naivitet. Dette gir intervjuet et asymmetrisk maktforhold, og dette kom fram i intervjuet ved særlig to elementer, slik jeg ser det. Det ene elementet er at jeg ved min bevisste naivitet holder tilbake mye av min kunnskap om sårbehandling i intervjuet. Men både jeg, som intervjuer, og deltakerne er veldig klar over at jeg kan mye om sårbehandling og som jeg holder tilbake. Ved at jeg ikke bidrar med dette inn i samtalen, opplever jeg at samtalen hemmes til en viss grad. Dette kommenterte jeg også som kritikk av observasjonsøkten.

Et annet aspekt ved dette er at en del av det som kommer fram er implisitt. Et eksempel er når jeg spør om de har noen prosedyrer for hva pleierne skal gjøre ved nyoppståtte sårskader. Da svarer deltakeren: *Nei, men det er det du skal vite, hva de forskjellige bandasjene gjør. Skjønner du?”* Og jeg forstår hva hun mener, men det forutsetter min erfaring innen både sårbehandling og pleiekultur at jeg skjønner det. Så da går jeg videre på dette med å spørre om det da er alle som vet dette eller om det er noen få, istedenfor å få henne til å utdype hva hun mener med *at en skal vite hva bandasjene gjør*.

Det andre elementet er at jeg ved å være ansatt i spesialisthelsetjenesten, sitter som representant for denne, og dermed sitter jeg i et maktforhold som jeg ikke kan komme unna. Dette utdype jeg mer i delkapittel 5.6.6 *Rollen som forsker*.

5.5.2 Transkripsjon av intervju

Intervjuene ble transkribert av meg. Transkripsjon er omforming av den muntlige samtalen til tekst. I følge Kvale og Brinkmann (2012) skjer det en abstraksjon av samtalen mellom intervjuer og deltaker når den blir tatt opp og videre nedskrevet. Kroppsspråk og fakter forsvinner, og hvordan de to samtalende har uttrykt seg med nøling, pusting og styrke i uttale kan gå tapt. Under transkripsjonen skrev jeg så ordrett som mulig. Det førte til mange småord som vanligvis er i en samtale som ”jo”, ”eh” osv. Jeg noterte i transkripsjonen i paranteser latter, tydelig pusting og om det oppstod stillhet. Jeg noterte også i paranteser dersom jeg som intervjuer kom med bekreftelser som ”hmm”, ”ja” og ”nei”. Det samme gjorde jeg dersom deltakeren kom med samme type bekreftelser når jeg stilte spørsmål. Kvale og Brinkmann (2012) poengterer at ved en slik transkripsjon kan deltakeren fremstå usammenhengende og forvirret, noe som kan oppleves vanskelig for deltakeren dersom dette blir gjengitt videre. I den videre bearbeidingen og analysen av dataene er derfor dette fjernet. Jeg vil også poengtere at jeg som intervjuer heller ikke fremsto særlig bedre når jeg stilte mine spørsmål, og at jeg var ganske overrasket over mine språklige fakter når jeg lyttet gjennom intervjuet.

Etter at jeg var ferdig med å transkribere noterte jeg ned tanker jeg gjorde meg i loggen. Transkripsjon var tidkrevende og ganske anstrengende, og jeg ble sliten og lei. Jeg innså faren for å ikke være like nøyaktig, særlig på slutten. Derfor gikk jeg tilbake til transkripsjonen og leste gjennom den samtidig som jeg lyttet til opptaket på nytt. Jeg fikk da rettet opp i feil som var gjort. Dette ble ikke gjort samme dag som transkripsjonen ble utført. Jeg opplevde dette som et positivt tiltak for å få en så korrekt transkripsjon som mulig. Lydopptakene ble deretter slettet.

5.6 Etske hensyn

Helseforskningsloven stiller etiske krav til medisinsk og helsefaglig forskning (Lovdata). Deltakelse må være frivillig, og det må innhentes informert samtykke. Dersom det innhentes personopplysninger er en pliktig å melde forskningsprosjektet til NSD før datainnsamligen starter. Det er et krav om konfidensialitet, og det er viktig at en tenker gjennom og vurderer fordeler og ulemper forskningen vil ha for deltakerne (Kvale og Brinkmann, 2012). Dette prosjektets deltakere er pleiere i hjemmesykepleien. Men når jeg skal observere pleierne i deres virke, så foregår det med pasienter i deres hjem. Dette utløste flere etiske hensyn og jeg

måtte innhente informert samtykke ikke bare fra deltakerne, men også fra pasientene vi skulle besøke.

5.6.1 Melding til offentlig myndighet

Ved forskning der det innhentes personopplysninger skal prosjektet meldes inn til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) som er personvern for Universitetet i Oslo. Det ble gjort (se vedlegg 3) iden jeg også skulle være med hjem til personer som mottar helsehjelp sendte vi også inn en forespørsel til Regional Etisk Komité Øst (REK) om prosjektet måtte godkjennes av dem. Tilbakemeldingen derfra var at prosjektet ikke måtte godkjennes i komitéen siden det ikke ville fremkomme nye medisinske funn (se vedlegg 4).

5.6.2 Konfidensialitet

Det er viktig at alle opplysninger som kan knyttes til deltakerne blir håndtert konfidensielt. Det vil si at forskeren ikke skal offentliggjøre opplysninger som kan avsløre hvem som har deltatt i forskningen (Fangen, 2011). Samtykkeskjema blir oppbevart i lukket konvolutt i låst skap på Universitetet i Oslo. Observasjonsnotater og det transkriberte intervjuet er lagret på sikret område, og har kun vært tilgjengelig for student og veileder. Navn på deltakere og geografiske områder er fjernet, og ved omtale av spesialisthelsetjenesten benevnes denne som sykehuset eller poliklinikken. I observasjonsnotatene har jeg forsøkt å beskrive pasientene og deres omgivelser på en slik måte at de ikke kan gjenkjennes. Under kondenseringen av datamaterialet har jeg fjernet ytterligere detaljer slik at de delene av materialet som blir gjengitt i analysen er ytterligere anonymisert.

5.6.3 Innhenting av informert samtykke

Jeg ble nødt til å innhente skriftlig informert samtykke fra både deltakere og pasientene jeg skulle besøke. Deltakerne ble i første omgang spurt om deltakelse av en av deres ledere. Dette er ikke helt uproblematisk da deltakerne dermed kan ha følt et press til å si ja til deltakelse siden det var en av deres egne ledere som spurte. Vi avtalte et møte og deltakerne fikk muntlig informasjon om prosjektet og utlevert et skriftlig informasjonsbrev (se vedlegg 5). Det ble da også informert om at deltakelse var frivillig og at de kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt. Det skriftlige samtykket ble innhentet i forbindelse med den

første observasjonsøkten. Deltakerne fikk da tid i etterkant av informasjonsmøtet på å vurdere om de faktisk ønsket å delta eller ikke.

Det var deltakerne selv som spurte pasientene om det var greit at jeg var tilstede mens de fikk sårbehandling. I de fleste tilfellene ble pasientene spurt mens pleierne var hos dem i et vanlig ærend, og så ringte de meg og avtalte tid for når jeg skulle møte opp etterpå. Et par av pasientene ble spurt samme dag. Jeg informerte pasientene kort om prosjektet og hvem jeg var når jeg kom til dem, og presiserte at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. De fikk utlevert et informasjonsskriv (se vedlegg 6), og jeg innhentet samtidig et skriftlig samtykke. Alle pasientene var klare og orienterte. Den ene deltakeren slet litt med å finne pasienter som var villige til at jeg var tilstede. Han fikk da informasjonsskrivet skrevet til pasientene, for å dele ut til aktuelle pasienter slik at de kunne lese gjennom dette før de eventuelt aksepterte. Hjemmesykepleien som organisasjon ønsket en kopi av samtykkeskjemaet som pasientene skrev under på, for å lagre denne i pasientens journal. Dette ble utført.

5.6.4 Taushetsplikt om innsyn i pasienters helseopplysninger

Lov om helsepersonell pålegger helsepersonell å ikke gi videre opplysninger om personers sykdomsforhold og andre personlige forhold som de tilegner seg i kraft av å være helsepersonell (Lovdata). Selv om det i denne studien er helsepersonell som er deltakere, så ville jeg tilegne meg opplysninger om så vel sykdom som personlige forhold hos pasientene som deltakerne ytte helsehjelp til. Jeg skrev derfor under på bydelens skjema for taushetsplikt. For å forhindre at jeg brøt denne taushetsplikten i mine observasjonsnotat og gjennom intervjuene, så omtales ikke pasientene ved navn. Det blir heller ikke gjengitt adresser eller beskrivelse av geografiske områder. Jeg har forsøkt å utelate lett gjenkjennbare egenskaper ved pasientenes omgivelser og å beskrive dem med omtanke.

5.6.5 Fordeler og ulemper for deltakere og pasienter

For både deltakere og pasienter vurderte jeg flere hensyn. Observasjon som metode kan oppleves ubehagelig for deltakerne. Fangen (2011) trekker fram at informantene kan oppleve at forskeren invaderer deres privatliv. Selv om jeg ikke var sammen med deltakerne privat, så observerte jeg dem i praktisk arbeid, noe som kan oppleves som personlig. Dette tenkte jeg mye på før og under datainnsamlingen, og jeg forsøkte å gjøre det minst mulig ubehagelig for

deltakerne ved å redusere min tilskuerrolle ved å være delvis deltakende i samtale, og ved å kunne være litt til hjelp som assistent uten at jeg skulle påvirke handlingen for mye. Blant annet var dette en av grunnene til at jeg ikke noterte underveis i observasjonsøktene, men skrev alle notater i etterkant. Det kom også fram under intervjuet med den ene deltakeren at han hadde følt på at jeg var tilstede, og at dette hadde gjort han nervøs da vi var hos den ene av pasientene. På den annen side så har pleiere i helsevesenet ofte med seg elever og studenter som har praksis i forbindelse med utdanning. De er derfor ikke helt uvant med å ha med seg noen når de arbeider.

Pasienter i hjemmesykepleien må ofte forholde seg til mange ulike personer som kommer inn i deres hjem, og det kan oppleves som en ulempe for dem at de fikk enda en person på besøk. Kanskje var dette en av grunnene til at den ene deltakeren slet litt med å finne pasienter jeg kunne være med hjem til. På den annen side så er nok mange pasienter også vant med at det er mange studenter og elever med når de mottar hjemmesykepleie.

Det kan også oppleves positivt å være med i et forskningsprosjekt. For pleierne så satte jeg søkelys på et arbeidsfelt som hjemmesykepleien bruker mye ressurser på i form av tid og kostnader. For pasientenes del kan det oppleves positivt at de kan få belyst sin situasjon med tanke på et helseproblem som kan ha store konsekvenser for deres dagligliv og livskvalitet (Fangen, 2011).

5.6.6 Rollen som forsker

Min rolle som forsker er ikke uavhengig av min rolle som masterstudent og sykepleier med jobb i spesialisthelsetjenesten (Fangen, 2011). Under informasjonsmøtet informerte jeg deltakerne om hvor jeg jobbet, og min erfaring med og interesse for sårbehandling. Særlig har nok min rolle som representant for spesialisthelsetjenesten betydning for hvordan jeg blir oppfattet av pleierne jeg fulgte. Der jeg har en forforståelse for hjemmesykepleien som arbeidsfelt, så vil også deltakerne ha en forforståelse for meg som sykepleier med jobb i spesialisthelsetjenesten. Helsevesenet er hierarkisk oppbygget, der spesialisthelsetjenesten står i et maktforhold til primærhelsetjenesten (Orvik, 2015). Gjennom utvikling av profesjonene i det 19 og 20 århundre er spesialisthelsetjenesten sterkere knyttet til den vitenskapelige kunnskapen gjennom den medisinske profesjonen. Jeg er en representant for den spesialisthelsetjenesten som deltakerne i hjemmesykepleien forholder seg til når

pasientene også blir fulgt opp i sykehus. Jeg representerer den spesialisthelsetjenesten som til en viss grad bestemmer hvordan hjemmesykepleien skal behandle pasientenes sår, og som hjemmesykepleien kan komme i konflikt med dersom det er uenighet om behandlingen. Dette får konsekvenser for deres syn på meg og hvordan de vil at jeg skal oppfatte dem og deres arbeid. Dermed får både min forforståelse og deltakernes forforståelse betydning for hva slags datamateriale jeg sitter igjen med.

Dette har selvfølgelig også konsekvenser for hvordan jeg vil at deltakerne skal oppfatte meg, og hvordan jeg oppfører meg i rollen som forsker. Dette opplevde jeg ganske sterkt gjennom hele datainnsamlingen. Jeg ønsket ikke at de skulle se på meg som en som trodde at hun kunne mer og nå skulle inn og se hva hjemmesykepleien gjør. Jeg forsøkte derfor å ha en positiv og åpen holdning, og å reagere på en positiv måte til det jeg så og hørte.

5.6.7 Deltakende observatør i eget og fremmed felt

Jeg ønsket å studere sårbehandling da dette er et felt som jeg har en sterk interesse for. Når en skal studere et felt kan det være en fordel å studere et annet felt enn det en selv er hjemme i, for i eget hjemmefelt kan det være vanskeligere å komme bak det selvsagte, eller å se det en tar for gitt (Fangen, 2011). Hjemmesykepleien virket da som et egnet felt å studere. Samtidig hadde jeg en egen nysgjerrighet for hjemmesykepleien siden det er en del av helsevesenet jeg regelmessig må forholde meg til gjennom jobb. Jeg vil påstå at jeg som deltakende observatør i dette prosjektet både er forsker i et annet felt samtidig som jeg er forsker i eget felt. Jeg er forsker i eget felt gjennom at jeg har kunnskap om sårbehandling fra tidligere, og jobber med sårbehandling regelmessig. Jeg har inngående kunnskap om fenomenet jeg studerer og har forståelse for de elementene jeg observerer. I forbindelse med feltarbeidet opplevde jeg dette på mange måter positivt. For eksempel har jeg kunnskap om de ulike kompresjonsnivåene i Coban 2 og Coban 2 Lite.⁶ Ut fra hvilken type kompresjon som pasienten bruker kan jeg gjøre noen antakelser for hvordan pasientens arterielle sirkulasjon muligens er. Et annet eksempel er når deltaker 1 viser fram den grønne plastpinsetten hun må bruke.

”I følge prosedyren skulle de pille av løs hud med anatomisk pinsett (...). Pleieren viste fram den grønne plastpinsetten fra skiftesettet hun kunne bruke.”

Her noterer jeg i parantes: *”jeg vet selv hvor vanskelig det kan være å bruke denne. En kan ikke bruke denne til finplukking.”*

⁶ Coban 2 og Coban 2 Lite er et produktnavn fra 3M. Det er en to-lags kompresjonsbandasje.

Jeg har erfaring med å bruke de samme produktene, og har forståelse for hva det innebærer å bruke dem. Jeg har samtidig erfaring med bruk av anatomisk pinsett, og jeg vet hvordan det er å bruke denne sammenlignet med den grønne plastpinsetten pleieren i hjemmesykepleien har til rådighet. Fangen (2012) sier at ved å ha inngående kjennskap til feltet så kan en nærme seg det på en hensiktsmessig måte. Jeg får her god nytte av min forforståelse, og at den fører til at jeg kan fange opp nyanser i observasjonen som jeg kanskje ikke ville fått med meg om jeg ikke hadde denne erfaringen.

Dette opplevde jeg også som en fordel etisk sett. Jeg ønsket ikke å sette deltakerne eller hjemmesykepleien i en vanskelig situasjon ved å stille spørsmål ellers si noe som kunne påvirke pasientens relasjon til hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien og pasientene må fortsatt ha en relasjon til hverandre, mens min relasjon til dem opphører. Jeg ønsket ikke at min studie skulle ha noen negativ påvirkning på forholdet mellom hjemmesykepleien og deres sårpasienter.

Jeg er også forsker i eget felt ved at jeg er sykepleier og forsker på sykepleie, men jeg mener at jeg ikke er forsker i eget felt ved at arbeidsplassen er en annen. Arbeidsforholdene er annerledes i hjemmesykepleien enn i sykehus selv om utgangspunktet for handlingen er den samme.

5.6.8 Min forforståelse av sårbehandling i hjemmesykepleien.

Det er viktig å være åpen i situasjonen når en skal inn i en observasjonsrolle. Hva en legger merke til og hva en ser etter vil være påvirket av de holdninger og oppfatninger forskeren har til feltet fra tidligere. Ingen går inn i en situasjon helt uten en forforståelse. Det er derfor viktig at forskeren klargjør på forhånd sin forforståelse for feltet (Fangen, 2011; Malterud, 2013). Jeg tenkte derfor nøye gjennom og skrev ned min forforståelse for sårbehandling og hjemmesykepleien som arbeidsfelt. I dette inkluderte jeg min erfaring med sårpasienter, både kunnskapsmessig og praktisk. Jeg skrev ned min erfaring med feltet jeg skulle observere, altså hjemmesykepleien. Jeg inkluderte både positive og negative forventninger jeg hadde.

Før jeg startet datainnsamlingen, reflekterte og skrev ned hva jeg trodde og mente om sårbehandling og hjemmesykepleie, samt fastlegers involvering i dette. Jeg forsøkte å være så ærlig som mulig i dette arbeidet. Jeg vil her redegjøre for min forforståelse.

Min forforståelse er preget av mine opplevelser som sykepleierstudent med sommerjobb i hjemmesykepleien på midten av 90-tallet. Jeg så veldig opp til hjelpepleierne og sykepleierne, og jeg syntes de var veldig kunnskapsrike. I ettertid har jeg også reflektert over hvilket ansvar jeg fikk, hvor lite jeg egentlig kunne om sårbehandling og hvilke feil det hendte at jeg gjorde.

Min forforståelse av hjemmesykepleien er også preget av det samarbeidet jeg har hatt med hjemmesykepleien i årene etterpå og historiene pasienter forteller om sine erfaringer med hjemmesykepleien. Samtaler vi har hatt på jobb og hva jeg har lært på ulike kurs og gjennom artikler og faglitteratur jeg har lest, har også påvirket den forforståelsen jeg hadde da jeg startet dette prosjektet. Gjennom dette har jeg fått et inntrykk av at det er stor variasjon i sårbehandlingen utført av hjemmesykepleien. Noen pasienter har fortalt at det er mange forskjellige pleiere som kommer innom dem for å utføre sårbehandling, og det virker som om de er usikre på kunnskapsnivået og ferdighetene til de ulike pleierne. Men det er også mange historier om pasienter som er fornøyde og som skryter av pleierne som kommer innom.

Basert på de anbefalingene som gis i retningslinjene som er gjengitt i kapittel 2 gikk jeg inn i prosjektet med en oppfatning av hva god sårbehandling er.

Før jeg startet observasjonsøktene hadde jeg mange forventninger til feltet. Jeg trodde at sårpatientene ble behandlet av mange ulike pleiere, og at kompetansen deres innen sårbehandling ville variere. Men jeg så også for meg at det var noen i personalgruppen som hadde mer kunnskap og erfaring innen sårbehandling enn andre. Jeg så for meg at sårbehandlingen ville foregå mens pasienten satt i en lenestol på stuen, at ergonomisk arbeidsstilling for pleierne kunne være dårlig, og at det kunne være dårlig belysning. Videre så jeg for meg at noen pasienter ville ha en sårdiagnose, men at en del ikke ville være utredet. Jeg forventet at de som fattet vedtakene ville tro at sårbehandling kun dreier seg om å bytte en bandasje, og at det var de som bestemte hvor mye tid pleierne hadde til rådighet. Jeg forventet ikke at pasientene fikk debridert sårene sine av mangel på tid, kunnskap og utstyr.

Samarbeidet med fastlegene trodde jeg ville variere etter fastlegenes interesse for sårbehandling.

5.7 Forskningens gyldighet, troverdighet og overførbarhet

Vitenskapelighet handler om en systematisk og en kritisk håndtering av kunnskap. Kvantitativ forskning regnes tradisjonelt som den beste vitenskapelige metoden da resultatene kan generaliseres. Kritikken mot kvalitativ forskning er at resultatene ikke kan generaliseres og at resultatene ikke regnes som gyldige utenfor det feltet som er undersøkt. Det som gir gyldighet i all forskning er etterprøvbarehet. Etterprøvbarehet betyr at andre også skal kunne komme frem til de samme resultatene (Kvale og Brinkmann, 2012).

Utfordringen og kritikken mot kvalitativ forskning er at datamaterialet ikke kan reproduseres. Datamaterialet springer ut fra en kontekst og en situasjon som oppsto i det unike møtet mellom forskeren og deltakeren. Denne situasjonen kan aldri gjenoppstå. Det betyr at forskeren må presentere sitt datamateriale og sine funn med gjennomsiktighet. Troverdigheten i forskningen ligger i at forskeren viser en kritisk refleksivitet slik at leseren forstår hvordan forskeren kommer frem til sine tolkninger ut fra det datamaterialet som foreligger (Malterud, 2013).

Funnene fra kvalitativ forskning kan ikke generaliseres. Resultatene springer ikke ut fra et representativt utvalg. For at kunnskapen fra forskning skal kunne deles med andre må den ha en overførbarhet. Det innebærer at funnene må ha en mening ut over seg selv slik at andre kan kjenne seg igjen i dem. Da får kunnskapen en mening som strekker seg utover det unike som datamaterialet er generert i (ibid).

5.8 Begrensninger i studiens funn

Det var et etisk krav at pasientene jeg skulle besøke sammen med pleierne, var klare og orienterte. Dette kan ha påvirket funnene innen temaet *utfordrende arbeidsforhold*. Forventningene hjemmesykepleien har til hvilket ansvar pasienter som er klare og orienterte

vil kunne til å ta, vil være annerledes enn hos pasienter, som er demente. Klare og orienterte personer ansees som autonome med egen evne til å foreta selvstendige og fornuftige valg. Hos pasienter som er demente, vil hjemmesykepleien være nødt til i større grad å ta ansvar for beslutninger som griper inn i pasientens selvråderett (Birkeland og Flovik, 2014; Jakobsen, 2012). Dette innebærer at dersom jeg hadde hatt deltakende observasjon hos demete, hjemmesboende sårpasienter, så kunne jeg kommet frem til andre funn.

Sykepleielederen var min kontaktperson med deltakerne. Det var lederen som fant deltakere til studien for meg, og i første omgang var det lederen som spurte deltakerne, om de ville være interessert i å delta i studien. Dette kan ha påvirket funnene jeg gjorde innen kompetanse.

Antall sårpasienter hjemmesykepleien yter sårbehandling til varierer. Antall sårpasienter jeg potensielt kunne være med hjem til, ble redusert ved at de skulle være klare og orienterte. For å få gjennomført observasjonsøktene innen rimelig tid måtte pleierne finne aktuelle pasienter som også samtykket til min tilstedeværelse mens sårbehandlingen ble utført. Dette kan ha ført til at pleierne gikk til sårpasienter som de ellers kanskje ikke ville fått på sin arbeidsliste den aktuelle dagen. Det kan ha påvirket mine funn innen kontinuitet i pleierbesøk.

6 Analyseprosessen

Analysen vil være tilstede og løpe parallelt fra prosjektets start, under datainnsamlingen og gjennom den mer systematiske analyseprosessen (Fangen, 2011; Malterud, 2013). De prelimenære analysene forsøkte jeg å holde en tråd på ved å notere dem ned i loggen jeg opprettet før jeg startet datainnsamlingen, og jeg har fortsatt å skrive ned tanker og idéer i loggen underveis. Selv om denne delen av analysen er et resultat av systematisk arbeid med datamaterialet, kan de gi verdifull innsikt i materialet (ibid). Jeg startet analysen av datamaterialet fra første deltaker mens jeg utførte en del av datainnsamlingen med den andre deltakeren. Årsaken til dette var at jeg i denne perioden deltok på analysekurs. I analysekurset valgte jeg å se på deler av materialet mitt fra den første deltakeren i et maktperspektiv. Dette ga meg en innsikt i min posisjon som forsker og samtidig representant for spesialisthelsetjenesten som jeg har tatt med meg videre i prosessen.

Den første delen av analysen startet jeg med å lese gjennom hele råmaterialet og notere i margen stikkord om hva de enkelte delene av materialet handlet om. Jeg forsøkte som Malterud (2013) anbefaler, å legge vekk min forforståelse og være åpen i denne gjennomlesningen. Jeg leste gjennom materialet flere ganger og dette ga meg en oversikt over materialet. Tanker jeg fikk i denne prosessen noterte jeg i loggen.

Jeg opprettet deretter et nytt dokument for hver enhet av datamaterialet. Råmaterialet ble satt inn i venstre del av en tabell, og materialet ble deretter kondensert. Ved en kondensering blir overflødig materiale fjernet slik at en sitter igjen med en kondensert tekst som favner hva som skjer i teksten, men med færre ord enn opprinnelig. Den kondenserte teksten ble deretter meningsfortettet. Ved meningsfortetting søker en å forkorte det som blir sagt i lengre setninger til å beskrive dette med noen få ord (Kvale og Brinkmann, 2012). Jeg skrev derfor kort ned essensen i teksten. I denne prosessen forsøkte jeg å holde meg empirinær (Tjora, 2012).

Ut fra den siste meningsfortettingen ble teksten kodet videre ved å notere stikkord. I denne prosessen så jeg tilbake på temaene fra intervjuguiden for å se om det var noe fra denne jeg kunne kjenne igjen i dataene. Hovedtema fra intervjuguiden var *kunnskap, rammeforhold,*

samarbeid, dokumentasjon og forebygging. Stikkord trukket ut fra meningsfortettingen ble *kunnskap, samarbeid, dokumentasjon, ansvar og arbeidsforhold*. Deretter samlet jeg alle stikkordene og noterte dem ned for hånd for å se hvilke sammenhenger som var mellom de ulike stikkordene. Tabell 6.1 viser et eksempel på kondensering og meningsfortetting av observasjonsdata om lysforhold fra deltaker 1.

Tabell 6.1

Kondensering	Meningsfortetting	Meningsfortolkning	Kode
<i>Rommet var noe mørkt i krokene, men det kom dagslys inn fra høyre fra det ene vinduet som var i rommet. Og så var det en leselampe plassert på bordet. Denne lyste delvis mot gulvet og mot pasientens ben.</i>	<i>Mørkt rom. Dagslys fra vindu, og lys fra en leselampe.</i>	<i>Lite egnet arbeidsforhold.</i>	<i>Arbeidsforhold Lysforhold</i>
<i>Det kom godt med dagslys inn fra vinduet som var bak ryggen til pasienten. Kjøkkenet var også godt opplyst. Det var ingen direkte lyskilde mot sårene.</i>	<i>Rommet er godt opplyst av dagslys og annet lys. Det er ingen direkte lys mot sårene.</i>	<i>Belysningen som er gitt (dagslys + lyskilder)</i>	<i>Lysforhold</i>
<i>Sårbeh foregikk på pasientens soverom. Hun lå på sengen i sideleie delvis over på magen. Gardinene var trukket for, mulig pga innsyn fra naboer. Belysningen kom fra en lampe i taket. Det var ingen direkte belysning mot sårområdet.</i>	<i>Dårlige lysforhold. Pasienten ligger på sengen.</i>	<i>Lite egnete lysforhold</i>	<i>Arbeidsforhold Lysforhold</i>
<i>Pasienten satt på en stol på kjøkkenet. Det var dårlig belysning i rommet. Det kom dagslys inn fra et vindu. Pleieren måtte sitte på huk eller bøye seg.</i>	<i>Pasienten sitter på en kjøkkenstol. Dårlig belysning. Pleieren må sitte på huk eller bøye seg.</i>	<i>Dårlige arbeidsforhold</i>	<i>Arbeidsforhold Lysforhold Ergonomi</i>

Teksten i handlingen er kontekstuell. Den skjer i en tid og et rom der både deltakeren og forskeren er aktører. Forforståelsen danner grunnlag for det datamaterialet som produseres. Etter hvert som en tolker vil forståelsen for feltet endres (Fangen, 2011). Denne

analyseprosessen kalles den hermeneutiske sirkel der en går frem og tilbake i datamaterialet slik at forståelsen av materialet stadig utvikler seg videre (Kvale og Brinkmann, 2012). Derfor er det viktig å være seg bevisst hvilken forforståelse en bærer med seg inn i forskningen slik at en kan ta dette med seg inn i analysen (Fangen, 2011).

6.1 Samtidig analyse av datamateriale generert ved observasjon og intervju.

Samtidig analyse av datamateriale fra observasjon og intervju kan være utfordrende, og ofte blir dataene analysert hver for seg (Strøm og Fagermoen, 2012) Formålet med intervjuene er å utdype dataene fra observasjonen, og å få fram faktorer som ikke er direkte observerbare. Det kan derfor være hensiktsmessig å analysere dataene sammen i stedet for hver for seg. Vatne og Fagermoen (2008) utviklet en systematisk strategi for å samle og håndtere data fra ulike kilder. De kalte strategien "*Event-oriented data integration*". Hensikten med metoden er å avdekke den sammensatte virkeligheten i profesjonell praksis. Ved å flette sammen tekst fra ulike kilder, kan forskeren få et mer fullstendig bilde av praksis, og det muliggjør en mer sammenhengende analyse. Kort fortalt går strategien ut på at data som handler om samme episode, men som utgår fra ulike kilder, blir flettet sammen gjennom to trinn. I første trinn blir data fra hver kilde, kalt en datatråd, gitt sitt særegne kjennetegn i måten den blir skrevet på for å skille den fra de andre kildene. Datatrådene som kommer fra ulike kilder, men som omhandler samme episode, blir deretter satt sammen inn i samme dokument, men med fortsatt referanse til det opprinnelige dokumentet. Dette gir en ny tekst som omtaler samme fenomen eller hendelse. Hendelsen blir deretter analysert og delt opp i fire ulike abstraksjonsnivåer der hver kilde fortsatt var mulig å skille fra de andre kildene. Hvert abstraksjonsnivå utgjorde det de kalte for et datatau. Dette ga mulighet for en sammenhengende og mer helhetlig analyse. Hver episode kunne analyseres på en mer helhetlig måte ved at alle kildene til innsikt i episoden kunne sees under ett. Samtidig kunne episodene analyseres sammen ved å følge hvert abstraksjonsnivå fra episodene samlet.

Der Vatne og Fagermoen tok for seg enkeltepisoder, og flettet kildene til disse, ønsket Strøm og Fagermoen (2012) å samle data fra ulike kilder for en rekke av episoder og analysere disse samlet. Vatne og Fagermoen valgte å kondensere dataene etter at de var flettet, mens Strøm og Fagermoen valgte først å kondensere og meningsfortettede dataene fra observasjoner og intervjuer hver for seg. Deretter flettet de rådata fra observasjonene med utvalgte sekvenser

fra intervjuene ved at de ble satt ved siden av hverandre i en tre-delt tabell. I den midterste kolonnen ble temaene fra den første analysen notert. Dette ga mulighet for å lese dataene fra de to forskjellige kildene vertikalt og horisontalt. Metoden er egnet for analyse når en har generert data fra en gruppe eller et samarbeid eller interaksjon mellom to personer over en tid, og der dataene spinner ut fra ulike kilder som observasjon og intervju.

Inspirert av disse metodene valgte jeg å flette data fra observasjon og intervju for hver deltaker. Rådata var da allerede kondensert og meningsfortettet. De meningsfortettede datene ble sortert ut fra stikkordene jeg noterte etter meningsfortettingen, *kunnskap, ansvar, samarbeid, dokumentasjon og arbeidsforhold*. Samarbeid og dokumentasjon ble samlet da disse stikkordene forekom hyppig sammen. All tekst som var meningsfortettet, men som ikke passet innunder disse stikkordene ble sortert ut for seg, nederst i dokumentet. De meningsfortettede enhetene som omhandlet det samme ble samlet i egne grupper. Jeg gikk deretter gjennom rådata og sorterte data med spørsmålet: "Hva handler dette om egentlig? Hvilke faktorer er det i dette materialet som har betydning for sårbehandlingen? Vi kom da først frem til fem hovedtemaer: *Utfordringer, ansvar, kompetanse, kontinuitet og oppfølging av leder*. Funnene ble deretter gjennomgått på nytt, og vi endte opp med tre temaer – *utfordringer, kompetanse og kontinuitet*.

For å utdype og åpne opp episoder som omhandler samme hendelse eller samme fenomen flettet jeg data fra observasjon sammen med data fra intervjuet. Et eksempel på dette sees i tabell 2. I dette eksempelet ser en data som omhandler temaet utfordringer.

Tabell 6.2

Fra observasjon

Meningsfortolkning Fra intervju

<p><i>I bilen sa hun flere ganger at det var så trangt der. Mange syntes det. En pleier hadde fått pasienten til å legge seg på sengen, men hun (deltakeren) pleide å "krype langs gulvet"</i></p> <p><i>Pasienten satt i en stol. Rommet var lite, og det var overfylt med ting Pleieren la fram alt utstyret og bandasjer, Det ble lagt fram på de ledige plassene hun kunne finne på de møblene som var der.</i></p> <p><i>Pasienten stod på et lite slags teppe som var tapet fast til gulvet. Det var nok for at hun ikke skulle skli muligens. Det var ikke noe annet som kunne fange opp evt sårsekret eller annet. Pleieren måtte bøye seg for å utføre prosedyren.</i></p> <p><i>Vi snakket om arbeidsstilling. (..) Pasienten var så glad når hun kom for hun utførte sårstellet mens pasienten stod på gulvet, noe som var enklest for pasienten. Andre pleiere fikk pasienten til å legge seg på sengen. Dette tok tid og det var tungvint for pasienten. Men pleieren skjønte godt at de insisterte på dette da det var både trangt og slitsomt for den som skulle utføre sårbehandlingen mens pasienten står.</i></p> <p><i>Pleieren nevnte at hun gjerne stod bøyd, men at hun aldri hadde hatt vondt i ryggen. Men at mange ville protestere når de kom tilbake på kontoret. (..) ..hvis en hadde vondt i ryggen kunne en ikke gå til denne pasienten.</i></p>	<p><i>Det var så trangt. Må krype langs gulvet.</i></p> <p><i>Pasientens hjem. Lite rom med mye ting. Lite plass til å legge fram utstyr.</i></p> <p><i>Det er ingenting som kan fange opp sårsekret og skyllevæske. Pleieren bøyer seg.</i></p> <p><i>Vanskelig for pas å ligge i sengen når sårskift utføres. Hun velger derfor å utføre sårskiftet med pas sittende og stående. Men det er tungt for pleieren.</i></p> <p><i>Mange ganger mest praktisk å stå bøyd. Mange vil protestere.</i></p>	<p><i>Er vant til mye rart jeg. Jeg bøyer meg stort sett jeg, setter meg ned. Hun første vi var hos, der gjorde jeg det mens hun satt, men andre nekter jo. Hun får vondt av å ligge i sengen. Hun har klaget på det i ettertid når hun er blitt mast i seng. Men prøver jo å gjøre det beste for dem da. For pasientene er jo i fokus her. Men av og til må man jo skjære gjennom da. Be dem gjøre sånn og sånn.</i></p> <p><i>Jeg liker for det første å ha alt på stell. Så at folk har utstyr, jeg pleier å finne frem, legge fram og at det er – har vært mange steder hvor det er ekstremt rotete da, men ihvertfall, at det er litt ryddig rundt der du skal gjøre ting, Ha plass til å bøye deg ned ihvertfall. Har opplevd at du nesten ikke har plass til det heller. Når avisbunkene er.. Ja, det synes jeg er ålreit.</i></p>
--	--	---

7 Presentasjon av funn

Vi kom fram til tre hovedtemaer som var overordnet i datamaterialet. Disse temaene var utfordrende arbeidsforhold, kompetanse og kontinuitet. Dette er tre tema som selvfølgelig griper inn i hverandre.

Tabell 3

Subtema	Tema
Pasientens hjem Tilgang på hjelpemidler	Utfordrende arbeidsforhold
Kompetanse hos den enkelte Kompetanse i gruppen Kompetanse utenfor gruppen	Kompetanse
Kontinuitet i behandlingen Kontinuitet i pleierbesøk	Kontinuitet

Jeg vil her presentere funnene gjennom eksempler fra datamaterialet.

7.1 Utfordrende arbeidsforhold.

7.1.1 Pasientens hjem

Pasientens hjem gir utfordringer når behandlingen skal gjennomføres. Sårbehandleren i hjemmesykepleien må forholde seg til pasientens hjem slik det er og ta utgangspunkt i det når pasienten skal få behandlet såret sitt. Pasientene jeg fulgte med hjem til fikk gjerne utført sårbehandlingen mens de satt i en lenestol i stuen, satt på en stol på kjøkkenet eller lå på en sofa eller i sengen sin. En pasient fikk behandlet sårene sine mens hun stod da sårene var på baksiden av leggen. Begge deltakerne nevner at det kan være trangt, og at det kan være

situasjoner der de må ha vanskelige arbeidsstillinger for å komme til. Pleierne beskriver arbeidssituasjonen på denne måten: *”Mange har mye ting overalt. Det kan være veldig trangt, og det gjør det vanskelig å jobbe. Ja, man blir fysisk sliten fordi man må ha spesielle arbeidsstillinger.”* *”Er vant til mye rart, jeg. Jeg bøyer meg stort sett ned eller setter meg ned. ... Man prøver jo å gjøre det beste for pasientene, men av og til må man skjære igjennom og be dem om å gjøre sånn og sånn. Jeg har vært mange steder hvor det er ekstremt rotete. Jeg liker at det er litt ryddig rundt der du skal gjøre ting. Ha plass til å bøye deg ned i hvert fall. Har opplevd at du nesten ikke har plass til det heller.”*

Pasientens hjem gir også utfordringer med arbeidslýset. Lyskildene som gir arbeidslýs er gjerne dagslys som siver inn fra vinduene og den belýsningen som er i rommet som taklys og eventuelt leselamper. Hvor mye av dette lyset som gir belýsning mot sårområdet avhenger av hvordan det faller mot pasientens sår. Et eksempel på dette er: *”Det kom dagslys inn fra stuevinduene. Det var ingen andre lyskilder på. Stuen fremsto som noe mørk innerst da dagslyset ikke klarte å lyse hele rommet godt opp. Lyset falt skrått inn mot pasientens ben og lyste noe på dem.* Et annet eksempel er: *”Hun (pasienten) lå på sengen i sideleie delvis over på magen. Gardinene var trukket for, mulig på grunn av innsyn fra naboer. Belýsningen kom fra en lampe i taket. Det var ingen direkte belýsning mot sårområdet.”*

Ingen av deltakerne kommenterte eller tok opp lysforholdene selv. Jeg måtte derfor spørre om dette eksplisitt, og da bekreftet de at lysforholdene kunne være et problem. *”Ja, det er et problem av og til, særlig på kvelden når jeg jobber hvis jeg skal gjøre et eller annet. Spør litt hva du skal gjøre med det. Men det meste gjør vi jo på dagen, og da er det jo lyst.”*

”Lysforholdene er også et problem. Det er det absolutt, men det er - man kan jo oppfordre å kjøpe inn flere lamper, men kan ikke tvinge dem. Man må ta hensyn til pasienten. Det er jo deres hjem.”

7.1.2 Tilgang på hjelpemidler

Tilgang på redskap og utstyr er også en utfordring når en utfører sårbehandlingen i pasientens hjem. Den ene utfordringen var at de ikke hadde lett tilgang på bandasjemateriell dersom det manglet. Dette momentet har jeg belyst mer under kapittel 7.3 Kontinuitet. Den andre utfordringen er tidvis manglende tilgang på utstyr for beskyttelse av omgivelsene og

redskaper som bandasjesaks. Mange av pasientene får kompresjonsbehandling med selvhæftende kompresjonsbind, som Coban 2. Denne type kompresjonsbind må klippes opp når den skal byttes. Jeg vil vise noen eksempler fra observasjonen. ”*Pasienten skulle dusje i dag. Pleieren tok fram saksen sin fra brystlommen. Hun hadde en egen bandasjesaks med butt tupp. (Min kommentar: Det vil ikke være fare for å skade huden når en klipper opp bandasjen med denne) Denne hadde hun kjøpt selv, og den var dyr. De fikk ikke slikt utstyr av arbeidsgiver. Noen ganger kunne de be pasienten om å kjøpe saks. Jeg spurte hva andre brukte når de skulle klippe opp kompresjonsbandasjen. Det visste pleieren ikke. Hun foreslo kjøkkensaks. Det ble brukt til mye.*”

Det var pasienter som hadde sørget for å kjøpe egen saks til sårbehandlingen.

”*Hun (pasienten) hadde lagt frem en bandasjesaks. Hun sa at den var ny, og at det var sårsykepleieren som hadde fått henne til å kjøpe den. Sårsykepleieren hadde vært innom og hun hadde en sånn saks, men det hadde jo ikke de andre som kom innom. Pleieren spurte om pasienten hadde kjøpt den på apoteket, men hun sa at sårsykepleieren hadde bestilt den for henne. Hun måtte huske å få betalt for den.*”

Hos andre pasienter hadde ikke pleierne tilgang på nødvendige redskaper.

”*Bandasjen var litt stor og pleieren ville klippe den til. Hun spurte om pasienten hadde en saks hun kunne bruke. Pasienten sa at det lå en på kjøkkenet. Hun gikk ut og klippet til bandasjen*”.

”*Pleieren nevnte flere ganger under besøket en slags svamp som hun pleide å vaske sårene og leggene med. Den het Debrisoft⁷. Det var ikke noe de hadde inne til vanlig. Den var dyr, men hun hadde fått gjennom at de skulle bestille denne svampen til denne pasienten. Pleieren sa at den var meget god og effektiv til å renske opp med, og at den var skånsom. I følge prosedyren skulle de pille av løs hud med anatomisk pinsett⁸ etter at fuktighetskrem var smurt inn og vært på i ti til femten minutter. Pleieren viste frem den grønne plastpinsetten hun kunne bruke (jeg vet selv hvor vanskelig det kan være å bruke denne. En kan ikke bruke den til finplukking). Hun nevnte samtidig at tidligere hadde de ikke tilgang til pinsett. De hadde*

⁷ Debrisoft er produktnavn på en spesialsvamp/kompress fra Lohmann og Raucher. Svampen har en overflate av monofilament fibre som skånsomt løsner fibrin, devitalisert vev og skorper fra såroverflaten og huden

⁸ Anatomisk pinsett er flergangsutstyr som har rillet gripeflate. De små størrelsene gir høy presisjon i plukking av for eksempel flass.

også brukt kurette⁹ til dette. Pleieren viste frem kuretten (Det var en engangskurette. Jeg har selv erfaring med denne typen. Den er ganske skarp). Men det førte til at pasienten fikk masse småsår. Det mente pleieren var helt unødvendig, og at denne pasienten ikke tålte det. Pleieren sa da vi gikk at hun i følge prosedyren skulle fjernet dem løse huden, men hun valgte å ikke gjøre det da pasientens hud trolig blitt skadet og fått masse småsår. Hun ville vente til hun hadde tilgang til Debrisoftsvampen. ”

”Pleieren ville skylle over såret med saltvann. .. Så spylte hun over såret med hele flasken (med saltvann). Håndkleet som lå under pasientens ben ble helt vått. Pasienten kommenterte dette og sa at det burde vært plast under. Pleieren tok sammen håndkleet og tørket bordet. Pasienten sa at pleieren kunne legge håndkleet på badet og hente et nytt. ”

”Pleieren la et par kladder oppå dynen på sengen til pasienten. ... Pleieren spylte såret nederst på ryggen. ”

Under intervjuet kom vi inn på tilgangen til utstyr:

”Informant: Vi kan i prinsippet bestille det meste vi trenger, eller egentlig alt vi trenger kan vi bestille. Det er ikke så stort problem å få tak i utstyr.

Intervjuer: Hun ene pasienten, hun hadde kjøpt saks selv. Så sånt utstyr må de skaffe selv?”

Informant: Jeg har ikke helt oversikt. Jeg har ikke helt skjønt det selv heller. For hos noen så tar vi med alt utstyr, og hos andre så ber vi dem kjøpe litt selv. Hvem som helt bestemmer dette er jeg ikke sikker på. Jeg opplever at hos noen så har man bare begynt å ta med alt utstyr fra starten av, og da fortsetter vi med det. Men hos andre så kanskje vi sier fra med en gang at det er fint hvis du kjøper en saks, det er fint hvis du kjøper søppelposer selv. Vi skal jo egentlig ikke ta med sånt. ”

Tilgangen på utstyr kunne få følger for muligheten til hva hjemmesykepleien kunne utføre.

”Jeg opplevde en gang da de ringte fra sykehuset. Vi skulle få hjem en mann, og hun skrek og hylte hun sykepleieren, og skulle ha steril prosedyre, og det var ikke måte på. Da sa jeg at det finnes ikke sterile prosedyrer her i hjemmesykepleien. Men det måtte han ha. Da sa jeg at da får dere sende med sakser og det som er da, for det har ikke vi. Og det gjorde hun. Men det holdt jo ikke så lenge da. Men det grodde som bare det. Da var de helt imponert. ”

⁹ Kuretten er formet som en ring med skarpe kanter slik at en kan løsne fibrin, dødt vev, skorper og lignende fra underlaget

7.2 Kompetanse

I studien trer det frem tre nivåer av kompetanse. Det ene er kompetanse hos den enkelte pleier. Det andre nivået er kompetanse i gruppen, og det tredje nivået er kompetanse i samarbeidende aktører. I det tredje nivået er fastlege og sykehus representert.

7.2.1 Kompetanse hos den enkelte

Under intervjuet snakket vi litt om hvordan pleierne hadde lært om sår og sårbehandling. Foruten det de hadde lært under utdannelsen, så trakk de fram læring i forbindelse med jobben, altså erfaringskunnskap. De fikk erfaring ettersom de jobbet med det. Noen ganger så lærte de også av andre hvis de utførte sårbehandling sammen med sårsykepleier.

Sårsykepleierne holdt internundervisning, og noen ganger var ulike firma innom og hadde kurs, men da var det rettet mot firmaets produkter. Det hendte at de kunne få eksterne kurs, men det var sjelden. *”Jeg spurte om de fikk opplæring i å legge kompresjon. Pleieren svarte at det hadde hun. Hun hadde vært på kurs på sykehuset. Men nå fikk de ikke det lenger. Det var for dyrt. Det var et annet kurs hun hadde sett informasjon om nå, men det hadde de ikke fått gå på.”*

Et eksempel der pleierens kompetanse kommer tydelig fram er i en situasjon der en pasient, som tidligere har hatt sår, har fått endret behandlingen av sin venøse svikt fra Coban 2 til kompresjonsstrømper. Fra å få hjelp til å legge på kompresjonsbandasje to ganger i uken, så er hjemmesykepleien nå inne to ganger i døgnet for å ta på og av strømper. Vi kommer inn en morgen for å hjelpe pasienten med å ta en dusj og trekke på strømpene etterpå. *”Det første hun sa var at hun syntes bena så verre ut. De var mer hovne. Hun mente at dette ikke fungerte. Bena hadde vært bedre før.”* Hun hørte også flere ganger med pasienten hva han mente: *Pleieren sa at hun aldri hadde sett bena hans så hovne –dette er rett før at det blir sår, sa hun. Hun spurte pasienten flere ganger hva han mente om bena. Han sa at de var mer hovne nå, og at det var bedre da han brukte Coban.”* Pleieren dro tilbake til kontoret senere på dagen. *”Da ble det full oppvask etter at vi hadde vært der, og jeg rapporterte. Da var det Coban dagen etterpå.”* Pleieren forklarte meg under intervjuet hvorfor det ikke hadde fungert. *”Han skal ikke ha støttestrømper, for han har hatt dyp venetrombose, så han har*

ingen effekt av støttestrømper.” Eksempelet viser pleierens evne til å se at behandlingen ikke fungerer, og hennes evne til å ta dette videre og få gjort noe med det.

7.2.2 Kompetanse i gruppen

Informantene jobbet i hver sin gruppe, og det var litt forskjeller på gruppene. Begge gruppene hadde en sårsykepleier de kunne konsultere ved behov, og på den ene gruppen jobbet sårsykepleieren klinisk med hovedansvar for sårpatientene på sin gruppe. Sårsykepleierne ble brukt både for råd og diskusjon på kontoret og de kunne være med ut til pasientene om det var ønsket. De ble også brukt for kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Pleierne har mulighet til å konsultere en sårsykepleier og en fagkonsulent på kontoret dersom de ser behov for det. Eventuelt så kan sårsykepleierne være med ut til pasientene for vurdering. Sårsykepleieren tar også hovedansvar for oppfølging av sårpatienter i den ene gruppen.

”Vi har sårsykepleier som vi bruker mye til å lage prosedyrer. Når hun er her så tar hun det meste av sårstellene på dagtid. Så har vi også fagsykepleier som også er sårsykepleier, som vi bruker til både å spørre om råd og som vi bruker ute, for å lage prosedyrer eller observerer hvis det er noe spesielt vi lurer på.”

Pleierne bruker også de andre pleierne i gruppen til å diskutere sårpatientene. Dette kan de for eksempel gjøre på felles møte. Men kompetansen på sår og sårbehandling er ulik innad i gruppen. Pleierne fortalte at det ikke var alle som skjønnte hvordan bandasjene og andre sårprodukter skulle brukes eller oppbevares. På spørsmål om pleierne hadde tilgang til noen oversikt eller retningslinjer for sårbehandling som de kunne støtte seg på svarte de at dette ikke i bruk. Dette var noe en skulle vite.

”Av og til så bestemmer vi også prosedyrene. Hvis det er snakk om infeksjoner, du ser at (pasienten) må ha en liten antibiotikakur. Da kontakter vi legen. Men ofte så ordner vi bare opp selv.”

Noen ganger var det hjemmesykepleien som oppdaget sår hos pasienten.

”Det er det ofte vi gjør. Så faller de, ikke sant. Det er mye, jeg kaller det overflatesår. Hvor du liksom kan skrelle ned, så skreller vi den tilbake. Det ordner vi selv. Sender jo ikke folk til lege for noe sånt.”

Jeg spurte hva de gjorde når de ordnet opp selv.

”Det er det som er så vanskelig. Må se såret, for å vurdere hvordan sår det er. Om det er sånt overflatesår, så bruker vi mye Silflex¹⁰ med et eller annet oppå.”

På spørsmål om de hadde retningslinjer de kunne bruke når de skulle bestemme lokalbehandlingen av sårene svarte pleierne:

”Nei, men det er det du skal vite, hva de forskjellige bandasjene gjør.”

”Vi har prosedyrer som vi kan hente ut av KvalitetsLosen¹¹. Der ligger det retningslinjer og sårprosedyrer. ... Jeg er faktisk ikke sikker på hva som står der. Det er ikke så ofte brukt.”

”Nå skal vi lage sårgruppe. Få det der litt inn. Sånn som denne Prontosanen for eksempel. Det går jo ikke inn noen steder at den ikke skal ha dagslys eller sterkt lys. Den skal helst puttes i en pose. Og ja, sånt småtteri hele veien. Da blir det kanskje litt mer fokus på sånne ting. At noen får skikkelig opplæring i at du skal ikke gjøre sånn. At Mepilex kan ligge en uke, Jelonet må helst byttes hver tredje dag. Altså, må vite litt hva.”

Jeg spurte om alle hadde kunnskap om bandasjene.

”Det er vel noen som vet litt mer enn andre. Men du vet, denne Allevynen¹² blir jo brukt til alt. Den er veldig populær. Men den er grei nok den.”

Noen ganger kunne pleierne komme til pasienter som hadde fått lagt kompresjonsbandasjen kun til midt på leggen.

”Det er ikke alle som kan det (legge kompresjon)... Det ser jeg på hvordan de har surret noen ganger. At det ikke er surret høyt nok, og ligger bare herfra til hit (viser med hånden til midt på leggen).”

¹⁰ Silflex er et produktnavn fra Advancis Medical. Det er et kontaktag av silikon for atraumatisk behandling av underlaget (hud/sårflate)

¹¹ KvalitetsLosen er et elektronisk verktøy der de ansatte blant annet kan finne retningslinjer og prosedyrer (Sande kommune).

¹² Allevyn er et produktnavn fra Smith & Nephew. Det er en skumbandasje som kan suge til seg sekresjon og skape et gunstig fuktighetsnivå i såret.

7.2.3 Kompetanse utenfor gruppen

Utenfor pleiergruppen er det også kompetanse som pleierne kan bruke. Dette er pasientens fastlege og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen blir brukt til vurdering og godkjenning av kompresjonsbehandling, og for å få henvist pasientene til spesialisthelsetjenesten eller hvis det er noe spesielt med sårene som for eksempel infeksjon. Hjemmesykepleien bruker e-link dersom det er noe de lurer på som ikke haster.

”Støttestrømper og kompresjonsbehandling skal alltid godkjennes av lege. Det er faktisk ikke alle mennesker som skal ha kompresjonsbehandling eller støttestrømper. Men det vet jeg ikke om alle tenker over egentlig. Men jeg vet det i hvert fall.”

”Intervjuer: Pasientene får sårskift hos dere, og så eventuelt oppfølging hos fastlegen. Men har dere...”

Informant: Fastlegen. Jeg vil ikke si det. Du kan si, noen har kanskje vært på poliklinikk. De får heller sykehusoppfølging. Hvis vi har noe som vi ikke får til så kontakter vi fastlegen. Vi ber fastlegen sende henvisning for eksempel til poliklinikken på sykehuset. Det er sånn det foregår. Jeg tror egentlig ikke disse fastlegene er sårspesialister.”

”Det er vel fastlegen som egentlig skal stelle sår, sies det, men det blir jo ikke gjort da. Så det blir oss, og så tar vi selvfølgelig kontakt med fastlegen hvis det er noe spesielt. Vi kontakter fastlegen fordi det er et eller annet, fordi det er infeksjon, så starter selvfølgelig fastlegen en behandling. Ellers så blir det jo ofte bare henvist videre til spesialist. Fastlegen er på en måte et bindeledd til spesialistene.”

”Min erfaring er at fastlegen ikke er så delaktig med mindre det er noe spesielt, altså hvis det er en infeksjon eller forverring av såret. Hvis ikke så går det sin gang. ... Det er sjelden, eller, vi får aldri noen prosedyre fra fastlegen”

Gjennom utredning og forordnede prosedyrer fra spesialisthelsetjenesten, og når pasientene er på kontroller, blir spesialisthelsetjenesten en samarbeidspartner og kilde til kompetanse, som hjemmesykepleien kan diskutere pasientens behandling med.

”Noen blir fulgt opp veldig godt og er på kontroller stadig vekk, og da samarbeider vi godt. Men utenom det så er det ikke så mye kontakt egentlig. Det er ikke det. Det er ganske lite.”

Det var ikke alltid at hjemmesykepleien var enig eller hadde forståelse for behandlingen spesialisthelsetjenesten forordnet.

”Nei, det har vi ikke vært enig i, for hun har stått på denne honningen i ett år ... Da må man ringe ned og diskutere, for man skal jo ikke bytte prosedyre hele tiden, og så skal man ikke bare gjøre som man selv alltid vil. Man må diskutere det med sykehuset. ... Det er liksom et samarbeid mellom legen og hjemmesykepleien, og. ... Vi har hatt store diskusjoner blant annet på dette at hun skulle skrapes så veldig ofte, med sånn kurette”

”Nå har vi fått så mye prosedyre. Vi hadde en som skulle bytte hver dag. Jeg skjønner ikke helt vitsen. ... Jeg har sagt det hele tiden, det er riv ruskende galt at du skal bruke to-lags-kompresjon, altså hver dag. Det henger jo ikke på greip. I hvert fall ikke når budsjettet ... Men jeg skjønner jo da, hvis noen har eksem. Men jeg synes det er litt rart at sykehusene - ... Liksom blitt en ny trend, har jeg inntrykk av.”

Hjemmesykepleien må forholde seg til ulike forordninger i lokalbehandling etter hvilke preferanser de ulike sykehusene har.

”Det fungerer greit, bortsett fra at hvert sykehus har jo sine greier. Et sykehus har honning, og andre har sølv. Det er liksom litt sånn.”

”Nå hadde jeg en sak igjen på fredag. Og hun kjenner ikke jeg så veldig godt. Så ser jeg at hun hadde ikke det som stod i prosedyren. Og så dro jeg tilbake til kontoret. Det var en bandasje som jeg aldri har hørt om. Hun hadde vært på sykehuset, hun her. Da ble det mye styr. Måtte ringe til sykehuset og finne noe alternative greier. Men det som er så dumt er at de som har vært der og stelt det såret skulle jo gjort dette med en gang. For egentlig er det jo et avvik., for det er en grunn til at folk får en prosedyre, så skal en jo helst følge den. Men det blir jo ikke gjort. Det er sånn småtteri hele veien.”

7.3 Kontinuitet

I datamaterialet kommer det fram to forhold som omhandler kontinuitet. Det ene forholdet er kontinuitet i behandlingen. Med det mener jeg at pasienten mottar den samme lokalbehandlingen ved hvert sårskift. Det andre er kontinuitet i pleierbesøk.

7.3.1 Kontinuitet i behandlingen

Kontinuitet i behandlingen opprettholdes på to måter. Det er gjennom dokumentasjonen ved at pleierne bruker sårprosedyrer som forteller hvordan såret skal behandles. Den andre måten pleierne opprettholder kontinuiteten på, er å forberede til neste sårskift.

Kontinuitet gjennom dokumentasjonen

Det er gjennomgående i materialet at pleierne forsøker å opprettholde kontinuitet i behandlingen. Pasientene får utarbeidet en sårprosedyre som legges inn i den elektroniske journalen. Noen pasienter har fått med seg en sårprosedyre etter at de har vært hos spesialisthelsetjenesten. Denne forekommer i skriftlig form, og ligger ofte sammen med pasientens samling av bandasjer. Hos en pasient som nylig er utskrevet fra sykehuset og som har kommet hjem med en skriftlig sårprosedyre, er kontinuiteten i behandlingen brutt.

”Ektemannen fortalte at han hadde levert en konvolutt med epikrise og sårprosedyre (sykepleiesammenfatning) til en som hadde vært der tidligere. Pleieren sa at denne hadde hun ikke sett. Han fant fram originalen og tok en kopi som pleieren fikk. Hun leste kjapt gjennom den og konstaterte at det som stod i prosedyren ikke var det som lå på.”

Pasienten hadde sist gang fått lagt på en annen lokalbehandling enn det som var ordinert. Dette førte videre til at pleieren ikke kunne legge på riktig behandling i henhold til sårprosedyren fra sykehuset ved dette sårskiftet heller da hun ikke hadde tilgang til riktig utstyr hjemme hos pasienten.

Når pleieren er ferdig med å legge på nye bandasjer på sårene til pasienten forsøker hun å gjenopprette kontinuiteten i behandlingen. *”Da hun var ferdig med å legge på ny bandasje, noterte hun ned den lokalbehandlingen som stod i sykepleiesammenfatningen. Arket som ektemannen hadde kopiert opp lot hun ligge igjen i esken med bandasjer.”* På denne måten

sikrer pleieren at riktig sårprosedyre ligger hos pasienten, og hun får med seg opplysningene tilbake til kontoret slik at hun kan gjøre klar riktig sårutstyr for neste sårskift og oppdatere opplysningene i den elektroniske dokumentasjonen.

Dokumentasjonen har flere praktiske funksjoner¹³. Den sikrer at behandlingen blir utført på samme måte hver gang. Pleierne kan ved hjelp av sårprosedyren utføre samme behandling selv om de ikke kjenner pasienten godt.

”Da har vi prosedyren foran oss . Men klart noen blir man jo godt kjent med, kjenner prosedyren godt. Andre må man ha prosedyren foran seg hele tiden.”

Dokumentasjonen sikrer at observasjoner og tiltak blir fulgt opp videre. Dersom dokumentasjonen ikke er oppdatert, så kan det falle bort.

”Jeg har opplevd at noen setter på en bandasje, og så legger de det ikke inn i tiltaket. Det er jo ikke alltid at du kler av folk liksom. Men så har de kanskje noe sår da, og så bare går det og går det. Da kan det gå fjorten dager, og så er det ingen som har sett, at de har kanskje et eller annet her på beina. For det er viktig å følge opp litt, for mange eldre har jo litt dårlig sirkulasjon og. Så det er viktig å få det der på stell med en gang.”

Den andre funksjonen dokumentasjonen har er at pleierne kan finne ut hvilke observasjoner som er gjort av såret den siste tiden ved å gå inn og lese notatene som er skrevet. Da kan pleieren skape seg et bilde av hvordan såret har sett ut i det siste. Ved å sammenligne notatene med det de observerer under sårskiftet kan de finne ut om såret har endret seg i positiv eller negativ retning.

”Jeg prøver å sjekke hvordan det (såret) har vært de to-tre siste gangene. Finne ut om det har vært noe spesielt, om det er noe man skal ha i bakhodet.

På spørsmål om når og hva de pleide å dokumentere så var det hvis det var noen endringer med såret. Dersom det ikke var noen endringer så kunne de bare signere på at de hadde vært hos pasienten og utført prosedyren. Det var sjelden at de dokumenterte mens de fortsatt var

¹³ Dokumentasjonen har også en juridisk funksjon gjennom helsepersonelloven kap 8 §39 som sier noe om helsepersonells plikt til å føre journal.

hos pasienten. Da måtte de dokumentere på PDA¹⁴, som har ganske liten skjerm. De ga uttrykk for at det var mest praktisk å dokumentere når de kunne bruke pc, så da pleide de å gjøre dette på slutten av arbeidsdagen, når de var tilbake på kontoret.

Jeg spurte om de brukte bilder for å dokumentere sårets utseende, men dette var lite i bruk. Det var også usikkerhet rundt om det kunne brukes.

”Det hender at vi bruker bilder, men det er sjelden. Vi kan legge inn bilder i Geric¹⁵, altså dokumentasjonen, for å se noen bedring eller forverring. Jeg bruker det (bilder) hvis det er noe jeg er usikker på. Istedenfor å få sårsykepleier til å komme hit (til pasienten), så kan jeg ta bilde og så ta det med på kontoret og konferere med henne eller noen andre sykepleiere der. Det er sann jeg bruker det. Men jeg vet ikke om vi får opp bilder på pda, eller om vi bare får det opp på pcen når vi sitter på kontoret. Det er jeg ikke sikker på.”

”På telefonene (PDA) kan vi ta bilde, men det må vel helst slettes. Tror ikke vi kan legge det inn i journalen. Men før så målte vi av og til, med centimetermål. Men jeg har ikke gjort det den siste tiden, men man kan jo gjøre det da.”

Kontinuitet gjennom siste behandleres forberedelser

I tillegg til at en utarbeidet sårprosedyre vil sikre kontinuiteten i behandlingen, så må pleierne ha tilgang til riktig utstyr for å få utført riktig behandling. Det er forventet at den som utfører et sårskift skal gå gjennom det utstyret som er hos pasienten og finne fram det som mangler slik at det er klart neste gang pasienten skal få sårbehandling.

”... egentlig så skal den som har vært der forrige gang ha funnet frem nytt utstyr. Det er prosedyre. Når du har vært der så skal du sjekke at det er nok utstyr der.”

Dersom alle følger opp dette vil det være tilstede det som trengs for å legge på ny bandasje. At dette ikke blir gjennomført var til stor irritasjon for pleierne. Konsekvensen av dette var at pleierne hadde svært lite bandasjer til rådighet når ny bandasje skulle legges på.

¹⁴ PDA står for personlig digital assistent. Pleierne bruker denne til blant annet å hente informasjon om pasientens vedtak, og opplysninger i pasientens elektroniske journal. (Birkeland og Flovik, 2014)

¹⁵ Geric er et elektronisk journalsystem

”Man har ikke alltid det utstyret tilgjengelig som man har på et sykehus. Noen ganger er det ikke tatt med nytt utstyr, og så kommer man ut dit og finner ut at man ikke har alt man trenger, og så må man kjøre tilbake. Det er sånne ting, at man ikke har ting så nært.”

”Det er så irriterende altså. Irriterer meg grønn på sånt. Jeg synes det er slitsomt når du ikke har det du trenger. Trenger ikke ta med så mye ut, men i hvert fall sørge for at de har – trenger ikke dygne ned med utstyr. Man kan ta med litt av gangen - at man har en rutine på det.”

At rutinen med å fylle opp med manglende utstyr var også viktig for pasientene. En pasient hadde hengt opp en stor lapp på døra. ”Husk å ta med utstyr!”

7.3.2 Kontinuitet i pleierbesøk

Den andre formen for kontinuitet som kom fram i materialet var kontinuitet i pleierbesøk. Med det mener jeg at det er den samme pleieren som kommer flere ganger og utfører sårbehandlingen hos den samme pasienten uten at det går så lang tid fra gang til gang.

Hjemmesykepleien har delt inn ansvaret for pasientene slik at det er en sykepleier som er tjenesteansvarlig og en hjelpepleier som kalles primær. Disse to er hovedansvarlig for pleien til pasienten og har ansvar for å holde tiltaksplanene oppdatert. Sykepleierne kan være tjenesteansvarlig for 20-25 pasienter. Områdene er inndelt geografisk, og de får dermed ansvar for pasienter som bor innenfor dette området. Men det er ikke slik at de kun besøker ”sine” pasienter i løpet av arbeidsdagen. De har også besøk til pasienter som andre har hovedansvar for. Pleierne omtaler dette som *”å gå på tvers”*.

Det er koordinator på kontoret som setter opp arbeidslistene og som dermed bestemmer hvem av pleierne som skal gå til hvilke brukere. Koordinator lager arbeidslistene noen dager i forveien, og omtaler jobben med å sette opp listene som *”et lappetepe”*. Det er mange hensyn som må tas avhengig av hvem som er på jobb og hva som skal gjøres. Noen oppgaver kan kun utføres av sykepleiere, som for eksempel dossering av medisiner. Noen pasienter og faglige problemstillinger skjermes mer mot at det skal komme mange ulike pleiere innom. Sårbehandling nevnes ikke som en faglig problemstilling som skjermes mot lav kontinuitet i pleier-pasientforholdet. Pleierne forteller at om det ikke er alle som utfører sårbehandling, så

er denne oppgaven fordelt ut på mange. Det som nevnes som viktig når arbeidslistene er ferdig utarbeidet, er at de er rettferdige på tid. Det er viktig at alle pleierne får noenlunde lik estimert tid ute hos pasientene. Dette kaller de *"brukertid"*.

Dette kan være utfordrende for kontinuiteten, og det utfordrer primæransvaret pleierne har til *"sine" pasienter*. Dette kom fram både i forbindelse med observasjonen og under intervjuene.

"Jeg må si at dette primærsystemet ikke fungerer helt optimalt. Det kan gå fjorten dager mellom hver gang jeg er på det området. Det er ikke så lett å holde seg oppdatert når du er litt her og litt der. Hun første som vi var hos, der hadde ikke jeg vært på flere uker. Nå var jeg der igjen i dag. Det var kanskje tre uker siden sist jeg var der."

Når vi var ute hos pasientene kunne pleierne kommentere: *"Jeg har ikke vært hos deg på en stund."*

Jeg spurte om det var annerledes å gå til andres primærpasienter enn sine egne, som pleieren var ansvarlig for.

"Ja, det gjør jeg fordi jeg kjenner mine bedre. Det er krav om at man skal være hos dem man er tjenesteansvarlig for, hvert syvende besøk, så der er jeg i hvert fall hver uke. Mens de jeg ikke er ansvarlig for kjenner jeg rett og slett ikke så godt."

Deltakerne ga uttrykk for fordeler med kjennskap til pasienten og sårprosedyren.

"Noen blir man veldig godt kjent med også, kjenner prosedyren godt. Andre må man ha prosedyren foran seg hele tiden." "Skal man gjøre det ordentlig går det fort en time, Men det er klart, hvis du kjenner pasienten og har vært der ofte, så har du rutinen."

8 Diskusjon

Sår og sårbehandling møter en i store deler av helsetjenesten, i større eller mindre grad. De fleste pasientene treffer en imidlertid i primærhelsetjenesten, hvor mange av dem mottar sårbehandling av hjemmesykepleien (Lindholm, 2012; Haram, 2003). Forskning har gitt større innsikt i hvordan sårhelingen foregår, og økt forståelse for i hva som kan skape hindringer i helingsprosessen (Langøen, 2014). Det har skjedd endringer i moderne sårbehandling de siste tiårene, med økt fokus på å renske opp i sår bunnen, begrense bakteriell byrde og benytte produkter som støtter opp om sårets egenskaper, slik at miljøet for heling blir mest mulig gunstig (Schultz m.fl, 2004; Lindholm, 2012). Det er et mål at pasienten skal oppleve en helhetlig behandling, og at behandlingen skal være faglig forsvarlig. Målene gjelder uavhengig av om pasienten blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten eller ikke, og eventuelt hyppigheten i oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Sårpasienter som ikke blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten har også krav på sårbehandling av god kvalitet (Lovdata, 1999).

Hensikten med denne studien er å belyse og forstå elementene innen sårbehandling i hjemmesykepleien. Sårbehandling utført av hjemmesykepleien foregår i pasientens hjem. Jeg hadde et ønske om å få innsikt i hvordan sårbehandlingen foregår i hjemmet.

Problemstillingen er: *”Hvilke faktorer påvirker sårbehandling i hjemmesykepleien?”*

Sårpasientens vei gjennom behandlingsapparatet er ulik. Noen behandles kun i hjemmesykepleien med fastlegen som medisinsk ansvarlig. Andre henvises fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten for utredning og kommer hjem igjen med en sårbehandling. En del pasienter henvises hjemmesykepleien etter først å ha vært behandlet i spesialisthelsetjenesten. Det er lovfestet at det er fastlegen som har det medisinske ansvaret når pasienten behandles i hjemmet. (Lovdata, 2012). Allikevel kan det være uklart hvem som uformelt tar ansvaret for behandlingen. For pasientene som er vurdert i spesialisthelsetjenesten og som skal tilbake dit for kontroll, kan det være spesialisthelsetjenesten som ønsker å ha beslutningsmyndighet i behandlingen. Men for pasienter som ikke skal tilbake til spesialisthelsetjenesten for kontroll av sine sår, så vil det formelle ansvaret ligge hos fastlegen. Hvem som uformelt tar ansvar for behandlingen og beslutninger er ikke entydig og kan være ulikt organisert i kommunene (Langøen, 2014).

Pasienten har krav på riktig og helhetlig behandling. Hvor i behandlingsskjeden sårbehandlingen foregår, skal ikke gå utover kvaliteten. Med det mener jeg at pasienten skal motta den behandlingen som er nødvendig for å få såret til å gro, enten de behandles i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, og at dersom et nivå i behandlingsskjeden ikke kan utføre behandlingen, så må pasienten henvises til et nivå som kan utføre den. Dette krever både stor kunnskap og kompetanse hos dem som utfører sårbehandling. Med riktig tilnærming, vurdering og iverksettelse av evidensbasert behandling vil sårbehandlingen bli mer effektiv (Øien, 2006).

For alle involverte parter, det vil si de som har ansvar for sårbehandlingen (i alle ledd) og pasienten, vil det *endelige målet* med sårbehandlingen være at såret skal tilhele, og at det tilheler så raskt som mulig. Dette vil gagne pasienten, som må leve med de plagene og ulempene såret medfører, og det vil gagne samfunnet, både økonomisk og ressursmessig (Øien, 2006). For dem som allikevel må leve med sår, så vil målet være at sårbehandlingen skal redusere plagene og ulempene slik at den negative effekten på livskvaliteten blir minst mulig (Lindholm, 2012).

Mine forskningsspørsmål er:

- Hvilken betydning har det at hjemmesykepleien tar ansvar for å utføre sårbehandling?
- Hvordan vil hjemmesykepleiens måte å organisere sine aktiviteter påvirke sårbehandlingen den enkelte pasient mottar?
- Hvilke vilkår forholder hjemmesykepleien seg til ved sårbehandling?

Diskusjonen organiseres etter de fremtolkede tema som er *Utfordrende arbeidsforhold, Kompetanse og Kontinuitet*.

8.1 Utfordrende arbeidsforhold

8.1.1 Pasientens hjem

Sårbehandling i hjemmesykepleien foregår i pasientens hjem. Dette har konsekvenser for sårbehandlingen. Pasientens hjem vil ha betydning for utøvelsen av sårbehandlingen. I

pasientens hjem er det ikke tilgang på hev- og senkbar behandlingsbenk eller behandlingsstol som er hensiktsmessig for den som skal utføre sårbehandlingen. Funnene i denne studien viser at utfordrende arbeidsforhold truer kvaliteten i sårbehandlingen.

Hjemmesykepleien benytter seg av de mulighetene som finnes i hjemmet. Pasienten sitter gjerne i en lenestol på stuen med foten på en skammel om dette finnes. Pleieren sitter på en krakk eller stol dersom dette er tilgjengelig. Andre pasienter ligger på sengen sin dersom det er mest hensiktsmessig for å få utført sårbehandlingen. Noen ganger fører pasientens ønsker for utforming av eget hjem til at det blir svært trange arbeidsforhold. Det blir inngått et kompromiss mellom hva som er best for pleieren og hva som er best for pasienten. Pleierne må noen ganger *”krype langs gulvet”*. Dette får ikke bare konsekvenser for sårbehandlingen, men også for pleierens egen helse. Pleierne problematiserte trange og vanskelige arbeidsforhold, men de aksepterte det også siden det var *pasientens hjem*.

Funnene viser også at pasientens hjem har betydning for hvilke lysforhold pleierne må arbeide under.

”God arbeidsbelysning skal primært gjøre arbeidsobjektene godt synlige slik at en kan arbeide lett, sikkert og hurtig uten urimelige anstrengelser” Den skal videre tilfredsstillende kravene til et akseptabelt, trivelig lysmiljø. Det er en misforståelse å tro at dette siste er en luksus”. (Bjørset, 1982, s11-12)

Observasjonene viste at lyskildene pleierne hadde til rådighet under sårstellene *var gitt*. Det var dagslys som kom naturlig gjennom vinduer, eller så kom belysningen fra de lyskildene som var tilgjengelig, som taklys og eventuelle bordlamper. Det ble ikke gjort egne tiltak for å bedre belysningen under selve sårstedet. Ingen av informantene problematiserte dette. De forklarte den dårlige belysningen med at det var pasientenes hjem, og pasientene måtte få ha hjemmet sitt slik de ønsket. Konsekvensene av de utfordrende arbeidsforholdene blir at det blir vanskelig å observere såret nøye, og det blir vanskelig å utføre sårbehandlingen etter faglige anbefalinger.

Funnene viser at det er en *akseptasjon av tingenes tilstand* blant pleierne. Det kan knyttes til en oppfatning i hjemmesykepleien om at pleierne må respektere at omsorgsutøvelsen skjer i pasientens hjem der pasienten har selvråderett, og at pleierne må tilpasse seg pasientens valg

(Birkeland og Flovik, 2014). Sårbehandlingen står på spill når hjemmesykepleien velger å ta mer hensyn til at arenaen er pasientens hjem enn til kvaliteten på utførelsen av sårstellet.

8.1.2 Manglende tilgang på utstyr

Funnene viser at tilgangen på nødvendige bandasjer og annet utstyr er viktig når pleierne er ute hos pasientene. Dersom det ikke var tilgjengelig utstyr hos pasientene, så ble mulighetene for å utføre riktig gjennomføring av sårstellet, truet. Det er derfor en forutsetning at alle følger rutinene med å gå over utstyret og legge frem det som mangler til neste gang pasienten skal ha sårbehandling. Behovet for å ta med utstyr til neste gang skulle også skrives opp i beskjedboken, som alle kunne lese på kontoret. Rutinene ble ikke alltid fulgt, og det skapte mye irritasjon.

Funnene viser behov for annet utstyr som pleierne ikke hadde tilgang til. Blant annet hadde ikke pleierne alltid tilgang på bandasjesaks, noe som utfordret hygienisk standard i sårbehandlingen. I følge hygieniske krav skal flergangsutstyr som brukes hos pasientene være pasientbundet og desinfiseres mellom hver gang det brukes (Lindholm, 2012; Gottrup og Muller, 2008) Behovet for en egnet saks som kun brukes til sårbehandlingen er åpenbar. Hvilke behov pleierne har for å utføre sårbehandling er ikke sagt eksplisitt, og hvem som har ansvar for å skaffe tilveie nødvendig utstyr og tilrettelegge for sårbehandlingen blir heller ikke tydeliggjort, verken overfor hjemmesykepleien eller overfor pasientene.

Olsvold sier at Walkers ansvarspraksiser vil inkludere at *”visse handlinger, situasjoner eller hendelser knyttes til ”human agencies” eller til institusjonelle handlingsvalg, ved at vi anser oss selv og/eller andre som mer eller mindre ansvarlig for disse.”* (Olsvold, 2010, s34)

Olsvold sier videre at *”ansvarspraksiser handler om å akseptere, nekte, forskyve eller forhandle om ansvar vi pålegges utenfra.”* (Olsvold, 2010 s34)

Sett i lys av dette kan vi si at hjemmesykepleien *unnlater å ta ansvar* for deler av de behovene pleierne selv har for å få utført sårbehandlingen. Hjemmesykepleien tar ansvar for å sørge for at pasientene har bandasjer som brukes ved hvert sårskift. Hjemmesykepleien tar også ansvar for å medbringe noen redskaper, som engangsutstyr, som kan kastes etter bruk. Men hjemmesykepleien tar *ikke ansvar* for at de har tilgang på flergangsutstyr, som må

rengjøres etter bruk. Hjemmesykepleien tar heller ikke ansvar for at omstendighetene rundt sårbehandlingen er av en slik karakter at sårstellet kan utføres optimalt. Er det hensynet til pasienten, og det at pleierne er i pasientens hjem, som får dem til å ikke avklare hvem som har ansvar for hva? En kan da stille spørsmål om hjemmesykepleien mener, at *det* at sårbehandlingen foregår i pasientens hjem, innebærer at det *egentlige ansvaret* for sårbehandlingen ligger hos pasienten. Begrenses hjemmesykepleiens ansvar for sårbehandlingen til utførelsen av selve sårstellet?

Jeg mener at det her foreligger en *stilltiende akseptasjon* av forholdene som går utover sårbehandlingen. Pleierne aksepterer dårligere belysning og ubehagelige arbeidsstillinger, og rettfærdiggjør dette ved at de er i pasientens hjem. Pleierne artikulere ikke hvilke behov de har når de skal utføre sårbehandlingen, verken overfor pasienten eller overfor leder i hjemmesykepleien. Det blir heller ikke artikulert hvem som har ansvar for å skaffe nødvendig utstyr til veie. Hvorfor blir ikke behovene artikulert eksplisitt? Dersom hjemmesykepleien mener at sårpasienten selv må ta ansvar for å skaffe tilveie nødvendig utstyr, hvorfor blir ikke dette da snakket om? Mener pleierne at ansvaret for å medbringe nødvendig utstyr egentlig burde ligge hos hjemmesykepleien, og at de derfor ikke artikulere dette overfor pasientene? Grunnen til at jeg mener at *akseptasjonen* er *stilltiende*, er at det kan synes som om de ikke snakker om dette seg imellom heller.

Det kan kanskje forklares med at hjemmesykepleie utøver sitt virke i ”skjæringspunktet” mellom det private og det offentlige. De ansatte i hjemmesykepleien trer over pasientens dørstokk og kommer ”på besøk”. Pleierne skal utøve en offentlig og profesjonell tjeneste samtidig som de er *gjest* hos pasienten. I hjemmet er det pasienten som råder (Birkeland og Flovik, 2014). Det kan tenkes å forsterke pasientens og pleiernes oppfatning av hva som er akseptabel inngripen i pasientens liv. Da blir spørsmålet hvor grensen går mellom respekten for pasientens selvråderett og faglig forsvarlig behandling.

8.2 Kompetanse

Det er et krav at pleiere i helsevesenet skal arbeide kunnskapsbasert. Det innebærer at faglige beslutninger skal baseres på relevant kunnskap fra forskning og erfaring og at pasientens preferanser vektlegges i likeverdig grad (Kunnskapssenteret).

For sårbehandleren innebærer dette at faglige vurderinger og utførelsen av sårbehandlingen baseres på kunnskap innen aktuell forskning og erfaring og at pasientens egen erfaring blir tatt hensyn til i avgjørelser som blir tatt. Dette fordrer at sårbehandleren klarer å utvise faglig skjønn (Martinsen, 2005).

I analysen kom det fram tre dimensjoner av faglig kompetanse som var viktige faktorer for sårbehandlingen som pasienten mottok. Dette var *kompetanse hos den enkelte*, *kompetanse i gruppen* og *kompetanse utenfor gruppen*. Jeg vil i det følgende diskutere disse tre dimensjonene hver for seg.

8.2.1 Kompetanse hos den enkelte

Bjørk (2002) forklarer kompetanse som *”kvalifikasjoner til å gjøre noe, eller evnen til å gjøre eller handle i et felt.”* (Bjørk, 2002, s197). Hun sier videre at kompetanse innen sykepleie omfatter *”omfang, handlinger og kvalitet”* (Bjørk, 2002, s198). Kari Martinsen (2005) sier at sykepleie ikke læres av å lese teori, men at sykepleie læres ved å erfare og ved å lære av den erfarne. Hun sier at den faglig dyktige sykepleier klarer å kombinere erfaringskunnskapen med den teoretiske og vitenskapelige kunnskapen. Kompetanse innen sårbehandling kan med dette forstås som teoretisk kunnskap innen sår, sårheling og sårbehandling, kombinert med praktisk evne til å vurdere og utføre behandlingen med tilfredsstillende kvalitet. Denne kompetansen får sykepleieren ved å utføre sårbehandling og ved å lære av den erfarne sårbehandleren kombinert med tilegnelse av teoretisk kunnskap.

Informantene hadde opparbeidet kompetanse innen sårbehandling gjennom utdanning og arbeidserfaring. De hadde lært ved selv å utføre sårbehandling i jobben alene, og de hadde lært ved å se på eller utføre sårbehandling sammen med andre. Dette er funn som støttes av annen forskning (Friman, 2014). Informantene nevnte ikke at de lærte om sårbehandling gjennom faglitteratur i form av lærebøker, aktuell forskning eller artikler. Dette betyr ikke at dette ikke er en kilde til ny kunnskap, men det kan være et tegn på at faglitteratur og forskning ikke er den første kilden til oppdatering av ny kunnskap. Tidligere forskning i pleiemiljø har vist at det ikke er vanlig å bruke faglitteratur og internettbaserte kilder i arbeidstiden for å øke kompetansen. Dette kan være kulturelt betinget, ved at det er en mer positiv holdning til å spørre medarbeidere enn å sette seg ned og lese faglitteratur for å øke

kompetansen. Det kan være praktisk betinget, ved at de praktiske arbeidsoppgavene som direkte pasientarbeid, fyller en så stor del av arbeidsdagen at det ikke er tid og rom for faglig fordypning i arbeidstiden (Brenden, 2011; Løvsletten, 2013).

Kari Martinsen (2005) legger vekt på refleksjon og å lære av *den erfarne* for å utvikle seg som sykepleier. Når pleierne arbeider alene i hjemmesykepleien vil de som oftest ikke ha en erfaren sykepleier å lære av i situasjonen. De har heller ikke umiddelbar mulighet for å konsultere eller hente inn en medarbeider i situasjoner hvor de trenger hjelp eller veiledning. Uformelle diskusjoner og formelle møter der pasientene diskuteres kan derfor være viktige arenaer for refleksjon og å lære av *hverandre og av de erfarne*. Å reflektere over egen praksis i grupper er en god måte å tilegne seg erfaringskompetanse (Martinsen, 2005).

Studien viser at møter og diskusjoner med arbeidskollegaer ikke ble regnet som en kilde til erfaringskompetanse. Men både under observasjonene og intervjuene ble uformell diskusjon med kollegaer, og formell diskusjon i forbindelse med møter, nevnt som arenaer der pasientenes sårbehandling ble tatt opp. Dersom det var noe ved pasientenes sårbehandling som ikke fungerte, så kunne dette diskuteres på kontoret. Kollektiv refleksjon er kunnskapsutviklende og helt nødvendig i utvikling av praktisk kunnskap (Jakobsen, 2005, 2012).

Når pleierne arbeider alene ute hos pasientene, så vil sykepleiedokumentasjonen, sammen med møtet med pasientene representere en metode for å lære av hverandre. Gjennom å lese dokumentasjonen, og dermed skape seg et bilde av pasienten og hvilke tiltak som skal iverksettes, så kan pleierne også lære av hverandre. Dette forutsetter imidlertid at dokumentasjonen er god. Funnene viser videre at kvaliteten på prosedyren kunne variere og var personavhengig. Dette støttes av tidligere forskning (Rønsen og Kristiansen, 2014).

Det var heller ikke rutine å gjøre regelmessig vurdering av sårutviklingen ved bruk av bilder. Mål av sårets størrelse var ikke rutine. Rønsen og Kristiansen (2014) fant i sin studie at det var variasjon i hvor tydelig pasientenes sårdiagnose kom fram i sykepleiedokumentasjonen. Dette kan få konsekvenser for pleiernes vurderinger av såret og sårbehandlingen. For å øke kvaliteten på dokumentasjonen og dermed øke kvaliteten på vurderingen og behandlingen, er det viktig at lederen skaper organisatoriske rammer og strukturer som sikrer at nødvendige opplysninger om såret og behandlingen er tilgjengelig i forbindelse med sårstedet. Dette vil

samtidig kunne øke den enkelte pleiers kunnskaper og kompetanse innen sårbehandling generelt.

En viktig del av kompetansen hos den enkelte er evnen til å utvise skjønn. Selv om pasienten har utviklet en sårprosedyre som det forventes at en skal følge, så vil det være viktig at sårbehandleren kan vurdere såret og hvilken effekt behandlingen har, og se dette i sammenheng med pasientens helhetssituasjon. Et sår vil ikke være statisk, og pasientens situasjon vil ikke være den samme hele tiden (Langøen, 2014). Pleierens evne til å utvise skjønn vil derfor være viktig. Et godt skjønn fordrer gode kunnskaper som inkluderer både teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap.

Martinsen (2005) sier:

”Den opplysende tanke som kommer som et innfall, er en følge av konsentrert arbeid og det å holde tiden fast i det en holder på med. Det dreier seg også om å la noe ligge, for å komme tilbake til det på en annen måte. Vi skal ikke nødvendigvis løse alle oppgaver på en gang, da bestemmes vi lett av formålet. Men kan vi derimot være åpne for omveier som kan gi oss innsyn i og utsyn over det vi holder på med, kan det være omveienes vei til en løsning” (Martinsen, 2005, s122).

Slik jeg forstår Martinsen her, så dreier skjønnet seg om mer enn bare evnen til å utvise skjønn direkte i den situasjonen pleieren står i. Det dreier seg også om evnen til å reflektere og undre seg etterpå, og ta denne undringen med seg tilbake neste gang pleieren besøker pasienten.

8.2.2 Kompetanse i gruppen

Det neste dimensjonen av kompetanse som kom frem i analysen var *kompetanse i gruppen*. Kompetanse i gruppen er en form for *kollektiv kompetanse* der enkeltindividene inngår i systemene og relasjonene som omfatter dem og pasientene (Orvik, 2015). Pleierne i hjemmesykepleien besøker mange pasienter, og pasientene får besøk av mange ulike pleiere (Gjevjon, 2013). Når de ulike oppgavene blir fordelt ut på et stort antall medarbeidere, så vil pasienten bli behandlet av pleiere med ulikt kompetansenivå innen de ulike problemstillingene (Bing-Jonsson, 2016). Funnene viser at sårstell er en oppgave som blir fordelt på mange. En konsekvens av dette er at hver enkelt pleier utfører færre sårskift, og

dermed får mindre trening (Gottrup, 2008). Dette får konsekvenser for den enkeltes mulighet for å tilegne seg kompetanse innen sårbehandling, og det fører til at en pasient med sår vil få behandling av pleiere med varierende kunnskap om sår og sårbehandling. Dette vil få konsekvenser for kvaliteten på den pleien og behandlingen pasienten mottar (Løvsletten, 2013).

Funnene viser at de som utfører sårbehandling har ulikt kompetansenivå. Dette kom frem på ulike måter. Det varierende kompetansenivået viste seg ved manglende kunnskap om hvordan de ulike bandasjene skal brukes, noe som kunne føre til at bandasjene ble lagt på feil måte. Det finnes en stor mengde ulike bandasjer og andre sårprodukter, og det utvikles stadig nye produkter. Det kan være utfordrende å ha oversikt over hvordan alle produktene skal brukes. Det anbefales derfor at hjemmesykepleien har et utvalg produkter som alle som utfører sårbehandling har god oversikt over (Langøen, 2014; Lindholm, 2012). Dette kan sikres ved å ha en skriftlig oversikt over tilgjengelige produkter.

Et sår er ikke statisk gjennom perioden fra det oppstår og til såret er tilhelet. Det vil gå gjennom de ulike opprensknings- og tilhelingsfasene, som tidligere er beskrevet. Mange pasienter vil også oppleve at tilhelingen stagnerer, at såret i perioder kan forverres og at komplikasjoner med for eksempel infeksjon oppstår. Mange pasienter vil også oppleve at tilstedeværelsen av såret vil ha negative konsekvenser for deres livsførsel og livskvalitet (Upton og Andrews, 2007; Lindholm, 2012). Det er derfor viktig at sårbehandleren kan observere såret og hvordan behandlingen påvirker pasienten, og at sårbehandleren kritisk kan vurdere den behandlingen som gis for å finne den lokalbehandlingen som er best egnet for pasienten og såret. Da er det viktig at sårbehandleren har god oversikt over tilgjengelige produkter.

Mye tyder på at det forventes at dette er kunnskap hver enkelt *"skal vite"*. Når det er mange ulike personer som utfører sårbehandling, og det forventes at kunnskap om sårbehandling og de ulike produktene er *"noe du skal vite"* så truer det kvaliteten på sårbehandlingen. Det er mange ulike pleiere som utfører sårbehandling og studien viser at ikke alle har tilstrekkelig kunnskap i tråd med det som trengs for at sårbehandlingen skal være optimal.

Pleierne bruker kompetansen som er i gruppen til å diskutere og evaluere sårbehandlingen til den enkelte pasient. De kan diskutere pasientene på fellesmøter med de andre pleierne. Dette

kan tolkes som bruk av *medskjønnere* slik Bjørk (2002) beskriver. For at *medskjønnere* skal *skjønne med*, er det viktig at de har forståelse for problemstillingene. Da kan diskusjonene i gruppen danne grunnlag for refleksjon som både kan tas med tilbake til den aktuelle pasienten, og som kan danne grunnlag for bedre skjønnsmessig vurdering av en ny pasient i en ny situasjon senere (Bjørk, 2002; Martinsen, 2005). Funnene viser at sårsykepleierne som jobbet i hjemmesykepleien var en viktig kilde til kompetanse i gruppen. De ble brukt til råd og refleksjon i formelle og uformelle møter. De kunne i tillegg være med ut til pasienten dersom det var nødvendig. Sårsykepleierne ble også brukt til å holde kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Dette viser at kompetansen hos den enkelte pleier og dermed kvaliteten i utført sårbehandling, ikke er uavhengig av den *kollektive kompetansen* som er representert i gruppen. De organisatoriske rammene og prosessene rundt behandlingen er en del av faginnholdet i profesjonsutøvelsen (Orvik, 2015). Ved å skape *strukturer* som fremmer den kollektive kompetansen, vil den enkeltes kompetanse samtidig øke, og bevisst bruk av den kompetansen som finnes i gruppen, vil skape god kontinuitet og dermed en mer helhetlig behandling (Jakobsen, 2005).

8.2.3 Kompetanse utenfor gruppen

Sårbehandling er en medisinsk behandling som fastlegen har det medisinske ansvaret for (NIFS) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Den praktiske utførelsen av behandlingen er delegert til hjemmesykepleien. Den fremste samarbeidspartneren utenfor pleiegruppen forventet jeg skulle være pasientens fastlege. Men jeg hadde en mistanke om at fastlegen ikke var særlig delaktig i behandlingen.

Funnene viser at pleierne tok kontakt med fastlege når det var noe spesielt som for eksempel at pasientens sår var infisert eller forverret. Fastlegen ble beskrevet mer som en koordinator for henvisning til spesialisthelsetjenesten, enn som en kilde til kompetanse innen sårbehandling. Mye tyder på at tiltroen til fastlegen, som den som har kunnskap om sårbehandling, er varierende. Selv om fastlegen er medisinsk ansvarlig, ser det ut til at fastlegen mer har en koordinatorrolle. Konsekvensen av dette er at det ikke er umiddelbar tilgang på medisinsk kompetanse i sårbehandlingen som foregår hjemme hos pasienten.

Jeg mener at dette er en form for *ansvarspraksis* slik Olsvold (2010) beskriver i sin avhandling. Fastlegen, som har det formelle ansvaret for behandlingen, delegerer, overlater og forskyver dermed ansvaret for behandlingen over på hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien tar på seg et ansvar for en behandling uten at beslutningsmakten som ligger i den medisinske kompetansen, følger med. Den medisinske kompetansen er nødvendig for en helhetlig og fleksibel behandling og oppfølging. Konsekvensen av denne *ansvarsforskyvningen*, er at den medisinske ekspertisen, som kan være nødvendig å ha tilgang til, skyves vekk fra pasienten og sårstedet, hvilket får konsekvenser for kvaliteten på sårbehandling. Selv om fastlegen velger å delegerer ansvaret for behandlingen fra seg selv til hjemmesykepleien, så vil fastlegen allikevel beholde beslutningsmakten over avgjørelser som krever medisinsk kompetanse.

Et eksempel på dette er dersom pleieren observerer at et sår er hypergranulert. Noen ganger kan det da være nødvendig å behandle hypergranuleringen med sterk kortisonsalve (Bosanquet, 2013). For å få tilgang på kortisonsalve, så må pleieren ta kontakt med legen.

Olsvold (2010) viste i sin studie at terskelen for å ta kontakt med lege kunne være høy, og at legene kunne oppfatte en del spørsmål fra sykepleierne, som ”mas”. Til forskjell fra sykehus, så har ikke pleierne i hjemmesykepleien noen møter med fastlegene i form av visitt. Kontakt med fastlegene begrenser seg til tilfeldig telefonkontakt, e-link eller at pasientene får en legetime. Samarbeid med fastlegen begrenses av manglende fysisk tilstedeværelse. Funnene viser at fastlegenes interesse for sårbehandling og at pleiernes forventning om fastlegenes kompetanse innen sårbehandling, er lav. Hvis pleierne samtidig har en høy terskel for å kontakte lege ved spørsmål, så kan det få konsekvenser for de skjønsmessige vurderingene og avgjørelsene som må tas i sårbehandling. Fravær av medisinsk ekspertise begrenser pleierens handlingsrom til de tiltakene hjemmesykepleien selv råder over. Dette begrensede handlingsrommet kan føre til gale valg og kanskje for sent iverksatte nødvendige tiltak. Konsekvensen kan bli forsinket sårtilheling.

Pasientene henvises fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten for utredning, og pasientene kommer tilbake med en forordnet behandling. Dette gjør spesialisthelsetjenesten til en viktig samarbeidspartner og en viktig kilde til kompetanse innen sårbehandling. Dette var også et funn Frimann (2011) gjorde. Helsepersonell som jobber innen en fagspesialitet i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel sårbehandling, får anledning til å tilegne seg mer

spesialistkunnskap innen dette ene fagfeltet. Pleierne i hjemmesykepleien har et bredt kompetansebehov fordi de yter pleie og behandling til mange ulike pasienter med ulike sykdomsbilder (Bing-Jonsson, 2016). De ansatte i hjemmesykepleien har dermed et større behov for å være generalister, selv om noen av dem kan ha spesialistkunnskap. Pleierne i hjemmesykepleien benytter seg av muligheten for diskusjon og kontakt med spesialisthelsetjenesten for å dra nytte av kompetansen spesialisthelsetjenesten besitter. Funnene viser at det tar tid å nå frem til rett person, og at det ikke alltid er tid til dette når pleierne er ute hos pasienten. E-link er en aktuell kommunikasjonskanal, men da må pleierne vente på svar. Funnene viste at sårsykepleierne var oftest de som kommuniserte med spesialisthelsetjenesten.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien er ønsket for å gi en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for pasienten (Samhandlingsreformen, St.meld nr 47, 2008-2009). Men forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien er preget av et hierarkisk maktforhold der spesialisthelsetjenesten kan ha definisjonsmakt over hva hjemmesykepleien skal utføre. Hjemmesykepleien kan få en opplevelse av at de bare må ta imot, og at de ikke kan begrense inntaket av pasienter (Tønnesen m.fl, 2016; Birkeland, 2014).

Dette synes å skape utfordringer for sårbehandlerne i hjemmesykepleien, for de utfører sårbehandling til pasienter som får oppfølging i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er delt inn i ulike fagspesialiteter, som kan ha egne preferanser innen sårbehandling. Konsekvensen er at hjemmesykepleien må forholde seg til ulike prosedyrer og metoder, alt etter hva den enkelte avdeling i spesialisthelsetjenesten foretrekker. Funnene viser at dette fører til irritasjon og manglende forståelse for forordnet behandling, og det kan føre til konflikter og uenighet i hvordan pasientens sår skal behandles.

Informantene erfarer at spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig for konsultasjon hvis den og hjemmesykepleien samarbeider i behandlingen om pasienten. Dersom pasienten ikke følges opp i spesialisthelsetjenesten så er det lite kontakt, til tross for at det er et krav i samhandlingsreformen at det skal være kunnskap- og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet). Konsekvensen av dette er at en viktig kompetansekilde rundt

pasientenes sårbehandling ikke anvendes hos pasienter som ikke blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten.

Her mener jeg også at det foreligger en *stilltiende akseptasjon*. Hjemmesykepleien aksepterer at fastlegen trekker seg unna og forskyver ansvaret for sårbehandlingen over på dem, uten at de artikulere sitt behov for en medisinsk beslutningsmyndighet. De aksepterer også at kompetanse skyves vekk fra pasienten og sårbehandlingen når verken fastlege eller spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig.

Hvorfor aksepterer hjemmesykepleien å påta seg ansvaret for en behandling uten at de har tilgang på nødvendig kompetanse eller medisinsk beslutningsmyndighet? Kan dette ha rot i samme årsak som at nødvendig flergangsutstyr, ikke er tilgjengelig? Mener hjemmesykepleien at det er pasienten som har ansvar for fremdrift i sårbehandlingen, og at pasienten selv har ansvar for å ta initiativ til kontakt med fastlegen når det er nødvendig? Eller er den *stilltiende akseptasjonen* et tegn på resignasjon? Pleierne har mulighet til å gjøre de skjønnsmessige tiltakene de mener er nødvendige innenfor det handlingsrommet de opplever at de har, og så ”sparer de” kontakten med lege til ”*noe spesielt*”. Hvis pleierne opplever at det er tungvint å få tak i fastlege eller spesialisthelsetjenesten, og at de opplever at det ikke er støtte i organisasjonen for dette samarbeidet, kan dette føre til at pleierne resignerer (Friman m.fl, 2011).

Den *stilltiende akseptasjonen* kan muligens også forstås som et resultat av roller og kultur. Organiseringen av helsevesenet og systemet rundt har betydning for om pleierne har mulighet til å yte den pleien pasienten trenger. Pleierne og legene sosialiseres inn i roller i dette systemet. Det innebærer også at man blir sosialisert inn i en kultur med formelle og uformelle verdier (Norvoll, 2002). Sett i lys av dette så kan det tenkes at pleierne i hjemmesykepleien ikke tenker over problemet. Sårbehandling er ikke noen ny oppgave som er delegert fra legen til pleierne i hjemmesykepleien. Dette er en oppgave de har hatt i lang tid (Langøen, 2014). Da kan det tenkes at de på grunn av en kulturell forståelse av hva som forventes at de skal utføre, *aksepterer stilltiende*.

Dette viser at lederen her må utvise *dobbeltkompetanse* slik Orvik (2015) beskriver. Lederen må ta hensyn til den kollektive kompetansen i sin totale utstrekning, og skape organisatoriske rammer og strukturer som tar høyde for at pleierne har en varierende kompetanse innen

fagfeltet. Dette kan gjøres ved å benytte seg av retningslinjer og veiledere innen sårbehandling og ved tydelig beskrivelse av hvem som har ansvar for de ulike beslutningene som må tas i behandlingsforløpet (Langøen, 2014; Greatrex-White og Moxey, 2015). Lederen må også problematisere samarbeidet med fastlegen slik at de konkrete ansvarsforhold avklares.

8.3 Kontinuitet

Kontinuitet gjennom behandlingsforløpet er et tegn på, og en forutsetning for *kvalitet* i tjenesten. Tjenestene som utføres skal være virkningsfulle og trygge. De skal være samordnet, tilgjengelig og ha god kontinuitet (Orvik, 2015). Funnene viser to nivåer av kontinuitet. Det ene nivået er *kontinuitet i behandlingen*. Med det mener jeg at pasienten mottar samme sårbehandling hver gang såret skiftes på. Det andre nivået er kontinuitet i *pleierbesøk*. Med det mener jeg at det er samme pleier som kommer og utfører sårbehandling hos pasienten, eller at pleieren kommer relativt hyppig til samme pasient. Jeg vil beskrive disse hver for seg.

8.3.1 Kontinuitet i behandlingen

En helhetlig og konsistent sårbehandling er avgjørende for et godt resultat (Langøen, 2014; NIFS) I følge lov om helsepersonell kap 8 §39 er helsepersonell pålagt å føre pasientjournal, og etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kap 7 §7-1 er helsepersonell pålagt å utarbeide en individuell plan for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dersom pasienten har behov for tjenester fra andre, så skal helsepersonell samarbeide om planen. Målet er at pasienten skal motta en helhetlig tjeneste (Lov om pasient- og brukerrettigheter).

Dokumentasjonssystemet har to funksjoner. Den første og mest innlysende funksjonen er å sikre kontinuitet i behandlingen. Formålet med sykepleiedokumentasjon er, i tillegg til å ha en juridisk funksjon (Lov om helsepersonell), å sikre kvalitet, kontinuitet og sikkerhet i pleien for pasienten. Dette gjøres ved å identifisere mål og tiltak i en pleie- eller tiltaksplan, og å evaluere resultatene av pleien som blir gitt (Gjevjon, 2010). For å oppnå god vurdering og behandling er det viktig at sårets diagnose og tilstand beskrives, at lokalbehandlingen er tydelig og at sårets evaluering er så god at neste sårbehandler kan foreta vurderinger av faglig god kvalitet (Langøen, 2014).

Denne studien viser at informantene jobbet for å opprettholde kontinuitet i behandlingen. I retningslinjene fra NIFS poengteres det at det er viktig at forordnet behandling følges opp, og at den brukes i fire uker for å kunne vurdere effekten. Informantene påpekte også at det var viktig at den forordnede behandlingen skulle følges. Dette ble understøttet ved å utarbeide prosedyrer i den elektroniske journalen, ved å la skriftlig prosedyre ligge tilgjengelig sammen med pasientens bandasjer og utstyr, og ved å være nøye med å gå gjennom det utstyret pasienten hadde og legge fram utstyr som manglet til neste gang. Gjennom å ha en tydelig prosedyre og tilgjengelig utstyr sørger pleierne for at sårbehandlingen kan gjennomføres riktig også neste gang pasienten får sårstell.

Funnene viser imidlertid at rutinene for å opprettholde kontinuitet i behandlingen ikke alltid ble fulgt og at dette skapte irritasjon. Informasjonen prosedyren ga kunne variere og måten den var utformet på var personavhengig. Rønsen (2014) fant i sin studie at det var variasjon i hvor tydelig pasientenes sårdiagnose kom fram i sykepleiedokumentasjonen. For å følge sårutviklingen og effekten av behandlingen anbefales det at sårene måles regelmessig og at det blir tatt bilder av sårene (Lindholm, 2012; Langøen, 2014; NIFS). Observasjonene viser at regelmessig vurdering av sårutviklingen ved bruk av bilder og mål av sårets størrelse var lite i bruk. Dette kan få konsekvenser for pleiernes vurderinger av såret og sårbehandlingen.

For å øke kvaliteten på dokumentasjonen og dermed øke kvaliteten på vurderingen og behandlingen, er det viktig at lederen skaper organisatoriske rammer som sikrer at nødvendige opplysninger om såret og behandlingen er tilgjengelig i forbindelse med sårstellet. Pleierne i hjemmesykepleien arbeider i stor grad alene ute hos pasientene. Det betyr at hver pleier må ta medansvar for å opprettholde kontinuiteten i behandlingen. Når pleierne tar dette ansvaret viser det at pleierne utviser selvstendighet og evne til selvledelse.

8.3.2 Kontinuitet i pleierbesøk

Hjemmesykepleien bør ifølge Orvik (2015) fordele ansvaret for pasientene etter *objektprinsippet*, der det er en primærsykepleier som sammen med en primærhjelpepleier har det helhetlige ansvaret for pasienten. Tanken bak denne type organisering av pleie- og omsorgstjenester, er at det vil gi en begrensning i antall personer som pasienten må forholde seg. Denne begrensningen anses som gunstig. Objektprinsippet vil også gi en tydeligere

ansvarsfordeling for den totale pleien som ytes (Orvik, 2015). Men på grunn av arbeidstidsorganisering som turnus, ulike andre organisasjonsmessige prioriteringer og hensyn mellom pasientgrupper, så synes dette å være vanskelig å gjennomføre i praksis. Resultatet blir at pasientene allikevel må forholde seg til mange ulike pleiere til tross for at pleietjenesten i utgangspunktet er organisert etter prinsippet om primærsykepleie (Gjevjon, 2013; Olsvold, 2010).

Dårlig kontinuitet i relasjonen mellom pleier og pasient kan true oppfølgingen av sårbehandlingen ved at det skapes usikkerhet rundt hvem som har ansvar for behandlingen (Orvik, 2015). Det truer også den enkeltes mulighet for å anvende sin erfaringskunnskap i utførelsen av sårstell (Gottrup og Muller, 2008). Til tross for at det på den ene gruppen er en sårsykepleier som følger opp sårpatientene, viser funnene i denne studien at det er mange som utfører sårbehandling hos samme pasient, og at kontinuiteten i pleierbesøk derfor kan være dårlig. Dårlig kontinuitet i pleierbesøk kan true kontinuiteten i behandlingen. Vurderingene pleierne gjør får de sannsynligvis ikke mulighet til å følge opp selv. Dette får konsekvenser for muligheten for den enkelte til å anvende sitt kliniske skjønn og for oppfølgingen av sårbehandlingen. Det faglige skjønn er mer enn det skjønn som utøves direkte i den enkelte situasjon. Skjønn utvikler seg også ved refleksjon og ettertenksomhet, og dette kan tas med inn ved neste sårstell (Martinsen, 2005; Alvsvåg, 2002).

Dårlig kontinuitet i pleierbesøk fører til at den skjønnsmessige vurderingen hos den enkelte pleier blir brutt. Den videre oppfølgingen er avhengig av at behandlingen og videre oppfølging dokumenteres i pasientens journal, og at beskjeder formidles videre til den neste som skal utføre sårstellet. Et system som ikke legger opp til kontinuitet skaper risiko for at vurderinger som gjøres, ikke blir fulgt opp ved neste sårstell. Konsekvensen er at organiseringen i seg selv utgjør en trussel mot kvalitet i sårbehandlingen.

Det fører også til konsekvenser for pleiernes muligheter til skjønnsmessige vurderinger mens de utfører sårbehandling hos pasienten. Pleiernes handlingsrom for skjønnsmessige beslutninger vil være begrenset av hvilke faglige vurderinger og hvilke praktiske forberedelser sårbehandleren *før* dem, har gjort. Dette innebærer at hver enkelt pleier som utfører sårbehandling må inneha en "*dobbeltkompetanse*" med våkenhet mot hvilke organisatoriske grep som må tas for å sikre kontinuiteten i den videre behandlingen (Orvik, 2015). Ved at pleieren tar et individuelt ansvar for at kontinuiteten opprettholdes, vil pleieren

også sørge for at den neste pleieren kan utføre sårbehandlingen. Når sårbehandlren gjør gode faglige vurderinger, og sørger for at dette formidles videre til den neste, så vil sårbehandleren øke den nestes handlingsrom til å utøve faglig skjønn.

Når organisering etter *objektprinsippet* med primærsykepleie i praksis fungerer så dårlig som det synes å gjøre, så kan en sette spørsmålstegn ved om det kun er på papiret at hjemmesykepleien har primærsykepleie. Da kan en samtidig spørre seg om det er riktig å inkludere sårbehandlingen i den store sekken med pleieoppgaver som hjemmesykepleien generelt utfører. Ved å organisere sårbehandlingen etter *funksjonsprinsippet* vil sårbehandlingen bli utført av færre pleiere (Orvik, 1015). Dette vil samle ansvaret for sårbehandlingen på færre pleiere og øke disse pleiernes kunnskap og erfaringskompetanse, noe som sannsynligvis vil bedre den helhetlige oppfølgingen og den faglige kvaliteten i sårbehandlingen.

8.4 Klinisk ledelse innen sårbehandling

Ledere i kliniske virksomheter har mandat til å avgjøre og påvirke hvilke faglige standarder virksomheten skal drives innen (Orvik, 2015). Her vil etikk og profesjonelle retningslinjer være viktig (Busch, 2012). Ledere i hjemmesykepleien har ansvar for arbeid som de ikke har direkte innsyn i fordi pleierne jobber alene ute hos pasientene. Dette gir spesielle utfordringer i hvordan de utøver ledelsen av medarbeiderne, og det kan fordre at pleierne er i stand til å utøve selvledelse (Orvik, 2015).

Selvledelse baserer seg på at den enkelte medarbeider har innflytelse over eget arbeid og utfører arbeidet ut fra de verdimeslige målene organisasjonen har. Det innebærer at pleieren har et selvstendig handlingsrom, indre motivasjon og selvkontroll over arbeidet som utføres. Gjennom selvledelse får medarbeideren mulighet til å ta mye ansvar, og det vil skape og kreve selvstendige, kreative og myndiggjorte medarbeidere, som opplever tillit, mestringsevne, innovasjon og organisasjonstilhørighet. I hjemmetjenesten kan imidlertid tidspress og stor regelstyring gjennom prosedyrer og dokumentasjon hindre muligheten for selvledelse (Busch, 2012).

Selvledelse innen sårbehandling i hjemmesykepleien kan være egnet. Sårbehandling fordrer stor kunnskap og kompetanse. Det krever en behandler som har evne, kunnskaper og

handlingsrom til å utøve skjønn, og som har evne til ansvarlighet overfor pasienten. Sårbehandlingen er delegert fra legen og oppfølgingen derfra erfares varierende. Pleierne bruker pasientens fastlege i liten grad annet enn hvis det er ”noe spesielt”. Det innebærer at et stort ansvar *forskyves* fra fastlegen over på hjemmesykepleien. Det er en form for *ansvarspraksis*, der hjemmesykepleien tar et uformelt ansvar for sårbehandlingen. Når hjemmesykepleien tar dette ansvaret, så innebærer det at de får et sett av forventninger rettet mot seg. Da er det viktig at hjemmesykepleien viser *ansvarlighet* ved også å være kritisk til de rammebetingelsene som de må arbeide under og som begrenser pleien (Martinsen, 2005; Olsvold, 2010; Orvik, 2015). Det krever selvstendige pleiere som har kompetanse til å vurdere hvilke organisatoriske faktorer som påvirker den faglige kvaliteten i pleien, og som har evne til å si i fra om dette. Dette fordrer pleiere som innehar *dobbeltkompetanse*.

Dette krever samtidig en leder som kan legge til rette for at pleieren som behandler sårpatienten har en reell mulighet for å ta dette ansvaret. Dette fordrer igjen at lederen har innsikt i hva sårbehandling innebærer, og etterspør hva pleieren har behov for, faglig og organisatorisk. Ved å følge opp sårbehandleren viser lederen interesse for hvordan pleieren opplever ansvaret for behandlingen, og det viser at lederen har tillit til pleieren (Jakobsen, 2015). Det innebærer at lederen regelmessig og systematisk etterspør hvilke utfordringer pleieren møter hos den enkelte sårpatient, og at lederen legger til rette for at pleieren har kunnskaper, har handlingsrom til å ta ansvar og har mulighet til å påvirke eget arbeid. Det innebærer også at lederen setter grenser for hva hjemmesykepleien faktisk kan ta ansvar for.

Hjemmesykepleien har tradisjonelt utført sårbehandling på pasienter (Langøen, 2014). Det er ikke noe som er nytt etter samhandlingsreformen. Men det har skjedd store endringer i sårbehandling de siste årene, og det er blitt mer vanlig i spesialisthelsetjenesten med mer avansert og mer aggressiv behandling av sår. Dette vil sannsynligvis få følger for hjemmesykepleien siden mange sårpatienter ikke har behov for innleggelse i sykehus. For eksempel blir det stadig mer vanlig med vakuumbehandling av sår i sykehus. Dette er en behandling som fører til at pasienten kun får utført sårstell et par ganger i uken. Mange av disse pasientene kan bo hjemme. Men behandlingen er avansert, og den krever både kunnskap og kompetanse i utførelse og håndtering av utstyr, og den krever kunnskap om begrensinger i behandlingen (Lindholm, 2012). Dette vil medføre at lederen må sørge for arbeidsmessige akseptable forhold med tilgang til nødvendig utstyr. Det vil også medføre at lederen må sørge for at sårbehandlerne har nødvendig kunnskap og kompetanse til å utføre

behandlingen, og det må føre til at kontinuiteten i pleierbesøk må bedres. Samtidig må lederen ta høyde for at pasienten kan ha behov for oppfølging og hjelp fra hjemmesykepleien når den primære sårbehandleren ikke er tilstede. Dette vil føre til at det må være tydelig og faglig begrunnede rammer og strukturer rundt pasientens behandling for å sikre at det finnes kompetanse tilgjengelig dersom den primære behandleren ikke er tilstede.

9 Konklusjon

Hensikten med studien er å belyse og forstå elementene innen sårbehandling i hjemmesykepleien. Jeg har hatt et ønske om å få innsikt i hvordan sårbehandlingen foregår i hjemmet. Problemstillingen var: ”Hvilke faktorer påvirker sårbehandling i hjemmesykepleien?”

Analysen viser tre hovedfaktorer som har betydning for sårbehandling i hjemmet. Disse faktorene er *utfordrende arbeidsforhold, kompetanse og kontinuitet*. Inspirert av Nina Olsvolds (2010) tolkning av Margareth Urban Walkers (1948-) begrep *ansvarspraksiser* og ved å bruke teori om organisering av helsetjenester (Orvik, 2015; Busch, 2012) samt teori om kompetanse og skjønn (Alvsvåg, 2002; Bjørk, 2002; Martinsen, 2005), har jeg forsøkt å belyse og forstå hvordan faktorene har betydning for sårbehandlingen.

Den første faktoren som påvirker sårbehandling i hjemmesykepleien er utfordrende arbeidsforhold. Pasientens hjem og manglende tilgang på utstyr gir utfordringer for gjennomføringen av sårbehandlingen. Behovene som oppstår i forbindelse med sårbehandlingen artikuleres ikke. Pleierne unnlater å ta ansvar for deler av behovene de selv har i forbindelse med sårstellet. Samtidig artikulerer ikke pleierne hvem som har ansvar for å sørge for at nødvendig utstyr eller andre behov blir møtt, verken overfor sin egen leder eller overfor pasientene. Det er en *stilltiende akseptasjon av tingenes tilstand*.

Analysen viste at det er tre nivåer av kompetanse. Disse nivåene er kompetanse hos den enkelte, kompetanse i gruppen og kompetanse utenfor gruppen. I tillegg til at kompetansen til den enkelte er viktig i forbindelse med gjennomføringen av sårbehandling, så inngår den enkeltes kompetanse i den *kollektive kompetansen* som finnes i gruppen. Gjennom dokumentasjon, refleksjon og diskusjon sammen med medarbeidere, økes den enkeltes kompetanse og gruppens samlede kompetanse. Kompetanse utenfor gruppen er det fastlege og spesialisthelsetjenesten som besitter. Fastlegen har mer en koordinatorrolle enn medisinsk kompetansekilde, og overlater sårbehandlingen til hjemmesykepleien. Dette fører til en forskyving av medisinsk kompetanse vekk fra pasienten og sårstellet. Spesialisthelsetjenesten er en viktig kompetansekilde for hjemmesykepleien og for pasienten. Men samarbeidet med

spesialisthelsetjenesten begrenser seg til felles pasienter. Det fører til at en viktig kompetansekilde blir borte for pasienter som ”bare” følges opp av hjemmesykepleie og fastlege. Det er en *stilltiende akseptasjon* av at ansvaret for sårbehandlingen forskyves over på hjemmesykepleien samtidig med at medisinsk kompetanse skyves vekk fra pasienten.

Den siste faktoren som påvirker sårbehandlingen i hjemmesykepleien er kontinuitet. Analysen skiller mellom kontinuitet i behandlingen og kontinuitet i pleierbesøk. For å opprettholde kontinuitet i behandlingen er dokumentasjonssystemet avgjørende. Den enkelte pleiers skjønnsmessige vurdering kan lett blir brutt (Martinsen, 2005). Det er viktig at hver enkelt pleier tar sitt individuelle ansvar for å opprettholde kontinuiteten. Ved lav kontinuitet i pleierbesøk kreves det at pleierne innehar en *dobbeltkompetanse*. Gjennom innsikt i organisasjonens rammer og strukturer, kan pleierne opprettholde kontinuiteten i behandlingen selv om de personlig ikke får fulgt opp pasienten. Organisatorisk kontinuitet i behandlingen er et tegn på *faglig kvalitet* (Orvik, 2015).

De ansatte i hjemmesykepleien arbeider stort sett alene. Det fører til at ledere i hjemmesykepleien har spesielle utfordringer ved at lederen ikke har direkte innsyn i medarbeiderens arbeid (Orvik, 2015). Med selvledelse får pleieren ansvar og innflytelse over eget arbeid. Det innebærer at pleieren har et selvstendig handlingsrom. Selvledelse kan skape kreative og selvstendige medarbeidere som tar ansvar og viser ansvarlighet (Busch, 2012) Det fordrer at leder skaper gode rammer og strukturer for arbeidet i hjemmesykepleien. Og det fordrer at leder viser tillit og interesse for pleieren ved å etterspørre hvilke utfordringer pleieren møter i sitt daglige arbeid.

Litteraturliste

1. 47 Smn. Samhandlingsreformen regjeringen.no: Det kongelige helse- og omsrogsdepartement; 2008-2009 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>].
2. Alvsvåg H. Klinisk skjønn. In: Bjørk ITH, Sølvi; Nordtvedt, Finn, editor. Møte mellom pasient og sykepleier. 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002.
3. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjork IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs*. 2016;15:5.
4. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
5. Bjørk IT. Kompetanse i sykepleie. In: Bjørk ITH, Sølvi; Nordtvedt, Finn, editor. Møte mellom pasient og sykepleier. 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002.
6. Bosanquet DC, Rangaraj A, Richards AJ, Riddell A, Saravolac VM, Harding KG. Topical steroids for chronic wounds displaying abnormal inflammation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013;95(4):291-6.
7. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*. 2005;366(9498):1719-24.
8. Bredesen IM, Bjoro K, Gunningberg L, Hofoss D. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):149-56.
9. Brolmann FE, Ubbink DT, Nelson EA, Munte K, van der Horst CM, Vermeulen H. Evidence-based decisions for local and systemic wound care. *Br J Surg*. 2012;99(9):1172-83.
10. Busch T. Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
11. Fangen K. Deltakende observasjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
12. Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care in primary health care: District nurses' needs for co-operation and well-functioning organization. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24(1):90-9.
13. Friman A, Wahlberg AC, Mattiasson AC, Ebbeskog B. District nurses' knowledge development in wound management: ongoing learning without organizational support. *Prim Health Care Res Dev*. 2014;15(4):386-95.
14. Friman A, Klang B, Ebbeskog B. Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(3):426-34.
15. Gethin G, Cowman S, Kolbach DN. Debridement for venous leg ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015;9:Cd008599.
16. Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs*. 2013.
17. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjøs BØ, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag*. 2013(21):182-90.
18. Gottrup F, Karlsmark T. Sår - baggrund, diagnose og behandling. København: Munksgaard Danmark 2008.

19. Gottrup F, Muller K. Almene sårbehandlingsprinsipper. In: Gottrup F, Karlsmark T, editors. Sår, baggrund, diagnose og behandling. 2. København: Munksgaard Danmark; 2008.
20. Greatrex-White S, Moxey H. Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. *Int Wound J.* 2015;12(3):293-301.
21. Grønsveen E. Samhandlingsutfordringer i hjemmesykepleien: Diakonhjemmet Høgskole
Lovisenberg Diakonale Høgskole; 2014.
22. Halim AS, Khoo TL, Saad AZ. Wound bed preparation from a clinical perspective. *Indian J Plast Surg.* 2012;45(2):193-202.
23. Haram R, Ribu E, Rustoen T. The views of district nurses on their level of knowledge about the treatment of leg and foot ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2003;30(1):25-32.
24. Haram RB, Ribu E, Rustoen T. An evaluation of the leg and foot ulcer treatment provided in Oslo. *J Wound Care.* 2003;12(8):290-4.
25. Helsedirektoratet. Veileder for saksbehandling - Tjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr 6, 3-6 og 3-8 helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet; 2016 [IS-2442:]
26. helsedirektoratet S-o. Veileder for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene Oslo : Sosial- og helsedirektoratet; 2004 [Available from: helsedirektoratet.no.
27. Hjort A, Gottrup F. Cost of wound treatment to increase significantly in Denmark over the next decade. *J Wound Care.* 2010;19(5):173-4, 6, 8, 80, 82, 84.
28. Jakobsen R. Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2005.
29. Jakobsen R. Nærvær når identitet er truet: Nordland; 2012.
30. Jakobsen R, Sorlie V. Ethical challenges: Trust and leadership in dementia care. *Nurs Ethics.* 2015.
31. Klein S, Schreml S, Dolderer J, Gehmert S, Niederbichler A, Landthaler M, et al. Evidence-based topical management of chronic wounds according to the T.I.M.E. principle. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11(9):819-29.
32. kommune O. Hjemmesykepleie Oslo.kommune.no: Oslo kommune; [Available from: <http://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/hjemmesykepleie/>.
33. kommune S. Kvalitetssystem: Sande kommune; [Available from: sande-mr.kommune.no.
34. Kunnskapssenteret. Kvalitetsforbedring - Kunnskapsbasert praksis helsebiblioteket.no: Kunnskapssenteret; [Available from: <http://www.helsebiblioteket.no>.
35. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
36. Langøen A. Sår og sårbehandling. Sykepleie i hjemmet. 2. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014.
37. Lindholm C. Sår: Akribe; 2012. 440 p.
38. Lovdata. Lov om helsepersonell Lovdata.no: Lovdata; [Available from: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64 - KAPITTEL 5>.
39. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenster m.m. Lovdata.no2011 [updated 2015-06-19. Available from: <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommune>.
40. Løvsletten M. Fagutvikling i praksis. Sykepleien. 2013(2):47-9.

41. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
42. Margolis DJ, Berlin JA, Strom BL. Which venous leg ulcers will heal with limb compression bandages? *Am J Med.* 2000;109(1):15-9.
43. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup: Universitetsforlaget; 2003.
44. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen. Oslo: Akribe; 2005.
45. Milne J. Wound-bed preparation: the importance of rapid and effective desloughing to promote healing. *Br J Nurs.* 2015;24 Suppl 20:S52-8.
46. NIFS. Retningslinjer for sårbehandling nifs-saar.no: Norsk interessefaggruppe for sårheling; [Available from: nifs-saar.no.
47. Norvoll R. Sykepleiens rammer. In: Bjork IT, Helseth S, Nortvedt F, editors. Møte mellom pasient og sykepleier. 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002.
48. Olsvold N. Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010.
49. omsorgsdepartementet H-o. Samhandlingsreformen- lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak [Veileder]. Available from: <http://www.regjeringen.no>.
50. omsorgsdepratementet H-o. Forskrift om fastlegeordning i kommunene Lovdata.no: Lovdata.no; 2012 [updated 2015-10-29. Available from: <http://www.lovdato.no>.
51. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015. p.
52. Otnes B. Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2015;1(1):48-61.
53. Raustøl T. 3 typer helsehus Kommune, det sivile samfunn og næringsliv: Tellef Raustøl Rådgivning; [Available from: <http://www.raustol.no/2-uncategorised/51-3-typer-helsehus-kommunale-helsehus>.
54. Regjeringen. Rammeplan for sykepleierutdanningen Regjeringen.no: Regjeringen; 2008 [Available from: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/KD/vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.
55. Regjeringen.no. Morgendagens omsorg Helsedirektoratet [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1&q=>.
56. retningslinjene Dnof. etikkom.no: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2014 [Available from: <http://www.etikkom.no>.
57. Ribu E, Haram R, Rustoen T. Observations of nurses' treatment of leg and foot ulcers in community health care. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2003;30(6):342-50.
58. Rytter L, Jakobsen HN, Ronholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(3):146-53.
59. Rønning E. Kvinner i helse- og sosialyrker. "Helsearbeidere" - tøffe kvinner i deltidsjobber. *Samfunnsspeilet.* 2010(1).
60. Rønsen JH, Kristiansen IS. Kronisk leggsår i hjemmesykepleien. *Medlemsblad for Norsk Interessefaggruppe for Sårheling.* 2014;22(3):5-9.
61. Schultz GS, Barillo DJ, Mazingo DW, Chin GA, Wound Bed Advisory Board M. Wound bed preparation and a brief history of TIME. *Int Wound J.* 2004;1(1):19-32.

62. Sinno H, Prakash S. Complements and the wound healing cascade: An updated review. *Plastic Surgery International*. 2013;2013:7.
63. Slagsvold CES, Stranden, E. Venøse leggsår. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2005;7.
64. Starks HT, Susan B. Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis and grounded theory. *Qual Health Res*. 2007;17(10):1372-80.
65. Stranden ES, C. E. Arterielle sår i underekstremiteten. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2005(895-8).
66. Strøm AF, May Solveig. Systematic data intergration - A method for combined analyses of field notes and interview texts. *International journal of Qualitative Methods*. 2012;11(5):534-46.
67. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
68. Tranøy KE. *Ansvar. : Det store norske leksikon*; 2011 [Available from: <https://snl.no/ansvar>].
69. Tønnesen S, Kassah BLL, Tingvoll W-A. Hjemmesykepleie i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*. 2016;11(1).
70. Tønnesen SN, Per. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*. 2012;7(3):280-5.
71. Upton D, Andrews A. Sleep disruption in patients with chronic leg ulcers. *J Wound Care*. 2007;22(8):389-94.
72. Vatne SF, May Solveig. Event-Oriented data integration: A Qualitative strategy in studying professional practice. *Research and theory for nursing practice: An international Journal*. 2008;22(1):38-54.
73. Wilcox JR, Carter MJ, Covington S. Frequency of debridements and time to heal: a retrospective cohort study of 312 744 wounds. *JAMA dermatology*. 2013;149(9):1050-8.
74. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-53.
75. Wolcott R. Economic aspects of biofilm-based wound care in diabetic foot ulcers. *J Wound Care*. 2015;24(5):189-94.
76. Øien Rf, Ragnarson Tennvall G. Accurate diagnosis and effective treatment of leg ulcers reduce prevalence, care time and costs. *J Wound Care*. 2006;15(6):259-62.

Vedlegg

Vedlegg 1

TIL LEDER I HJEMMESYKEPLEIEN

Mitt navn er Cecilie Bye Erstad. Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn. Jeg holder på med en mastergrad i helsefagvitenskap og skal skrive en oppgave om sårbehandling i primærhelsetjenesten. Denne forespørselen dreier seg om datainnsamling til min mastergradsoppgave.

Formål:

Tittelen på studien er *"ORGANISERING AV SÅRBEHANDLING I HJEMMESYKEPLEIEN"*

Hensikten med studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleien organiserer sårbehandlingen de utfører for pasientene, og hvordan dette påvirker behandlingen pasientene får. Jeg ønsker å studere hvilke rammeforhold hjemmesykepleien må forholde seg til i planlegging og gjennomføring av sårbehandling hos brukerne. Til dette trenger jeg tilgang til å observere sårbehandling og intervju sårbehandleren i etterkant.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer at forskeren får være med deltakeren gjennom hele forløpet i sårbehandlingen fra forberedelse av prosedyren, gjennom hele sårstedet og til sårbehandleren anser seg ferdig med prosedyren. Forskeren vil innhente data gjennom observasjon og samtale med deltakeren og brukeren under prosedyren, og gjennom et intervju av deltakeren noen dager etterpå. Jeg ønsker å følge to pleiere mens de utfører sårbehandling hos ulike sårpasienter, og jeg trenger hjelp av deg som leder til å komme i kontakt med pleiere som vil takke ja til å delta. Jeg setter ingen krav til yrkesfaglig bakgrunn hos den jeg skal følge. Jeg trenger også hjelp til å komme i kontakt med aktuelle brukere som vil si ja til at jeg er tilstede under sårbehandlingen.

Hva skjer med informasjonen?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dataene vil bli lagret i sikkert og lukket område på Universitetet i Oslo, og vil kun være tilgjengelig for meg og veileder. Det underskrevne samtykkeskjemaet vil legges i lukket konvolutt og lagres adskilt fra øvrige data, for å sikre mot gjenkjenning.

Alle data vil bli anonymisert. Ved publikasjon vil dataene anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2015. Data vil oppbevares ett år etter godkjent Masteroppgave for publisering av artikkel. Deretter vil de slettes.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien, både for pleierne jeg skal følge og for brukerne jeg skal være med hjem til . Både pleier og bruker kan trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du/dere akspeterer at jeg får gjennomføre studien min i deres bydel, kommer jeg gjerne på et møte der jeg kan informere om studien. Jeg underskriver gjerne taushetsskjema om dere ønsker det.

Med vennlig hilsen

Cecilie Bye Erstad
Mastergradsstudent
e-post: c.b.erstad@stud-med.no

Rita Jakobsen
Veileder og 1.amauensis
e-post: rita.jakobsen@ldh.no



**Det medisinske fakultet
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo**

Vedlegg 2

SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE,

ORGANISERING AV SÅRBEHANDLING I HJEMMETJENESTEN.

Cecilie Bye Erstad

TEMA	SPØRSMÅL
KUNNSKAP	Kan du fortelle litt om hvilken erfaring og opplæring du har innen sårbehandling?
RAMMEFORHOLD	Hvilke rammefaktorer må du forholde deg til ved sårstell i hjemmet?
SAMARBEID	Kan du fortelle litt om hvordan dere samarbeider om sårbehandlingen innad i teamet? Kan du fortelle litt om samarbeidet med andre instanser som for eksempel spesialisthelsetjenesten og fastlegen?
DOKUMENTASJON	Kan du fortelle litt om bruken av dokumentasjon?
FOREBYGGING	Hvilke rutiner har dere for forebygging eller forverring av sår?

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hilde Bondevik
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Harald Hårfages gate 25
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Vår dato: 22.04.2014

Vår ref: 38392 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.03.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38392	<i>Organisering av sårbehandling i hjemmesykepleien</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hilde Bondevik</i>
<i>Student</i>	<i>Cecilie Bye Erstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Cecilie Bye Erstad cecilie.erstad@gmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svtuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 38392

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet til hjemmesykepleierne er godt utformet.

Informasjonsskrivet til pasienten bør leveres god tid i forveien, slik at de ikke føler seg forpliktet til å delta. Videre bør følgende setning omformuleres slik at frivilligheten understrekes: "HVIS DET ER GREIT FOR DEG, vil jeg være tilstede når du skal få skiftet på såret ditt...". Det bør videre framgå hvilke opplysninger som eventuelt registreres om pasienten, og om disse er personidentifiserende.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Det tas høyde for at det behandles sensitive personidentifiserende opplysninger om pasientens helseforhold.

Vi legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for at prosjektet kan gjennomføres i nåværende form. Videre legger vi til grunn at pasientene som besøkes er samtykkekompetente.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

- å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- å slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- å slette lydopptak



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet til hjemmesykepleierne er godt utformet.

Informasjonsskrivet til pasienten bør leveres god tid i forveien, slik at de ikke føler seg forpliktet til å delta. Videre bør følgende setning omformuleres slik at frivilligheten understrekes: "HVIS DET ER GREIT FOR DEG, vil jeg være tilstede når du skal få skiftet på såret ditt...". Det bør videre framgå hvilke opplysninger som eventuelt registreres om pasienten, og om disse er personidentifiserende.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Det tas høyde for at det behandles sensitive personidentifiserende opplysninger om pasientens helseforhold.

Vi legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for at prosjektet kan gjennomføres i nåværende form. Videre legger vi til grunn at pasientene som besøkes er samtykkekompetente.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

- å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- å slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- å slette lydopptak

Vedlegg 4

Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Emne: =?UTF-8?Q?Sv: REK s=C3=B8r=C3=B8st 2014/575 Organisering av s=C3=A5rbehandling i hjemmesykepleien?=
Dato: 7. mai 2014 kl. 14.49
Til: cecilie.erstad@gmail.com

P

Vår ref.nr.: 2014/575 B

Hei,

Vi viser til framleggingsvurdering for prosjektet *Organisering av sårbehandling i hjemmesykepleien*, mottatt 08.04.2014.

Formålet med studien beskrives slik av prosjektleder: *Mange pasienter med (kroniske) sår får hjelp til behandling av disse av hjemmesykepleien i samarbeid med fastlege. Tidligere forskning har vist at det er betydelig forbedringspotensial med tanke på diagnostisering, behandling, dokumentasjon av behandling, arbeidsforhold under sårstellet og samarbeidet med fastlege. Det er blitt gjennomført et prøveprosjekt i samarbeid med Rikshospitalet med innføring av sårkontakt i noen bydeler i Oslo kommune. Jeg ønsker å følge to sårbehandlere i to bydeler (fire sårbehandlere tilsammen) henholdsvis fra en bydel som deltok i prosjektet og en bydel som ikke gjorde det. Jeg vil benytte deltakende observasjon der jeg følger sårbehandlerne hjem til pasientene/brukerne når de utfører utført sårbehandling. Jeg vil være med under hele sårstellet fra forberedelse til avsluttet prosedyre. Deretter vil jeg intervju sårbehandlerne noen dager etterpå for å få utdypet observasjonsdataene. Jeg ønsker å gjøre en innholdsanalyse av dataene for å se hvordan sårbehandlingen organiseres, og som en del av dette se om det er organisatoriske forskjeller mellom de to bydelene.*

I henhold til helseforskningslovens § 4 forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

I dette prosjektet er det sårbehandleren som er i fokus. Forskningsspørsmålene er knyttet til rutiner og prosedyrer rundt sårbehandlingen, og om det er forskjell i organisering og gjennomføring av sårbehandling i de to bydelene. Det er ikke ny kunnskap om helse eller sykdom per se som er formålet.

Prosjektet faller dermed utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens § 4. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskersårteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

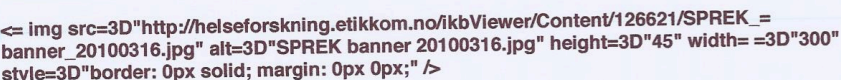
Med vennlig hilsen
Hege Holde Andersson
rådgiver/ komitésekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845514

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)

<http://helseforskning.etikkom.no>

The banner contains the text: <= img src="http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/Content/126621/SPREK_banner_20100316.jpg" alt="SPREK banner 20100316.jpg" height="45" width="300" style="border: 0px solid; margin: 0px 0px;"/>

Vedlegg 5

FORESPØRSEL TIL DELTAKER I FORSKNINGSPROSJEKT

Mitt navn er Cecilie Bye Erstad. Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Universitet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn.

Studiens tittel er:
"ORGANISERING AV SÅRBEHANDLING I HJEMMESYKEPLEIEN"

Bakgrunn og formål:

Hensikten med studien er å undersøke hvordan hjemmesykepleien organiserer sårbehandlingen de utfører for brukerne, og hvordan dette påvirker behandlingen de får. Jeg ønsker å studere hvilke rammeforhold pleierne må forholde seg til i planleggingen og gjennomføringen av sårstell hos brukerne. Da har jeg behov for å følge en pleier ut til brukerne som får utført sårbehandling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer at forskeren får være med deltakeren gjennom hele forløpet i sårbehandlingen fra forberedelse av prosedyren, gjennom selve sårstellet og til sårbehandleren anser seg helt ferdig. Forskeren vil innhente data gjennom observasjon og samtale med deltakeren. Et par dager etterpå vil det bli et intervju på ca en halv time, for å få utdypet dataene. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker og deretter transkribert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuet på lydopptaker vil bli slettet etter at det er transkribert. Dataene vil bli lagret på sikkert og lukket område som kun er tilgjengelig for meg og veileder. Det underskrevne samtykkeskjemaet vil legges i lukket konvolutt og lagres adskilt fra øvrige data, for å sikre mot gjenkjenning.

Alle data vil bli anonymisert, også ved publisering.

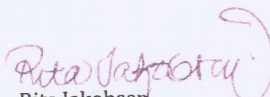
Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2015. Data vil oppbevares i ett år etter godkjent masteroppgave for publisering av artikkel. Deretter vil de bli slettet.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du har noen spørsmål til studien, ta kontakt med

Cecilie Bye Erstad
Mastergradsstudent
e-post: c.b.erstad@stud-med.uio.no


Rita Jacobsen
Veileder og 1.amanuensis
e-post: rita.jacobsen@ldh.no

Vedlegg 6

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Mitt navn er Cecilie Bye Erstad. Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo. Jeg skal skrive en masteroppgave om organisering av sårbehandling i hjemmesykepleien og hvordan dette påvirker oppfølgingen brukeren får. For å samle data trenger jeg å følge hjemmesykepleien hjem til brukere som mottar sårbehandling.

Hva innebærer dette for deg?

Hvis det er greit for deg vil jeg være tilstede når du får skiftet på såret ditt. Jeg vil være der når sårbehandleren henter ut og dokumenterer informasjon relevant for sårbehandlingen. Jeg vil observere og snakke med sårbehandleren og deg.

Hva skjer med opplysningene?

Dataene som blir registrert vil være relatert til selve organiseringen av sårbehandlingen. Det vil ikke bli registrert andre opplysninger om deg annet enn hva som er relevant for organiseringen av sårbehandlingen du får. Opplysningene vil ikke være personidentifiserbare. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dataene vil bli oppbevart i sikre og lukkede enheter, kun tilgjengelig for meg og veileder. Det underskrevne samtykkeskjemaet vil legges i lukket konvolutt og lagres nedlåst adskilt fra øvrige data for å sikre mot gjenkjenning.

Alle data vil bli anonymisert, også ved publisering. Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2015. Data vil oppbevares i ett år etter godkjent masteroppgave for publisering av artikkel. Deretter vil de slettes.

Frivillighet:

Det er helt frivillig om du vil samtykke til at jeg får være tilstede ved sårskiftet ditt. Du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen konsekvenser for den behandlingen du får av hjemmesykepleien.

Tusen takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Cecilie Bye Erstad
Mastergradsstudent
e-post: c.b.erstad@stud-med.uio.no

Rita Jakobsen
Veileder og 1.amanuensis
e-post: rita.jacobsen@ldh.no

Vedlegg 6

