

UPP OCH HOPPA, ÄT DIN SOPPA!

**Sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens
egenvård, i förebyggandet av trycksår.**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum:

Kurs: 45

Författare: Hanna Amaral

Författare: Maria Malmsten

Handledare: Marie-Jeanne Hendrikx

Examinator: Helene Andersson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Trycksår kan försämra patientens livskvalité samt orsaka lidande, ångest och det kan även vara förknippat med skam för sjuksköterskan. Det bidrar även till en stor kostnad för samhället. Förebyggandet av trycksår, vilket är sjuksköterskans ansvar, innebär att upptäcka patienter som ligger i riskzonen samt att sätta in förebyggande åtgärder i tid. Orem's egenvårdsteori säger att människor uppnår hälsa och välbefinnande genom egenvård där sjuksköterskan bör motivera patienten samt ge vägledning.

Syfte

Syftet med detta arbete var att belysa sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår.

Metod

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ intervjustudie och åtta halvstrukturerade intervjuer utfördes. Kvalitativ innehållsanalys användes vid bearbetningen av intervjuerna.

Resultat

Sjuksköterskorna såg sitt omvårdnadsansvar som viktigt men trycksårsprevention prioriterades inte alltid. Sjuksköterskorna upplevde motivation till egenvård som svår då patienter som låg i riskzonen oftast var äldre och hade vanor som var svåra att bryta. När egenvården fungerade såg sjuksköterskan ett större engagemang hos patienterna i förebyggandet av trycksår. Sjuksköterskor överlämnade sitt omvårdnadsansvar till annan vårdpersonal som inte hade samma kunskap vilket kunde leda till felbedömningar och att trycksår missades.

Slutsats

Sjuksköterskorna lade mer fokus på behandling istället för förebyggandet av trycksår samt överlämnade stundtals sitt omvårdnadsansvar till personal som inte besatt tillräckliga kunskaper runt trycksår vilket kunde göra att trycksår och trycksårsprevention missades. Egenvårdens betydelse vid trycksårsprevention varierade bland sjuksköterskorna och prioriterades inte alltid då sjuksköterskorna upplevde att motivationen till egenvård som svår.

Nyckelord: Egenvård, Förebyggande vård, Orem, Sjuksköterska, Trycksår

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Frekvens	1
Vårdskada.....	1
Trycksår.....	2
Förebyggandet av trycksår	4
Sjuksköterskans roll	5
Egenvård.....	6
Orems egenvårdsteori.....	6
Problemformulering	7
SYFTE	8
METOD	8
Val av Metod.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	12
RESULTAT	13
Omvårdnad.....	13
Egenvård.....	16
Samverkan	18
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion.....	22
Slutsats	24
REFERENSER	25

BILAGA A-B

BAKGRUND

Trycksår, vilket förr kallades för liggsår, kan uppstå snabbt och orsaka enormt lidande för patienten. Att leva med trycksår kan innebära att behöva utstå svår smärta, leda till minskad rörlighet och därigenom få en begränsad livsstil samt i vissa fall vara direkt livshotande. En patient med trycksår blir inte bara påverkad fysiskt utan även psykiskt (Byrne et. al 2016; Hopkins, Dealey, Bale, Defloor, & Worboys, 2006;). Det är inte bara patienten som blir drabbad vid uppkomsten av trycksår. Ottosen (2010) beskriver att även sjuksköterskorna blir negativt påverkade då de kan känna sig skyldiga om deras patient utvecklar ett trycksår. Trycksår innebär också en enorm kostnad för samhället, ca 1,7 miljarder kronor per år (Sveriges kommuner och landsting, 2014).

Frekvens

Inom Sveriges kommuner och landsting har nationella punktmätningar av förekomsten av trycksår genomförts en till två gånger per år sedan 2011. Då observeras frekvensen av trycksår och förebyggande åtgärder på alla patienter över 18 år och inneliggande. Mätningen visar att antalet patienter med trycksår har minskat med 3,2 procent från år 2011 till år 2015 (Socialstyrelsen, 2016). Trots detta förväntas trycksåren att öka i och med en stigande genomsnittsålder på invånarna i samhället (WHO, 2016).

En mätning av trycksår som gjordes våren 2016 i flera av Sveriges alla kommuner och landsting innefattade 15570 patienter, av dessa patienter låg 3070 i risken för trycksår. Mätningen visade att 13,4 procent av alla patienter hade trycksår och av riskpatienterna hade 37 procent trycksår (Sveriges kommuner och landsting, 2016). Den åldersgrupp som har flest trycksår är patienter i åldersgruppen 80 år och äldre, de stod för hela 20,2 procent av fallen (Socialstyrelsen, 2016).

Vårdskada

Idag betraktas trycksår i samband med vård som en vårdskada och ska anmälas som en avvikelse. Enligt Patientsäkerhetslagen definieras vårdskada som: "...lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (SFS, 2010:659, kap. 1, 5 §). Trycksår kan anses som ett vårdlidande då uppkomsten av såret hade kunnat förhindras genom preventiva åtgärder (White, Downie, Bree-Asian & Iversen, 2014).

Trycksår är den näst dyraste vårdskadan efter infektioner som uppstår i samband med vård och av den totala kostnaden för vårdskador utgör trycksår cirka 20 procent. Då räknas endast kostnaderna för ett sjukvårdstillfälle, alltså inte den totala samhällskostnaden för vårdskadorna (Sveriges kommuner och landsting, 2014). Tiden som vårdpersonalen ägnar åt behandling samt all använt materiel resulterar i en ekonomisk påfrestning för vården. När sårets svårighetsgrad stiger ökar också kostnaden för vården eftersom det tar längre tid för såret att läka och därmed löper patienten större risk för allvarigare komplikationer (Dealey, Posnett & Walker, 2012; Lindholm, 2012; Watret & Middler, 2012).

Trycksår

Trycksår är ett stort problem inom hälso-och sjukvården (Sving, Idvall, Högberg, & Gunningberg 2014) och kan påverka patienten negativt, både fysiskt och psykiskt. Patienten kan bli beroende av andra och närstående kan uppleva omhändertagandet av trycksår som krävande, vilket kan leda till att patienten måste flyttas från hemsjukvården till institution. Det är inte bara smärtsamt att ha trycksår, patienten kan även känna oro över såret, om det kommer läka, risken för infektion eller om det kan utveckla cancer (Lindholm, 2012; Tung et al., 2015). Trycksår kan även leda till sepsis och gangrän (Pressler, 2015). Om såret börjar utveckla sekret och lukt kan patienten även känna skam när närstående är i närheten och då isolera sig från omgivningen (Lindholm, 2012). Trycksår som är svårårläkt och har en lång läkningsprocess ger ofta patienten svår smärta, sämre livskvalité och ångest (Benbow, 2009; Dowsett, 2015) och den långa läkningsprocessen kan leda till dyr behandling (Dowsett, 2015).

Yttre faktorer

Det finns flera faktorer till att trycksår uppkommer och de yttre faktorerna är att huden utsätts för tryck, fukt och ökad temperatur vilket försämrar blodtillförseln vilket så småningom leder till ischemi. Vid ischemi blir vävnadens nutrition försämrad och trycksår kan uppstå (Lindholm, 2012). Områden som är mest utsatta för trycksår är hud som ligger nära ben, som till exempel på hälar och sacrum (NPUAP, 2016) vilket betyder att trycksår orsakas av att mjuk vävnad brutits ned på grund av tryck som vanligen uppkommit mellan benutskott och extern yta (Bluestein & Javaheri, 2008; Lindholm, 2012; Tung, Stead, Mann, Pham, & Popovic, 2015). Andra yttre faktorer som kan förorsaka trycksår är skjuvkraft och friktion (Bluestien & Javaheri, 2008; Fletcher, 2016). Skjuv är när vävnadslager förskjuts i förhållande till överhuden vilket kan ske om patienten till exempel glider ner i sängen när huvudändan är höjd. En friktionsskada kan uppstå när patienter släpas i sängen istället för lyfts och huden skrapas av mot underlaget (Lindholm, 2012).

Inre faktorer

Några av de inre faktorerna för uppkomst av trycksår är undernäring (Milne & Ousey, 2010), inkontinens och smärta (Athlin et al., 2009). Diabetes (Thomas, Vinodkumar, Mathew, & Setia, 2015), cirkulatorisk störning, höftfrakturer och stroke är ytterligare några exempel på inre faktorer (Athlin et al., 2009). Patienter som är sängliggande, förlamade (Lindgren, Unosson, Fredrikson & Ek, 2004) eller som har andra obotliga sjukdomar är extra sårbara i utvecklandet av trycksår (Athlin et al., 2009; Plácido de Brito Vieira, Ferreira de Oliveira, Costa Ribeiro, Barros Araújo Luz & Dias Araújo, 2016; Watret, & Middler, 2012).

Andra faktorer

En annan faktor som kan påverka uppkomsten av trycksår är obesitas och dessa patienter löper tre gånger större risk att utveckla trycksår än normalviktiga patienter (Drake et al., 2010). Det har även visat sig att kvinnor löper större risk att drabbas av trycksår (Essex, Clark, Sims, Warner, och Cullum, 2009). En annan bidragande orsak till trycksår är när patienter får byta avdelning och enhet ofta, på grund av dålig kommunikation mellan sjukhusen och öppenvården (Athlin et al., 2009; Dunnion & Kelly 2005). Patienter som är 80 år och äldre har en större risk för att utveckla trycksår (Lindholm, 2012) då det sker åldersförändringar som bidrar till att huden blir mer bräcklig (Chaplin, 2000, refererat i, Thomas et al., 2015). Denna åldersgrupp är mest drabbad av trycksår (Moore et al., 2015).

I och med en stigande ålder förtunnas epidermis vilket innebär att huden blir mindre motståndskraftig mot yttre trauma. Även kärlväggarna i venolerna blir tunnare och det påverkar hudens sensoriska organ negativt. Ungefär 20 procent av alla äldre har en nedsatt perifer cirkulation som är den främsta orsaken i kombination med ett tryck till att ett trycksår uppstår. Nedsatt perifer cirkulation påverkar även sårhäkningsprocessen negativt (Lindholm, 2012).

Kategorier för trycksår

Det finns olika kategorier för trycksår. Vid kategori I är huden hel med rodnad som inte bleknar vid tryck. Oftast finner man trycksåret på ett område över ett benutskott. Det kan göra ont, vara kallare, varmare, fastare eller mjukare än annan hud. Kategori II innebär en delhudsskada som är ett ytligt öppet sår med rosaröd och fuktig sårbedd utan fibrinbeläggning. Kategori II kan också innebära en blåsa som är serum- eller blodfylld. Kategori III innebär en fullhudsskada då subkutant fett är synligt men varken ben, muskler eller sena syns. Kategori IV är en djup fullhudsskada, som involverar ben, sena eller muskler samt fibrin och nekros kan vara synliga. Inom denna kategori finns det ofta fistlar eller underminering vilket innebär att sårkanterna har släppts. Ett icke kategoriserbart trycksår är när omfattningen av trycksåret inte kan bekräftas då det skymms av nekros eller sårskorpa. En ytterligare kategori som kallas för djupvävnadstrycksskada är när huden på ett lokaliserat område har ihållande mörkröd, brun eller lila missfärgning. Huden ska vara intakt och om andra underliggande strukturer är synliga klassas det som kategori III eller IV (NPUAP, EPUAP & PPIA, 2014).

Att leva med trycksår

I en studie som gjordes på patienter som hade haft trycksår tidigare i sina liv var det tre minnen från den tiden som gjorde att patienten kände stort obehag, det var smärtan, lukten och ärret (Latimer, Chaboyer & Gillepsie, 2013). Hopkins et al. (2006) skriver i sin studie om patienters upplevelse av att leva med trycksår och något som framkom var den ständiga smärtan som patienterna upplevde. Denna minnesbild gjorde att patienterna hade en stor drivkraft till att inte drabbas av trycksår igen (Latimer, Chaboyer & Gillepsie, 2013).

Behandling av trycksår

Sårbehandling bör individanpassas och även involvera patient och/eller närstående (Lindholm, 2012). Det är av stor vikt att dokumentera (Mallah, Nassar & Badr, 2014) och bedöma såret noggrant. Personalen ska kunna följa hela sårhäkningsprocessen och med hjälp av dokumentation kunna välja rätt sårförband och behandling. I dokumenteringen beskrivs sårets djup och utseende, vilket läkningsstadium såret befinner sig i och om det finns tecken på infektion. Vissa faktorer som kan påverka valet av förband bör finnas dokumenterat, som inkontinens, skör hud, behov att bada/duscha ofta och eventuella allergier (Lindholm, 2012). Journalföring är viktigt då andra sjukhus och enheter får möjlighet att följa patientens sårstatus för bästa möjliga behandling och omvårdnad (Rego, 2016).

Det är av stor vikt att rengöra såret rätt, ha en bra handhygien och debridera såret vid behov som innebär att mekaniskt avlägsna död vävnad från såret. Det finns olika varianter av debridering till exempel användning av larver, kirurgisk debridering, mekanisk debridering eller debridering med hjälp av speciella förband. Valet av lokala sårförband bygger på kunskap om produkterna och på förståelse för sårhäkningsprocessen. Förband som inte behöver bytas ofta är inte bara ekonomiska och ger goda resultat utan dessa förband främjar även patientens välmående då sjuksköterskan slipper besvära patienten

med täta omläggningar (Lindholm, 2012). Sårbehandling är i ständig utveckling och sjuksköterskor bör regelbundet uppdatera sin kunskap inom ämnet. Sjuksköterskor bör även ha en helhetssyn av patienten samt individanpassa vård och behandling (Varga & Holloway, 2016).

Förebyggandet av trycksår

Det första steget i det förebyggande arbetet av trycksår är att identifiera patienter som ligger i riskzonen för trycksår (Lucena et al., 2011; Middler & Watret, 2012). En grundlig och noggrann utredning utförs med sjuksköterskans kunskap och kliniska bedömning av patienten (Paquay et al., 2009). Santamaria et. al (2015) berättar att det är av stor vikt att tidigt upptäcka patienter som ligger i riskzonen för trycksår för att snabbt kunna sätta in adekvata förebyggande åtgärder. Det är också viktigt att upptäcka trycksår som redan finns på patienten för att kunna ge en optimal behandling, minska lidandet hos patienten samt att trycksåret inte blir en ny avvikelse under vårdtiden. Inre och yttre faktorerna som kan öka risken för trycksår bör uppmärksammas av all personal, patient och närstående (Lindholm, 2012). Enligt National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel och Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP, EPUAP & PPPIA) bör en hudbedömning utföras inom åtta timmar när patienten blir inskriven. Då ska hela kroppen undersökas och personal bör vara särskilt uppmärksam vid benutskott som är särskilt utsatta. Vårdpersonalen bör även kontrollera huden regelbundet under vårdtiden. Frekvensen på hudkontroll bör även ökas om patientens allmäntillstånd försämras (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

Det finns olika riskbedömningsinstrument som används för att tydligt synliggöra patientens eventuella riskfaktorer för utveckling av trycksår. I Sverige används oftast Modifierad Nortonskala som bedömer patientens psykiska status, rörelseförmåga, vätske- och födointag, inkontinens, allmäntillstånd och fysiska aktivitet. Bedömningsinstrument kan göra sjukvårdspersonalen mer uppmärksam på patienter med riskfaktorer vilket kan bidra till bättre dokumentation och vård. Bedömningsinstrument ska komplettera en medicinsk undersökning och patientens hud, rörlighet, specifika situation och bakomliggande sjukdom ska bedömas (Lindholm, 2012). Det är viktigt att det givna resultatet av bedömningen dokumenteras (García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, Agreda, & Rodríguez Torres, 2013).

En studie som gjordes i Norge av Moore et al. (2015) visade ingen skillnad på antalet trycksår på de sjukhus som hade använt sig av riskbedömningsinstrument och sjukhusen som endast använt den kliniska bedömningen. Den kliniska bedömningen är minst lika effektiv som riskbedömningsinstrumenten men för att den kliniska bedömningen ska fungera förutsätter det att sjuksköterskan besitter kunskap om trycksår (Moore et al., 2015) samt har en grundläggande förståelse för eventuella komplikationer vid trycksår, som till exempel risken för infektion (Morgan, 2015).

När riskpatienter uppmärksammas bör individanpassade åtgärder sättas in direkt, vilket leder till minskad risk för utveckling av trycksår (Lannering, Ernsth Bravell, Midlöv, Östgren & Mölstedt, 2016; Lindholm, 2012). Forskning visar att det finns tre huvudområden i det förebyggande arbetet av trycksår, renlighet av huden, god omvårdnad vid inkontinens (Roosen, Fulbrook, & Nowicki, 2010) och att patienten har ett bra näringsintag (Bluestien & Javaheri, 2008; Roosen et al., 2010). Mobilisering av patienten är också en viktig förebyggande åtgärd (Lindholm, 2012). Ligger en patient i riskzonen bör

åtgärder sätts in som en tryckavlastande madrass eller dyna (NPUAP, EPUAP & PPIIA, 2014). Madrasser som används är antingen förebyggande eller behandlande vid trycksår och kallas antidecubitusmadrasser (AD-madrass). Vid risk för trycksår används förebyggande AD-madrasser och vid större risk för trycksår eller om ett trycksår redan uppstått används behandlande madrasser (Stockholms läns landsting, 2016). En studie visar att speciella madrasser, skor, sittedynor, hälskydd och annan förebyggande utrustning är framgångsrik i det förebyggande arbetet av trycksår men tyngdpunkten bör ändå läggas på egenvård för att patienten ska förbli så självständig som möjligt (Rajpaul, & Acton, 2016; Watret, Middler & Wilson, 2011).

En studie visade att det förebyggande arbetet av trycksår ansågs ha en låg status bland sjuksköterskor och det visades även att fokus oftast låg på behandlingen istället. Trycksår förknippades ofta med skam och skuld hos sjuksköterskorna. Det visade sig också i studien att sjuksköterskorna ansåg att trycksår var ovanligt, vilket gjorde personalen mindre uppmärksam i sitt förebyggande arbete av trycksår (Athlin et al., 2009).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har ansvaret för omvårdnaden och dess kunskapsutveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) och enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) ska sjukvården bedrivas med respekt för patienten och dennes autonomi och integritet. I värdegrunden för omvårdnad från Svensk sjuksköterskeförening (2010) står det bland annat att sjuksköterskan ska kunna bevara det friska hos patienten, främja hälsa och förebygga ohälsa, genom att ge information och stöd så att patienten kan göra hälsosamma val. Patienten och sjuksköterskan har lika värde men sjuksköterskan bör vara medveten om att relationen inte är symmetrisk då den uppstått av att patienten är i beroendeställning på grund av behovet av vård. Sjuksköterskan måste aktivt reflektera kring patientens och sjuksköterskans relation för att i största utsträckning upprätthålla patientens självbestämmande och autonomi. Patienten är i en sårbar situation och genom att sjuksköterskan värnar och respekterar patientens sårbarhet kan också patientens rättigheter värnas och respekteras. Tillit i en vårdrelation är en förutsättning för att patienten ska kunna anförtro sig åt sjuksköterskan och det växer fram genom engagemang, öppenhet, förtroende och pålitlighet. Genom att patienten känner tillit skapar man också möjlighet för denne att finna mening med livet även när det känns svårt (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Sjuksköterskans patientundervisande roll har alltid funnits inom yrket. Genom att undervisa patienten ger man patienten möjlighet att hitta strategier för att handskas med förändrade livssituationer relaterade till sjukdomen. När sjuksköterskan undervisar är det viktigt att belysa att det inte är patienten som sjuksköterskan undervisar, utan det är personen bakom sjukdomen med en livshistoria som har olika resurser och färdigheter (Friberg, 2014).

Emellanåt behöver sjuksköterskan delegera sina arbetsuppgifter och i Patientsäkerhetslagen framkommer det att "Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften" (SFS: 2010:659, kap. 6, 3 §).

Egenvård

Sett ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är egenvård ett sätt att bibehålla en god kvalitet i det dagliga livet trots att sjukdomen eller skadan finns med. Egenvård kan ses som ett verktyg för att leva ett så normalt liv som möjligt, förebygga komplikationer och för att få en bättre livskvalité. Målet med patientundervisning i egenvård är att patienten medvetet ska förebygga uppkomsten av negativa symptom och på så sätt minska antalet sjukhusbesök. Information om sin hälsa och sjukdom är något som patienten har rätt till. För att patienten och närstående ska kunna ta in information på bästa sätt och kunna förstå den måste sjuksköterskan anpassa informationen till varje individs egna tankar, värderingar och känslor (Insulander & Björvell 2013) vilket även stärks i den nya Patientlagen från 2014, där patientens delaktighet poängteras och betonas (SFS, 2014:821).

Enligt Miller (2016) borde det vara en självklarhet att sjuksköterskan involverar patienten i sin vård men i praktiken ser det annorlunda ut. Sjuksköterskan kan lätt hamna i en roll där hen instruerar patienten till att utföra särskilda hälsofrämjande åtgärder utan att förklara innebörden av åtgärderna. Genom att hjälpa patienten att förstå anledningen till att utföra förebyggande åtgärder har sjuksköterskan en större möjlighet att motivera patienten till egenvård. Ibland brister det i kommunikationen mellan sjuksköterska, patient och närstående och då finns det risk att patienten och dess närstående missförstår sjuksköterskan och utför fel omvårdnadsåtgärder. Därför är det viktigt att sjuksköterskan är säker på att de har uppfattat rätt, innan hon lämnar över ansvaret till patienten eller till närstående (Oliveira, Campos, Padilha, Pereira, & Sousa, 2011).

Orems egenvårdsteori

Dorothea Orem (2001) teori uppkom under 1970 talet. Denna teori grundar sig i att människor har olika psykiska, fysiska och sociala behov. Oremns egenvårdsmodell är uppdelad i tre delar som tillsammans bildar en allmän teori om omvårdnad och dessa är egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem.

Egenvård

Orem menar att människan uppnår välbefinnande genom egenvård och att människan är en fri varelse som har kontroll över sig själv och sin omgivning. Egenvård innebär att patienten utför vård på sig själv, för sig själv och när patienten är tillräckligt mogen för det. Individens har ett eget ansvar att ha goda vanor och därmed förebygga ohälsa vilket innebär att patienten måste ha ett intresse och kunskap för att kunna utföra egenvård (Orem, 2001).

Egenvårdsbrist

Egenvårdsbrist är byggd på centrala begrepp som kapacitet och begränsning. Med kapacitet menas bland annat patientens ålder, kön och utbildning. Är kapaciteten mindre än patientens egenvårdskrav brister egenvården. Med egenvårdskrav menas den egenvård som måste utföras för att tillgodose behoven bland annat de universella egenvårdsbehoven som innebär gott vätske- och födointag, god sömn, aktivitet och elimination men även specifika behov som uppkommer vid sjukdom (Orem, 2001).

Omvårdnadssystem

I delen om omvårdnadssystem berättas det om hjälpmetoder som säger bland annat att sjuksköterskor bör vägleda, ge stöd, skapa en utvecklande miljö och undervisa patienten. Människor har en inbyggd förmåga till egenvård och sjuksköterskans roll är att upptäcka

resurser hos varje enskild patient. Omvårdnad är ett komplement till egenvård och sjuksköterskan måste kunna bedöma patientens behov och egenvårdskapacitet. Med denna bedömning som grund ska sjuksköterskan avgöra om det finns brist, på vilket sätt och sedan kunna planera vården efter varje enskild patient (Orem, 2001).

Problemformulering

Patienter med trycksår får ofta en försämrad livskvalité och ångest (Benbow, 2009; Dowsett, 2015). Det kan även vara förknippat med skam för sjuksköterskan då det kan upplevas som ett misslyckande när patienten drabbas av ett trycksår (Athlin et al., 2009). Trycksår är en dyr vårdskada som innebär omfattande kostnader för samhället (Dealey et al., 2012; Sveriges kommuner och landsting, 2014). Det förebyggande arbetet prioriteras inte alltid av vårdpersonalen trots alla konsekvenser som tillkommer med ett trycksår (Athlin et al., 2009).

Författarna vill undersöka och belysa sjuksköterskans egen uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår då patientdelaktigheten bidrar till mer förståelse, främjar patientens hälsa och autonomi (Insulander & Björvell, 2013; Svensk sjuksköterskeförening, 2010), för att bättre förstå hur sjuksköterskans förebyggande arbete eventuellt behöver utvecklas.

SYFTE

Syftet med detta arbete var att belysa sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår.

METOD

Val av Metod

I denna studie valdes en kvalitativ ansats där halvstrukturerade intervjuer gjordes. Denna metod ansågs lämplig då syftet med studien var att få en djupare förståelse för sjuksköterskans egen uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår. Kvalitativ design innebär att studera deltagarnas upplevda erfarenheter av ett fenomen. I denna studie låg sjuksköterskans egen beskrivning av sin roll som intresse som sedan blev studiens föremål för analys (Henricson & Billhult, 2012). En halvstrukturerad intervju är en metod som utförs med öppna frågor då deltagarna får en möjlighet att tala ostört och ta upp egna funderingar kring ämnet (Danielson, 2012).

Urval

Det valdes att utföras enskilda intervjuer med legitimerade sjuksköterskor som arbetade på geriatriska avdelningar och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt intervjuer med distriktsjuksköterskor som arbetade inom hemsjukvården på en vårdcentral. Det var även ett kriterium att sjuksköterskan hade varit yrkesverksam i minst två år, då Kristensson (2014) menar att deltagaren bör ha erfarenhet och kunskap inom området som ska utforskas. Eftersom studien var kvalitativ valdes inte deltagarna ut slumpmässigt utan sjuksköterskor valdes ut från avdelningar som var relevanta för syftet (Henricson & Billhult, 2012). Inom geriatriken, ASIH och hemsjukvården förekommer det många patienter som har en ökad risk för trycksår då majoriteten av dessa patienter är äldre och multisjuka (Athlin et al., 2009).

Deltagare

I kvalitativ forskning har begreppet "deltagare" blivit allt vanligare men det kan ge ett felaktigt intryck av att sjuksköterskan som blivit intervjuad har varit mer involverad i studien än enbart vid intervjuerna. Sjuksköterskorna som intervjuades har ändå valts att bli kallade för deltagare då det beskriver sjuksköterskornas engagemang och vilja att delta i denna studie (Kjellström, 2012). Åtta deltagare intervjuades varav en pilotintervju. Fyra av deltagarna arbetade på geriatriska avdelningar, två arbetade inom ASIH och två deltagare arbetare inom hemsjukvården. En av deltagarna var man och resterande var kvinnor. Deltagaren som hade längst yrkeserfarenhet hade arbetat i 46 år och den som hade kortast yrkeserfarenhet hade arbetat i tre år. Den genomsnittliga längden på yrkeserfarenheten hos deltagarna var 24 år.

Datainsamling

Kontakt och bortfall

Tio avdelningar och enheter i Stockholmsområdet kontaktades i början av april, 2016. Verksamhetscheferna på enheterna kontaktades med ett informationsbrev (*Bilaga A*) om studien, att den var frivillig och att studien var konfidentiell (Vetenskapsrådet, u.å.). Om intresse för deltagande fanns skulle formuläret fyllas i och besvaras med ett skriftligt medgivande.

En av avdelningarna besvarade inte förfrågan. Nio verksamhetschefer svarade, varav en tackade nej vilket berodde på omstrukturering på avdelningen samt tidsbrist och resterande godkände förfrågan.

Avdelningsansvariga sjuksköterskor förde förfrågan vidare till sjuksköterskorna på avdelningen för att efterlysa om intresse av deltagande fanns. Fem avdelningar och enheter var intresserade och på de resterande tre avdelningarna fanns inget intresse, bland sjuksköterskorna, att delta i studien. Sjuksköterskorna på enheterna som var intresserade av att delta kontaktades via mail eller telefon och fick information om studien. Information om intervjuens längd och att studien var frivillig framgick också (Vetenskapsrådet, u.å.). Kontakt med sjuksköterskor togs och tid och plats för intervju planerades in efter deltagarnas önskemål vilket resulterade i att en vårdcentral, tre geriatriska avdelningar på tre sjukhus och en ASIH deltog.

Intervjuguide

Intervjufrågorna var nedskrivna i förväg i en intervjuguide (*Bilaga B*) som bestod av frågor och under dessa skrevs stödord. Om deltagaren kom in på ett ämne som inte var relevant för studiens syfte kunde stödorden användas som hjälp för att leda tillbaka deltagaren till det relevanta ämnet (Wibeck, 2012). Det gjordes halvstrukturerade intervjufrågor med öppna frågor som designades med stöd av kurslitteraturen Kvale & Brinkmann (2014) och Kristensson (2014). Handledaren var med som stöd i arbetet med intervjuguiden. Det var av stor vikt att ställa öppna frågor, då det gavs en möjlighet att ställa följdfrågor och deltagarna fick en större möjlighet att berätta mer fritt om ämnet (Kristensson, 2014).

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes för att få en insikt om hur lång intervjun var och hur frågorna kunde uppfattas av deltagaren. Intervjuerna ville också öva sin roll som intervjuare och om tiden för intervjun var tillräcklig eller om tiden var för lång, som framgår av Danielson (2012). Pilotintervjun var även ett bra kontrolltillfälle av inspelningsutrustning. Intervjun spelades in med diktafon och transkriberades senare samma dag för att kunna se om intervjun kunde besvara studiens syfte.

Deltagaren i pilotintervjun var bekant med en av författarna därför hölls denna författare sig i bakgrunden medan den andra författaren ställde frågorna. Transkriberingen lästes igenom flera gånger och varje fråga och del av intervjun diskuterades. Intervjuguiden reviderades på några ställen då ett fåtal frågor gav liknande svar. En del frågor valdes bort och istället lades det till stödord under kvarvarande frågor, som fungerade som eventuella uppföljningsfrågor för att säkerställa att betydande information framkom. Författarna diskuterade och beslutade att pilotintervjun kunde användas i studien då deltagaren uppfyllde alla krav och intervjun besvarade studiens syfte (Trost, 2010).

Genomförande av intervju

Intervjuerna hölls på deltagarnas arbetsplats, förutom pilotintervjun som hölls hemma hos deltagaren. Intervjuerna introducerades med en kort presentation av studien. Danielson (2012) anser att det är även viktigt att gå igenom ett samtycke med deltagarna därför började intervjuerna med ett godkännande från deltagaren. Sedan gavs information om studien, hur lång tid intervjun beräknades att ta och att intervjun kunde avbrytas om så önskades (Danielson, 2012). Deltagarna hade också möjlighet att avböja att svara på frågorna (Kvale & Brinkmann 2014). Ordningen på frågorna anpassades under intervjun efter vad deltagarna berättade (Kvale & Brinkmann, 2014). Denna metod gav deltagaren en

avslappnad relation till författarna som ledde till en mer öppen dialog under intervjun. Författarna turades om att hålla i intervjuerna. Medan den ena höll i intervjun, satt den andra bredvid och lyssnade vilket gjorde att författaren som inte höll i intervjun kunde fokusera på det som missades eller behövdes läggas till. Avslutningsvis gjordes en sammanfattning av det som sades under intervjun, det gavs även tid för reflektion och för eventuella frågor vilket gjordes för att garantera att författarna inte hade missförstått det som sades under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2014).

Dataanalys

Transkribering

Transkriberingen var det första stadiet av analysen. Transkribering genomfördes ordagrant och gjordes samma dag efter avslutad intervju då Trost (2010) menar att det är ett bra sätt att behålla intervjun färsk i minnet. Författarna transkriberade fyra intervjuer var. Efter avslutad transkribering fick den andra författaren lyssna till intervjun och samtidigt läsa transkriberingen för att korrigera och lägga till eventuella misstag. Genom att transkribera intervjuerna kunde författarna lyssna på olika nyanser i talet och på de långa uppehållen vilket kunde ge en större förståelse över vad som sades under intervjun (Danielson, 2012). Deltagarna och intervjuerna kodades för att identifiering inte skulle bli möjligt. Deltagarna fick koden D1-8 och intervjuerna fick koden I1 respektive I2. Sjukhus och avdelningar som deltagarna nämnde under intervjun som kunde vara risk för identifiering av en viss person, kodades för att värna om deltagarnas integritet och konfidentialitet (Vetenskapsrådet, u.å.). Efter avslutad transkriberingen raderades ljudfilerna från diktafonen.

Kvalitativ innehållsanalys

Enligt Danielson (2012) är den kvalitativa innehållsanalysen adekvat att applicera på en mindre datamängd, därför valdes denna metod. Författarna läste igenom transkriberingarna flera gånger för att kunna utföra en grundlig analys. Analysen inspirerades utifrån en deduktiv ansats som innebär att analysen utgår från en bestämd teori (Danielson, 2012) Orems omvårdnadsteori om egenvård (2001) var den teori som innehållsanalysen utgick från.

Analysen började med en första tabell, som var indelad i två kolumner. I den vänstra kolumnen var hela intervjun inskriven. Meningarna från intervjun som svarade på studiens syfte markerades i olika färger som därefter kopierades in i den högra kolumnen under analyskommentar. Denna metod valdes för att få en tydlig bild och struktur under analysprocessen. Analysen gjordes gemensamt och under diskussion för att syftet skulle bli besvarat (Henricson & Billhult, 2012) och för att resultatet inte skulle vara grundat på en persons åsikt och intryck (Kristensson, 2014).

Meningsenheterna från analyskommentarerna i den högra kolumnen togs ut i den första tabellen som gjordes, som skrevs och klipptes ut för att enkelt sortera innehållet vilket bidrog till ett bra struktureringsarbete. För att sammanfatta och få en bättre övergripande förståelse över de kondenserade meningsenheterna blev dessa kodade. Koderna var underlag för bildandet av subkategorierna och koderna som hade en liknande innebörd blev en subkategori och därmed blev det en tydlig sammanfattning (Kristensson, 2014). Genom det valda arbets sättet bildades subkategorierna på ett mer effektivt sätt. Subkategorier bildade i sin tur tillhörande huvudkategorier och understryker övergripande betydelsen i datamaterialet.

I tabell 1 som visas nedan, delades kolumnerna i meningsenheter, kondenserade meningsenheter, kod, subkategori och huvudkategori, för att få en tydlig överblick. Därefter kondenserades meningarna för att reducera mängden text (Danielson, 2012).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen, steg 2.

Meningsenhet	Kondenserade meningsenheter	Kod	Subkategori	Huvudkategori
Det är ju mer i dialogform kring patienten när man jobbar...//	Dialog kring patienten när man jobbar	Dialog	Utbildning och motivation	Egenvård
Att alla har samma tanke, vi har sjukgymnast och arbetsterapeut och man liksom har det tänket kring allt det här, på samma. Det har vi jobbat med många år, att försöka få att alla tänker åt samma håll. Att man ska ha en bra näring och att man ska undvika sår och ja allt det där...//	Alla har samma tanke, tänker åt samma håll. Att man ska ha en bra näring och undvika sår.	Teamarbete	Teamkänsla	Samverkan
Hur man ska få i sig näring. Är man 80 plus och då kan man få äta en chokladkaka och grädde till efterrätt och allt det där. Man, man tänker inte bara på nyttig mat utan nu är det mera att få ett bra intag.	Är man 80 plus kan man få äta vad man vill. Inte bara nyttig mat utan det är viktigt att få ett bra intag.	Nutrition	Utbildning och motivation	Egenvård
Det är därför att vi gjorde så att alla som kommer in så gör vi en check, hur är statuset idag när man kommer in. Många har ju en grad 1, och då får man vara väldigt noga med att följa upp det..	Alla som kommer in bedömer vi status på. Många har kategori 1 och då är man noga med att följa upp	Status	Riskbedömning	Omvårdnad

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden gjordes utifrån de fyra etiska grundprinciperna från Vetenskapsrådet (u.å.) informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Deltagarna hade rätt till sin egen integritet och värdighet, vilket Trost (2010) understryker som mycket viktigt och aldrig ska åsidosättas vilket fanns i åtanke under intervjuerna och även under hela arbetets gång.

Informationskravet

Informationskravet har uppfyllts genom att ett brev skickades ut (*Bilaga A*) till relevanta vårdavdelningar och enheter med information om studiens syfte och innehåll. I brevet fanns även författarnas och handledarens kontaktuppgifter och högskolans namn, för att kontakt skulle bli möjlig. När verksamhetschefen hade skrivit under med godkännandet av genomförande av studien, gav författarna ytterligare information till sjuksköterskorna om studiens syfte och innehåll (Kvale & Brinkmann, 2014).

Samtyckeskravet

Innan intervjun fick deltagarna själva samtycka både skriftligt och muntligt utan påtryckning av författarna (Helgesson, 2015), deltagarna fick också godkänna inspelning av intervjun, vilket alla deltagare gjorde (Danielson, 2012). Deltagarna erhöll även information om att de hade möjlighet att avbryta intervjun om så önskades och att det inte skulle innebära några negativa konsekvenser för dem. Om deltagaren önskade att avbryta intervjun skulle allt material som kunde kopplas till deltagaren att förstöras, så användning av materialet inte skulle vara möjlig (Vetenskapsrådet, u.å.).

Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet försäkrades genom att deltagarnas namn, arbetsplats och andra faktorer som skulle kunna avslöja deltagarnas identitet, förvarades i författarnas datorer med lösenord som endast kunde läsas upp av författarna, sålunda kunde inte obehöriga ha tillgång till dessa (Vetenskapsrådet, u.å.). För att säkerställa att deltagarnas identitet inte kunde avslöjas av utomstående personer, kodades och avrapporterades deras identitet,

Nyttjandekravet

Nyttjandekravet har upprätthållits genom att datainsamlingen endast har använts för studien och inte har lånats ut till något icke-vetenskapligt syfte eller för kommersiellt bruk (Vetenskapsrådet, u.å.).

RESULTAT

Från innehållsanalysen framkom tre huvudkategorier och sju subkategorier som visas i tabell 2. Resultatet presenteras med utvalda citat från deltagarna. Citaten är skrivna i kursiv stil och är indragna för att tydligt kunna urskiljas från övrig text. Citaten återges i skriftspråk, då utskriften av talspråk kan vara svåra för läsaren att förstå (Kvale & Brinkmann, 2014). Vissa delar av citaten markerades med /.../ och exkluderades, då dessa inte ansågs vara relevanta för studiens syfte (Karlsson & Fagerström, 2008).

Tabell 2. Presentation av huvudkategorier och subkategorier.

Huvudkategori	Subkategori
Omvårdnad	Ansvar och prioriteringar
	Riskbedömning
	Förebyggande åtgärder
	Brister
Egenvård	Utbildning och motivation
	Svårigheter
Samverkan	Teamkänsla
	Negativa erfarenheter

Omvårdnad

Ansvar och prioriteringar

Samtliga deltagare ansåg att ansvaret av det förebyggande arbetet av trycksår låg på sjuksköterskan, att upptäcka patienter som var i riskzonen, ge information, utbildning samt att sätta in förebyggande åtgärder. Deltagare nämnde vikten av att vara aktiv, att själva tänka till och att ha en helhetsbild och att ständigt vara medveten om att trycksårsrisk finns.

Att vara aktiv själv, inte förlita sig på att andra gör jobbet. /.../ är det en risk, då sätter jag in åtgärderna och ser till att dessa följs.

Deltagarna som arbetade inom den slutna vården berättade att det var undersköterskorna som utförde större del av det patientnära arbetet på avdelningen som också innefattade förebyggande åtgärder. Deltagarna poängterade att ansvaret för att det blev gjort, att undersköterskorna hade rätt kunskap och att det blev utfört på ett korrekt sätt, låg hos sjuksköterskan.

./../ då gäller det att alla är införstådda i vad som gäller och vad som är ett trycksår framförallt. ./../ men ansvaret ligger hos mig.

Samtliga deltagare nämnde ofta att sjuksköterskan stötte på etiska dilemman där de fick överväga vad som var bäst för patienten. Deltagarna berättade att när patienten befann sig i livets slutskede, prioriterades inte alltid förebyggandet av trycksår om det innebar att patientens välbefinnande och lugn och ro påverkades.

././ gör det ont vid varje vändning då får man göra så gott man kan ./../ Men gör varje vändning så himla ont. Nej, jag gör det inte!

Övervägandet kunde också handla om prioriteringar då många av patienterna som hade trycksår risk var multisjuka och därför fick många uppmaningar för att bibehålla hälsa. Övervägandet kunde då bli vilket råd som var viktigast för patienten att följa. Vissa deltagare nämnde även att tjtatet som ibland kunde uppstå var negativt för patientens och sjuksköterskans relation.

./../ Så kommer man med uppmaningar att de ska äta och sen kommer man med uppmaningar att de ska ta sina mediciner, uppmaningar att de ska ta emot hemtjänst. ./../ Det är ett bombardemang av uppmaningar nästan. ./../ Sluta uppmana kanske man ska göra istället och börja med något annat, men för det måste man ha tid och det får man inte.

Riskbedömning

Deltagarna nämnde att de hade som rutin att göra en undersökning av hudkostymen och undersökningen skulle göras cirka två timmar efter att patienten kommit in och att det var sjuksköterskans ansvar att det blev korrekt utfört. Det var ofta en undersköterska som utförde denna kontroll själv, men ett fåtal deltagare berättade att sjuksköterskorna gjorde undersökningen tillsammans med undersköterskan. Deltagare använde sig av Norton som ett riskbedömningsinstrument. De allra flesta deltagarna upplyste om vikten av att vara restriktiv och inte enbart förlita sig på bedömningsinstrumenten, utan att också göra en klinisk bedömning av patienten. Många nämnde att bedömningsinstrumenten var viktiga för statistiken samt att den kunde vara vägledande i det förebyggande arbetet.

./../ kolla ryggen, kolla på huden, kolla på fötterna, hur ser cirkulationen ut? ./../ Och inte bara göra det här fina frågeformuläret utan att verkligen kolla. Det är mitt råd.

./../ finns det risk för trycksår enligt Norton, då ska jag göra en åtgärd. Bedömningsinstrumentet har varit vägledande för att få det gjort.

Förebyggande åtgärder

Deltagarna nämnde vikten av att dokumentera och att det tydligt ska stå i journalen vilka åtgärder som ska göras. Det förebyggande arbetet började redan innan patienten blivit inskriven berättade deltagarna. Deltagarna tog reda på information om patientens status och diagnos från tidigare vårdenheter genom samtal och journal. Om deltagarna redan då upptäckte en ökad risk för trycksår sattes det in antidecubitusmadrass (AD-madrass) (deltagarna använder ordet luftmadrass istället för AD-madrass) som förebyggande åtgärd innan patienten anlant till enheten. Alla deltagare berättade att de använde sig av förebyggande AD-madrasser för alla patienter som låg i riskzonen. Deltagarna var överens

om att AD-madrassen var den viktigaste åtgärden och det var också den första åtgärden som sattes in.

././ den här luftmadrassen kan inte ignoreras. Finns det risk, ska den läggas in.

Några av deltagarna nämnde att det finns en risk med AD-madrassen, då vårdpersonalen blir bekväm och tänker att de inte behöver vara lika aktiva i det förebyggande arbetet. Det finns också en risk att patientens mobilisering blir hämmad, då det kan bli svårare för patienten att ta sig i och ur sängen om AD-madrassen inte är anpassad efter denne.

././ har man jättedålig cirkulation kan man få trycksår trots luftmadrass.

Alla deltagare var överens om att nutrition var viktigt men främst vid behandling av sår och inte i det förebyggande arbetet av trycksår. En deltagare poängterade vikten med nutrition i förebyggandet av trycksår, som menade att det snabbt kunde bli en ond cirkel om nutritionen glömdes bort.

././ Det blir som en ond cirkel, för fall är ju kanske den största faran i världen för äldre. Och varför faller de då? Jo, kanske för att de är undernärda och ja...

Några av deltagarna berättade att deras enheter hade haft trycksårsprojekt då personalen var extra uppmärksamma och arbetade aktivt med att sätta in förebyggande åtgärder. Alla deltagare såg goda resultat och antalet trycksår sjönk markant. När projektet var färdigt berättade deltagarna att då det exceptionella fokus på förebyggandet av trycksår försvann ökade trycksårsantalet igen.

Vi hade något trycksårsprojekt här för något år sedan och då var det väldigt bra. Alla fick näringsdrycker, men sen försvann fokus ././ och genast sköts trycksåren i höjden.

Brister

Deltagarna påpekade att det kunde brista i vården när det gällde det förebyggande arbetet av trycksår, att sjuksköterskorna inte var tillräckligt uppmärksamma på riskerna och inte tillräckligt alerta i det förebyggande arbetet. En av deltagarna, i samtal om nutritionens verkan, sade att det brast i arbetet då rutiner ändrades såpass mycket att personalen inte längre visste vad som gällde.

Jo men nutrition och näringsdrycker tänker vi väl på. Vi har haft något som heter cubitan men den har nog fasats ut lite grann...det är ju det, det har ändrats så mycket och till slut vet inte personalen vad som gäller...

Deltagarna berättade att de såg ofta hur patienter som kom från akuten hade början på, eller ett fullt utvecklat trycksår. Deltagarna menade att på akuten var patienterna hårdare utsatta för trycksår då patienten ofta fick ligga på en hårdbrist i flera timmar.

././ jag tänker på akuten, då blir de liggandes väldigt länge ././ Så där önskar man att det kunde göras en liten insats. Men det är väl tidsbrist.

Många deltagare kom in på att vårdpersonalen ofta glömmar att titta om patienternas utrustning fungerar som det ska. AD-madrassar som hade gått sönder och förlorat sin funktion, vilket gått ouppmärksammat av personalen, och därmed resulterat i ett trycksår,

hade en deltagare sett flera gånger. Deltagarna ansåg att det fanns en stor brist på kunskap hos många i vårdpersonalen, speciellt om hur snabbt det kan gå att få ett trycksår.

Det behövs så lite och sen blir det månader för patienten att få det att läka.

Deltagarna fokuserade mycket på behandlingen av trycksår och inte på det förebyggande arbetet.

Här på avdelningen är det väl att upptäcka trycksåren som är min huvudsakliga skyldighet.

Egenvård

Utbildning och motivation

Samtliga deltagare var överens om att det var enklare att få patienten delaktig i sin vård om hen var orienterad och fick rätt information om bland annat vikten av rörelse. En uppfattning som delades med flertalet deltagare var att ständigt ha en dialog med patienten. Att alltid informera om vad man gjorde och varför, vilket deltagarna menade kunde vara en utmaning att få patienten delaktig men att det inte var en omöjlighet.

Nu har vi ju en del dementa och då är det kanske inte så himla lätt men det är det som är konsten med vården, att få patienten dit man vill utan att kränka dem.

Det som var gemensamt för deltagarna var att ge information om varför det är viktigt att röra sig och äta ordentligt. Deltagarna ansåg att det var viktigt med egenvård, då patienterna kunde ta med sig informationen och använda sig av den när patienterna kom hem. Deltagarna uppfattade att många patienter inte hade kunskapen om att ett trycksår kan uppstå på väldigt kort tid och att trycksår är svåra att bli av med. Det var dock några deltagare som tyckte att innebörden av egenvård i stort sett var att äta, dricka och att röra på sig. I jämförelse med resterande deltagare som menade att egenvård även innebär information, motivation och att ge patienten rätt verktyg att kunna utföra sin egenvård på bästa sätt.

Han ligger på en luftmadrass men vi kommer inte till rätta med hans sår. Han är delaktig för att han vet, men han vill inte. För mig är inte patientdelaktighet att de ska göra som jag säger utan att de har informationen...

Deltagarna berättade att många patienter var mer bekanta med ordet liggsår än trycksår och att de kunde se att när de använde sig av skrämselfpropaganda och hotade med ett liggsår märktes det ofta en större motivation till förändring hos patienterna.

Både skoja med dem och skrämmas men ändå ha en god kontakt. Det tycker jag har fungerat jättebra.

Förut hotade man alltid med att om man ligger för mycket så får man lunginflammation men nu har vi det här med trycksår istället.

När patienten hade fått kunskap om vad som kunde orsaka trycksår och hur hen kunde förebygga såg ett flertal deltagare en förändring i patientens medverkan i det förebyggande arbetet av trycksår.

Det är jättestor skillnad om patienterna också jobbar för att slippa sår. Om de förstår vad det innebär, vilken skillnad det kan göra, det här med tryckavlastning och lägesändringar. Och det är ofta så lite som betyder någonting som gör så stor skillnad.

Det är viktigt för alla att bli sin egen specialist för då lär man sig allt kring det. Det är viktigt att bli sin egen doktor och kunna sin sjukdom.

Deltagarna tyckte oftast att det var en fördel om hen kunde få med närstående i egenvården. Deltagarna berättade att närstående ofta kunde kräva lite mer av patienten och fick på så sätt patienten att utföra förebyggande åtgärder.

Som igår när jag jobbade, då var det en farbror som inte ville komma upp, men då kom dottern. Då försökte vi motivera honom tillsammans att komma upp en liten stund med gåbord. Ja... då gjorde han det efter en liten stund. Så det är viktigt att hjälpas åt och förklara.

Svårigheter

Samtliga deltagare var överens om att det var enklare att få patienten delaktig i sin vård om hen var orienterad och fick rätt information. Det som även berättades vid flertalet intervjuer var att det kunde vara svårare att motivera äldre patienter då de hade inkörda vanor och rutiner och det upplevdes komplicerat att bryta dessa. Deltagarna berättade att egenvård hos äldre patienter var svårt. En deltagare sa att de knappt arbetade med patientdelaktighet och att hens uppfattning var att patienterna inte la någon vikt i fall det uppstod ett trycksår eller ej.

/.../ det är ganska svårt med våra patienter att få dem delaktiga. Det är ytterst få fall man känner att de faktiskt är delaktiga /.../Annars är de inte så delaktiga. Min erfarenhet är att de inte bryr sig så nämnvärt mycket /.../

Något som kunde vara en utmaning var att få patienten att ändra liggställning på natten. Ett fåtal deltagare berättade att när de träffade sådana patienter, fick deltagarna en utmaning att tänka större och hitta på lösningar som kunde tänkas fungera för patienten.

/.../Men sen är det de som är envisa att ligga på samma sida, man har alltid gjort det, så får man skavsår på höften /.../Då får man sätta sådana där plattor i förebyggande syfte och så får man kanske prata med hustrun om att byta plats, att byta sängplats. Ja, alltså man får hitta på lite.

Deltagarna berättade att utmaningen kunde även gälla patientens matvanor och aktiviteter i vardagen. En del patienter ville inte ha hjälp från hemtjänst, de hade som vana att äta en gång om dagen eller att sitta länge framför tv:n. Patienterna upplevdes ofta envisa menade deltagarna, vilket gjorde det svårt att försöka ändra på deras vanor. Deltagarna menade att patienter som låg i riskzonen för trycksår och hade en kognitiv svikt var svåra att ge råd till.

Man kan komma med goda råd men det kommer liksom inte in. Att de glömmer bort också, minnessvikt. Det kan vara allt möjligt...

Patienter som bor hemma och är i behov av vård och hjälpmedel, har inte alltid anpassade boendeförhållanden vilket kan innebära att det försvårar möjligheten till optimal vård, berättade några av deltagarna. Alla har inte plats för en sjukhussäng i sitt hem, eller delar säng med sin partner vilket gör det svårt att sätta in en AD-madrass. Deltagarna påpekade att den största svårigheten med att vårda en patient i hemmet är att sjuksköterskan är en gäst hemma hos patienten och patientens integritet samt vilja alltid ska respekteras. Det var mycket att ta hänsyn till med vård i hemmet i jämförelse med vård på en avdelning. Ibland ville patienten avstå från råd och uppmaningar till förändring trots vetskapen om riskerna för trycksår.

/.../ jag kan säga så här, det är lättare när de ligger på en avdelning för där bäddar vi in madrassen. Det är liksom lite mer på våra premisser. Lite att så här ska det se ut om du ligger här. Men hemma bestämmer de ju helt och hållet själva.

Deltagarna berättade att närstående inte alltid var en resurs till egenvården, då de ibland var för gamla för att orka vara delaktiga och att patienten lyssnade mer på vårdpersonalen.

Samverkan

Teamkänsla

Deltagarna som arbetade med hemsjukvård berättade att de samarbetade mycket med hemtjänsten. Sjuksköterskorna som arbetade inom slutenvården samarbetade mest med undersköterskor. Samtliga deltagare nämnde att de samarbetade med sjukgymnaster och arbetsterapeuter i vissa särskilda fall då de behövde beställa speciella hjälpmedel eller om det var någon patient som skulle rehabiliteras då det behövdes specifika övningar som sjukgymnasten kunde hjälpa patienterna med. Deltagarna menade att den profession som var minst inblandad i det förebyggande arbetet av trycksår var läkarna.

/.../ hemtjänsten har en väldigt viktig uppgift... Vissa patienter kan ju ha mycket hemtjänst. Kanske sju till åtta gånger per dag.

/.../ Just nu håller vi på med ett litet projekt /.../ där vi är ute hos hemtjänstgrupperna och pratar för att få lite bättre samarbete. För de är hos patienten mycket mer än vad vi är. /.../ Så det är bra att ha dem med sig och veta att de är medvetna.

Negativa erfarenheter av samarbete med andra professioner och vårdenheter

Deltagarna som samarbetade med hemtjänsten berättade att det ibland kunde vara svårt, då de upplevde att personalen inte hade någon utbildning, pratade dålig svenska och inte förstod sjuksköterskornas instruktioner. Deltagarna menade att hemtjänsten inte alltid förstod hur ett trycksår uppstår och hur snabbt det kan gå.

Nej, men ibland kan det kännas som att en del förstår inte hur fort det går att få ett trycksår. Det kan gå över en natt eller ett par timmar till

man har det där trycket. /.../ Det är många inom hemtjänsten som inte har någon utbildning inom det här.

Kunskapen om trycksår bland undersköterskor kunde ibland vara otillräcklig men trots detta fick undersköterskorna göra undersökningen av huden vid inskrivningen, berättade deltagarna.

I första hand är det undersköterskorna som undersöker huden, hudkostymen, men även sjuksköterskor för undersköterskorna kan missa. De kan inte skilja på kategori I och inget sår eller bara ett litet hematom.

Men om jag som sjuksköterska är misstänksam för vissa bedömningar som en undersköterska har gjort, så måste jag kolla det.

En deltagare nämnde en stor besvikelse med samarbetet med primärvården. Deltagaren menade att på avdelningen hade de ett helhetstänk, de skrev ut näringsdrycker och såg till att patienten blev mobiliserad. Men när sjuksköterskorna på geriatriken överrapporterade till distriktsköterskan upplevde deltagaren att distriktsköterskan inte följde upp patienten utan lämnade över för stort ansvar till hemtjänsten.

Ibland när jag diskuterar med en distriktsköterska, så brukar jag sura till lite. Jag menar, man har haft en patient som har legat inne hos oss i en månad och man har kämpat för att patienten ska komma upp i rätt näringsnivå. Och sen när man pratar med vårdcentralen och frågar. "Hur går det med näringen då?" och de svarar "Nej, men det gör hemtjänsten." /.../ De bara släpper det! /.../

Något som kom upp från samtliga deltagare, var att en sjuksköterskas ordination inte togs på samma allvar som en läkares ordination.

/.../ om de är undernärda, då ska de äta regelbundet och gärna ta extranäring några gånger per dag, för att inte tappa krafter /.../. Vi skriver i epikriserna till vårdcentralen och om vi ordinerar att patienten ska äta två näringsdrycker om dagen, det följs ju aldrig upp! För de bryr sig inte! Men ordinerar doktorn en vätskedrivande tablett, då får de ju det. /.../

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet besvarar studiens syfte som var att belysa sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår. Syftet har besvarats med hjälp av Orems omvårdnadsteori, då intervjufrågorna utformades utifrån denna teori där egenvården ligger i fokus. För patienter i riskzonen för trycksår är det viktigt att sjuksköterskan vägleder och ger patienten och dess närstående individanpassad information som Insulander & Björvell (2013) nämner, för att finna strategier i förebyggandet av trycksår vilket även nämns i Patientlagen från 2014, som understryker patientens delaktighet (SFS, 2014:821). Resultatet visar att många sjuksköterskor såg svårigheter med patientdelaktighet och egenvård, eftersom patienterna hade inkörda vanor och var envisa, därför prioriterades inte alltid egenvård. Hos de få deltagare som faktiskt var aktiva i sitt stöd till patientens egenvård kunde man se ett stort engagemang hos patienten vilket bekräftar Orems omvårdnadsteori. Orem menar att det uppstår ett välbefinnande hos patienten genom egenvård och därför bör uppmuntras och det är sjuksköterskans uppgift att ta vara på varje patients förmåga att kunna vara delaktig i sin egenvård. Kan inte patienten utföra egenvård bör sjuksköterskan vägleda patienten och ge stöd (Orem, 2001). Hur kommer det sig att sjuksköterskorna enbart såg hinder med egenvården när det kom till de äldre patienterna, istället för att söka efter individens egenvårdskapacitet som Orem nämner. Orem menar att de flesta människor har någon form av egenvårdskapacitet (Orem 2001). Synen på egenvård varierade bland sjuksköterskorna, då vissa menade att det enbart innebar för patienten att äta, dricka och att röra på sig. Vad kan den inställningen till egenvård bero på? Glöms betydelsen av egenvård bort eller tappar sjuksköterskorna motivationen till att vägleda patienten till egenvård? Eller är det på grund av tidsbrist då det kan ta längre tid att motivera patienten att utföra egenvård än att själv som sjuksköterska utföra omvårdanden. Några deltagare poängterade dock att egenvård och delaktighet inte alltid innebar att patienten behöver utföra sin egenvård utan att det kunde handla om att patienten hade fått individanpassad information och besatt rätt kunskap om sitt tillstånd vilket Svensk Sjuksköterskeförening (2010) bekräftar. Svensk sjuksköterskeförening (2010) menar att sjuksköterskan bör ge information till patienten så hen kan göra hälsosamma val och på så sätt förebygga ohälsa.

I vår studie var samtliga deltagare överens om att sjuksköterskan hade huvudansvaret vid det förebyggandet av trycksår, vilket också bekräftas av Svensk sjuksköterskeförening (2010) som menar att sjuksköterskan har omvårdnad som ansvarsområde. Vårt resultat visar att sjuksköterskorna fokuserade på behandlingen av trycksår istället för att arbeta med förebyggandet av trycksår, vilket även bekräftas i Athlin et al.(2009) studie. Roosen et al., (2010) nämner i sin studie att nutrition är ett huvudområde i det förebyggande arbetet av trycksår, trots detta berättade deltagarna mer än gärna om vikten av nutrition vid sårsläkning och det nämndes sällan som en förebyggande åtgärd. Vi ställde oss frågan om det beror på okunskap eller dålig följsamhet bland personalen? Eller är det som Athlin et al., (2009) nämner i sin studie, att det förebyggande arbetet ansågs ha en lägre status bland sjuksköterskor och därför prioriterades det inte? Orem (2001) berättar att de universella egenvårdsbehoven som bland annat upprätthålla ett gott vätske- och födointag är nödvändiga för att säkerställa hälsa och välbefinnande. Vilket är en ytterligare bekräftelse på att nutrition är en stor del av omvårdnaden. Vi frågar oss varför det förebyggande arbetet av trycksår brister hos sjuksköterskorna och om det kan det bero på

okunskap? I en studie av Hulsenboom, Bours & Halfens (2007) visar att många sjuksköterskor använder förebyggande åtgärder för trycksår på ett felaktigt sätt. Vi föreslår att verksamhetschefer på avdelningar och enheter bör uppmuntra sjuksköterskorna att uppdatera sina kunskaper kring det förebyggande arbetet av trycksår och att sjuksköterskeutbildningen bör fokusera och lyfta trycksårsprevention ytterligare.

I tidigare studier uppvisas att trycksår innebär en hög kostnad för hälso-och sjukvården och för samhället (Lindholm, 2012; Sveriges kommuner och landsting, 2014) Det framkommer i resultatet att när sjukhusen och vårdenheterna la extra fokus på förebyggandet av trycksår arbetade personalen mer effektivt. Rutiner var tydligare och personalen visste vilka åtgärder skulle sättas in då patienten låg i riskzonen för trycksår. Resultatet visar att trycksårsprojekt var effektiva och visade goda resultat genom ett avsevärt minskat antal trycksår. Därför undrar vi varför inte enheterna fortsätter med denna typ av projekt eftersom trycksår innebär ett stort psykiskt och fysiskt lidande för patienten (Hopkins et al., 2006), på så sätt hålls vårdpersonalen à jour.

I Athlin et al. (2009) och Dunnion & Kelly (2005) studier framkommer det att information mellan olika vårdenheter var otillräcklig vilket vi inte ser i vårt resultat utan överrapportering fungerade i regel utan anmärkning. Men något annat som framkom i resultatet var att vid överrapportering mellan enheter och avdelningar togs inte sjuksköterskans ordination av näringsintag och mobilisering på samma allvar som en läkares medicinordination. Läkaren har det medicinska ansvaret och sjuksköterskan har huvudansvaret för omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Båda har en viktig roll i vården och båda kompetenser behövs för att få en optimal vård. Vi tror att vården skulle bli mer effektiv om sjuksköterskans omvårdnadsordination hanteras på samma premisser som läkares ordination då sjuksköterskan oftast har mer patientnära kontakt i jämförelse med läkaren.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskor överlåter sitt ansvar till undersköterskor och hemtjänst som har en låg eller ingen utbildning alls. I Patientsäkerhetslagen framkommer det att om sjuksköterskan anser att annan vårdpersonal har kompetens att utföra sjuksköterskans arbetsuppgifter, har hen möjlighet att överlåta denna om det är förenligt med god och säker vård (SFS: 2010:659, kap. 6, 3 §), vilket vårt resultat visar att det inte alltid följs. Resultatet visar att undersköterskor kunde göra felbedömningar när huden inspekterades vid inskrivning, vilket resulterade ibland i att sår missades eller kategoriserades fel. I USA gjordes en förändring av termen trycksår till tryckskada, den 13 april 2016, av National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016). Anledningen till denna förändring var att förtydliga termens innebörd. Begreppet tryckskada definierar en mer exakt beskrivning då det innefattar både en intakt hud och ett öppet sår. En förändring av termen i Sverige, tror vi skulle göra vårdpersonalen mer uppmärksam på trycksår som även är intakta.

Hemtjänsten kunde besöka patienten ett flertal gånger om dagen berättade deltagarna, vilket innebär att hemtjänsten hade mer patientnära kontakt än sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna noterade att kunskapen var bristande hos många inom hemtjänsten, då patientens risker för trycksår inte alltid uppmärksammades eller åtgärdades. Det är viktigt att vårdpersonal som arbetar patientnära har rätt kunskap och en förståelse för sitt omvårdnadsarbete. Det är av stor betydelse att sjuksköterskan säkerställer att information tas emot och förstås innan hen överlåter eller delegerar sin arbetsuppgift. För att mottagaren ska kunna ta emot information på bästa möjliga sätt bör informationen vara individanpassad menar Orem (2001). För att informationsöverföringen ska fungera

behöver sjuksköterskorna mer tid för att kunna utbilda och ge information till hemtjänst och undersköterskor, vilket deltagarna menade inte fanns.

Tid var ett återkommande ämne hos deltagarna som menade att bristen på tid ledde till att det förebyggande arbetet av trycksår samt stödet till patientens egenvård inte prioriterades. I en studie av Hulsenboom et al. (2007) visades att sjuksköterskor inte hade möjlighet att ta del av utbildning för att aktualisera sin kunskap om trycksårprevention på grund av bristen på tid och personal. Tid och personalbrist inom vården är ett uppmärksammat problem i Sverige som bör åtgärdas av politikerna enligt oss. I vårt resultat och i tidigare studier visar att tidsbrist är ett återkommande problem. Bristen på sjukvårdspersonal riskerar att försämrans under de närmsta 20 åren (Hörnsten & Bergström-Levander, 2002) då förfrågan av vårdpersonal kommer att öka då åldern på befolkningen förväntas att stiga (Hörnsten & Bergström-Levander, 2002; WHO, 2016).

Metoddiskussion

Studiens metod ansågs vara lämplig då sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår skulle undersökas. Genom att vi använde oss av en kvalitativ metod kunde troligtvis en större och djupare förståelse av det studerade ämnet erhållas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012) än om en enkätstudie hade gjorts. En enkätstudie hade troligen gett ett bredare men inte ett lika djupgående resultat (Billhult & Gunnarsson, 2012). Eftersom det var sjuksköterskornas uppfattning av sin roll som skulle belysas i studien ansågs den kvalitativa metoden mest passande. Vi har strävat efter att ha en mångsidig och öppen inställning i förhållande till ämnet för att det ska speglas sanningsenligt men våra tidigare kunskaper och tolkningar har bidragit till det uppvisade resultatet då författarna i den kvalitativa metoden är en del av forskningens bearbetning (Henricson & Billhult, 2012; Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Den kvalitativa metoden svarade på studiens syfte. Vi kom fram till att en litteraturstudie hade med största sannolikhet också svarat på studiens syfte, då sökningarna i CINAHL Complete och PubMed visade på att det fanns mycket skrivet om ämnet men en kvalitativ intervjustudie valdes för att få ett mer djupgående resultat.

Sophiahemmets Högskola har sex-åtta intervjuer som riktlinje för den kvalitativa intervjumetoden. Efter sex utförda intervjuer upplevdes materialet otillräckligt då svaren varierade mellan deltagarna och vi önskade finna mer information kring ämnet, därför valdes det att intervjua ytterligare två deltagare. Antalet deltagare kändes tillräckligt då mer likartade svar än tidigare på sina frågor gavs. Fler intervjuer än åtta kunde gett ett svårhanterligt material och hade inte bidragit till en djupare förståelse över det studerade ämnet (Trost, 2010). Deltagarna arbetade på olika avdelningar och enheter, de hade också olika lång erfarenhet av sjuksköterskeyrket och kunde därför ha olika svar på frågorna. Orsaken till att vi valde att intervjua sjuksköterskor på olika avdelningar och enheter som ASIH, geriatriska avdelningar och hemsjukvården var att få en variation på svaren, då trycksår är vanliga bland dessa patientgrupper (Athlin et al., 2009).

I metodavsnittet finns det beskrivet hur vi gått tillväga för urval och deltagare, vilken kontext studien är utförd i redogörs också i arbetet vilket medför till att studiens överförbarhet förstärks (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Innehållsanalysen och resultatdelens trovärdighet förstärks genom att vi redogör för läsaren hur vi gått till väga i våra resonemang, både genom tabeller och genom text. Trovärdigheten stärks ytterligare

genom att allt arbete gjorts av oss båda, vilket innebär att resultatet inte är byggt på en persons åsikt och intryck (Kristensson, 2014).

Styrkan hos studiens deltagare var skillnaden i erfarenheter hos deltagarna. Den deltagare som arbetat längst hade arbetat i 46 år och den som arbetat minst hade arbetat i tre år vilket ger en bra bild på hur det ser ut i verkligheten. Kristensson (2014) menar att det är av stor vikt att den som intervjuas har tillräckligt med erfarenhet och kunskap inom området som ska studeras, vilket vi ansåg att deltagarna har efter tre års yrkesverksamhet. En av de åtta deltagarna var av det manliga könet och de andra sju var kvinnor, vilket också ger en verklig bild då nio av tio sjuksköterskor är kvinnor (Statistiska Centralbyrån, 2010).

Danielson (2012) berättar att lokalen där intervjuerna ska hållas bör vara avskilt för att undvika avbrott och distraherande ljud från bakgrunden. Under två av intervjuerna skedde det avbrott och under en av intervjuerna framkom det ljud i bakgrunden. Avbrotten och ljuden ansågs inte påverka intervjuens innehåll och kvalitet då deltagarna inte upplevde det som störande för intervjun. Tiden då intervjun skulle hållas och lokalen valdes av deltagarna. Samtliga intervjuer hölls på deltagarnas arbetsplats och under deras arbetstid förutom pilotintervjun vilket kan ha haft en inverkan på intervjuens innehåll, då latent stress kan ha påverkat deltagarna. Detta var inget som märktes av, då ingen av deltagarna upplevdes stressad.

En av deltagarna var en bekant till en av oss, deltagaren valde trots detta att delta i studien. Deltagarens personuppgifter handskades på samma sätt som de övriga, hens integritet skyddades och bevarades på ett likvärdigt sätt som resterande deltagare vilken Helgesson (2015) poängterar. Dowling (2006) menar att det är viktigt med opartiskhet eller objektivitet under intervjuerna för att få ett så sanningsenligt resultat som möjligt. Trots detta valdes att använda den intervjun till studien, då hen i övrigt uppfyllde urvalskriterierna och upplevdes förhålla sig på ett likvärdigt sätt som de övriga deltagarna. Den personliga kontakten ansågs inte ha haft en inverkan på intervjuens innehåll och kvalitet och därmed inte heller haft en inverkan på studiens resultat och trovärdighet.

Något som kan ha påverkat studiens resultat är deltagandet av sjuksköterskor som arbetar på ASIH med patienter i livets slutskede. När dessa patienter befinner sig i livets slutskede prioriteras symptombehandling framför förebyggande åtgärder (Langemo, Haesler, Naylor, Tippett & Young 2015). Då kan vändschema skapa mer skada än nytta.

En pilotintervju utfördes och efter denna intervju gjordes några förändringar i intervjuguiden, då vi upplevde att det fanns många upprepningar bland intervjufrågorna. Vi hade samma innehåll i intervjuguiden efter pilotintervjun men frågornas uppbyggnad och ordningen på frågorna ändrades, vilket betyder att alla deltagare fick svara på samma typ av frågor. Därför valdes det att behålla pilotintervjun trots ändringar i intervjuguiden, då Trost (2010) menar att som respekt för deltagaren som besvärats med en intervju och som givit material till studien bör all insamlad material användas.

Något som märktes var att vissa av deltagarna hade fokus på behandlingen av trycksår istället för på förebyggandet av trycksår och det misstag vi gjorde var att inte vägleda deltagarna in på rätt spår tidigare, utan vi lät deltagarna prata länge om behandlingen av trycksår trots att det var irrelevant för studiens syfte. Det märktes en stor skillnad på de fyra första intervjuerna och de sista intervjuerna. Vi var mer bekväma i vår roll som intervjuare vilket gjorde att samtalet kändes mer avslappnat och vi hade hunnit lära oss av de tidigare intervjuerna att ordet förebyggande behövde betonas under intervjun.

Slutsats

Sjuksköterskorna lade mer fokus på behandling istället för förebyggandet av trycksår samt överlämnade stundtals sitt omvårdnadsansvar till personal som inte besatt tillräckliga kunskaper runt trycksår vilket kunde göra att trycksår och trycksårsprevention missades. Egenvårdens betydelse vid trycksårsprevention varierade bland sjuksköterskorna och prioriterades inte alltid då sjuksköterskorna upplevde att motivationen till egenvård som svår.

Fortsatta studier

Vi såg att det fanns brister i informationen mellan enheter och avdelningar samt hos vårdpersonal. Det hade varit intressant att få höra hur undersköterskor och hemtjänsts får information och utbildning av sjuksköterskor. Även att undersöka hur mycket kunskap hemtjänsten och undersköterskor besitter samt hur de arbetar med förebyggandet av trycksår. Det vore även spännande att undersöka om det finns skillnader i det förebyggande arbetet av trycksår bland olika landsting och kommuner. Då många patienter är mer utsatta för trycksår på akuten, hade det varit intressant att se hur sjuksköterskorna arbetar med förebyggandet av trycksår, samt hur trycksårspreventionen skulle kunna förbättras.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie kan bidra till en ökad medvetenhet i det förebyggande arbetet av trycksår hos sjuksköterskor då olika åtgärder tas upp samt hur sjuksköterskan kan ge stöd till patientens egenvård. Denna studie poängterar också vikten av samverkan med annan vårdpersonal för att kunna ge patienten en optimal vård. Vikten av sjuksköterskans utbildning om det förebyggande arbetet av trycksår till undersköterskor och annan vårdpersonal bör prioriteras, då dessa professioner har i vissa fall mer patientnära kontakt än sjuksköterskan. Studien visar att sjuksköterskor behöver ha ett aktivt fokus på det förebyggande arbetet av trycksår för annars riskerar brister att uppstå. Vi föreslår att det förebyggande arbetet regelbundet lyfts upp på avdelningar och enheter samt att personalens kunskap kring ämnet bör uppdateras kontinuerligt då riktlinjer och rön är i ständig utveckling.

REFERENSER

- Athlin, E., Idvall, E., Jernfält, M., & Johansson, I., (2009). Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15/16), 2252–2258. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02886.x
- Benbow, M. (2009). Quality of life and pressure ulcers. *Journal Of Community Nursing*, 23(12), 14-18. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105270835&site=ehost-live>
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 140-149). Lund: Studentlitteratur
- Bluestein, D., & Javaheri, A. (2008). Pressure ulcers: Prevention, evaluation, and management. *American Family Physician*, 78(10), 1186-1194. Hämtad från <http://www.aafp.org/afp/2008/1115/p1186.html>
- Byrne, J., Nichols, P., Sroczyński, M., Stelmanski, L., Stetzer, M., Line, C. & Carlin, K. (2016). Rophylatics sacral dressing for pressure ulcer prevention in high-risk patients. *American Journal of critical care*, 23(3), 228-234. doi: 10.4037/ajcc2016979
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I L. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 163-176). Lund: Studentlitteratur
- Dealey, C., Posnett, J., & Walker, A. (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal Of Wound Care*, 21(6), 261-264. doi: [10.12968/jowc.2012.21.6.261](https://doi.org/10.12968/jowc.2012.21.6.261)
- Dowling, M. (2006). Approaches to reflexivity in qualitative research. *Nursing Research*, 13(3), 7-21. Hämtad från <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/nr2006.04.13.3.7.c5975>
- Dowsett, C. (2015). Breaking the cycle of hard-to-heal wounds: balancing cost and care. *Wounds International*. 6(2), 17-21. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=121a1b24-2a3b-4b53-9ce8-c8d745c363e5%40sessionmgr113&vid=57&hid=102>
- Drake, D. J., Swanson, M., Baker, G., Pokorny, M., Rose, M. A., Clark-Reed, L., ... Engelke, M. K. (2010). The Association of BMI and Braden Total Score on the Occurrence of Pressure Ulcers. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 37(4) 367-371 doi: 10.1097/WON.0b013e3181e45774
- Dunnion, M., E., & Kelly B. (2005). From the emergency department to home. *Journal of clinical nursing* 14(6) 776-785. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01129.x
- Essex, H. N., Clark, M., Sims, J., Warriner, A. & Cullum, N. (2009), Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: Assessment using generic health-

- related quality of life measures. *Wound Repair and Regeneration*, 17: 797–805. doi: 10.1111/j.1524-475X.2009.00544.x
- Fletcher, J. (2016). Does friction play a role in the occurrence of pressure ulcers?. *Wounds UK*, 12(1), 124-127. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b25e004-b84d-459c-8d8d-beebf0ebca55%40sessionmgr107&vid=14&hid=110>
- Friberg, F. (2014). *Att bli sjuksköterska: En introduktion till yrke och ämne*. (ss. 162-174). Lund: Studentlitteratur
- García-Fernández, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., Agreda, J. S., & Rodríguez Torres, M. C. (2013). Risk assessment scales for pressure ulcers in intensive care units: A systematic review with meta-analysis. *EWMA Journal*, 13(2), 7-13. Hämtad från: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104147497&site=ehost-live>
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M & Billhult, A. (2012). Kvaliativ design. I L. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Hopkins, A., Dealey, C., Bale, S., Defloor, T. och Worboys, F. (2006), Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal of Advanced Nursing*, 56: 345–353. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04007.x
- Hulsenboom, M. A., Bours, G. JJW., & Halfens R. JG. (2007). Knowledge of pressure prevention: A cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC Nursing* 6(2). doi: 10.1186/1472-6955-6-2
- Hörnsten, C. A., & Bergström-Levander, I. (2002). Personalbrist inom sjukvård och omsorg. *VälfärdsBulletinen* 3, 22-24. Hämtad från http://www.scb.se/Grupp/valfard/dokument/A05ST0203_08.pdf
- Insulander L., & Björvell H., (2013). Patient empowerment: ett förhållningssätt i mötet med patienten. I L. Klang Söderkvist (Red.). *Patientundervisning* (ss. 135-158). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, O., & Fagerström, B. (Red.). (2008). *Svenska skrivregler: Språkrådet*. Stockholm: Liber
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I L. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 69-94). Lund: Studentlitteratur
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvaliativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

- Langemo, D., Haesler, E., Naylor, W., Tippet, A., & Young, T. (2015). Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *International Journal Of Palliative Nursing*, 21(5), 225-232
- Lannering, C., Ernsth Bravell, M., Midlöv, P., Östgren, C., & Mölsted, S. (2016). Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers - more insight in risk assessment among nursing home residents. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(7/8), 940-950. doi:10.1111/jocn.13154
- Latimer, S., Chaboyer, W. & Gillepsie, B., (2013). Patient participation in pressure injury prevention: giving patient's a voice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28(4), 648-656. doi: [10.1111/scs.12088](https://doi.org/10.1111/scs.12088)
- Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A-C. (2004). Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 57–64. Hämtad från: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0283-9318.2003.00250.x/epdf>
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.
- Lucena, A., Santos, F., Teixeira, C., Pereira, A., G., S., Almeida, M., A., Dia, V., L. & Friedrich, M., A. (2012). Clinical Profile and Nursing Diagnosis of Patients at Risk of Pressure Ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*. 19(3), 523-530. doi: [10.1590/S0104-11692011000300011](https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300011)
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I L. Granskär & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2:a uppl., ss. 187-196). Lund: Studentlitteratur.
- Mallah Z., Nassar N., & Badr L. K. (2014). The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. *Applied Nursing Research*, 28(2): 106-113. doi: [10.1016/j.apnr.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.07.001)
- Middler, F. & Watret, L. (2012). Identifying patients at risk of pressure ulcers. *Journal of Community Nursing*. 26(6), 37-40. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=15&sid=909642ed-d6a5-4b16-a5c2-17d15119622e%40sessionmgr4004&hid=4214&bdata=JnNpdGU9ZW9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=108080724&db=ccm>
- Miller, H. (2016). Best PRACTICES. Empowering patients to play an active role in pressure ulcer prevention. *Wound Care Advisor*, 5(1), 21-23. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=300a2fc4-99a3-4ef0-8bf7-165718d9afaa%40sessionmgr115&vid=5&hid=101>
- Milne, J., & Ousey, K. (2010). Tissue viability 2010-2015: from good to great. *British Journal Of Community Nursing*, 15 18-24. doi: [10.12968/bjcn.2010.15.Sup5.78111](https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.Sup5.78111)
- Moore, Z., Johansen, E., van Etten, M., Strapp, H., Solbakken, T., Smith, B.,... Faulstich, J. (2015). Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative

survey in Norway and Ireland. *Journal of woundcare*. 24(8), 333-339. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=3e8c1559-c60a-4b80-9386-c06e99ee25a4%40sessionmgr198&hid=101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=109830219&db=ccm>

Morgan, T. (2015). The use of a honey dressing in a range of wound types. *Journal Of Community Nursing*, 29(5), 39-44. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33fc4ce5-3054-4d4c-8801-cb05f3e26522%40sessionmgr104&vid=79&hid=110>

NPUAP National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2016). NPUAP pressure ulcer stages/categories. Hämtad 1 maj, 2016, från NPUAP, <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>

NPUAP/EPUAP/PPPIA National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevention and Treatment of pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. (2nd ed.). In E. Haesler (Ed.). Perth: Cambridge Media. Hämtad från <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>

Oliveira, M., Campos, M., Padilha, J., Pereira, F., & Sousa, P. (2011). Exploring the family caregiving phenomenon in nursing documentation. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 15(1), 9-9. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e04b581b-f8da-40b9-b617-5dbdd40ebaad%40sessionmgr111&vid=11&hid=101>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby, Inc.

Ottosen, B. M. (2010). Falsk tryghed i tryksårsforebyggelse. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing*, 110(5), 42-48. Hämtad från <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2010-5/falsk-tryghed-i-tryksaarsforebyggelse>

Paquay, L., Verstraete, S., Wouters, R., Buntinx, F., Vanderwee, K., Defloor, T., & Van Gansbeke, H., (2009). Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest–post-test study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14), 1803–1811. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03170.x

Plácido de Brito Vieira, C., Ferreira de Oliveira, E. W., Costa Ribeiro, M. G., Barros Araújo Luz, M. H., & Dias Araújo, O. (2016). Preventive actions in pressure ulcers carried out by nurses in primary care. *Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 8(2), 4447-4459. doi:10.9789/2175-5361.2016.v8i2

Pressler, A. (2015). It's time to Stop the Pressure: importance of pressure ulcer prevention in community care. *British Journal Of Community Nursing*, 20(12), 6. doi:10.12968/bjcn.2015.20.Sup12.S6

Rajpaul, K., & Acton, C. (2016). Using heel protectors for the prevention of hospital-acquired pressure ulcers. *British Journal Of Nursing*, 25(6), 18-26. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a4110449-7c94-4970-a9ee-4599ea015c40%40sessionmgr106&vid=62&hid=118>

Rego, A. (2016). Pressure ulcers or moisture lesions: the theatre perspective. *Journal Of Perioperative Practice*, 26(4), 84-89. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=59&sid=a4110449-7c94-4970-a9ee-4599ea015c40%40sessionmgr106&hid=118>

Roosen, K., Fulbrook, P., & Nowicki, T. (2010). CLINICAL UPDATE. Pressure injury prevention: continence, skin hygiene and nutrition management. *Australian Nursing Journal*, 18(2), 31-34 Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=50aa6ab9-44e4-4753-8ad7-e39ceb7d392b%40sessionmgr120&vid=11&hid=115>

Santamaria, N., Gerdtz, M., Liu, W., Rakis, S., Sage, S. Ng. A. W .Tudor, H.,... Liew, D. (2015). Clinical effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II Trial. *Journal Of Wound Care*, 24(8), 340-345. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d5064942-8532-42f2-90cb-3a321463fc92%40sessionmgr104&vid=40&hid=115>

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Hämtad 13 april, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 22 maj, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. Patientlag. Hämtad 15 maj, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Socialstyrelsen (2016). *Öppna jämförelser 2015 Hälso- och sjukvård: Övergripande indikationer*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20016/2015-12-34.pdf>

Statistiska Centralbyrån (2010). Könstruktur per utbildning och yrke 1990-2030: Utbilning och forskning. Hämtad från http://www.scb.se/statistik/_publikationer/uf0521_1990i30_br_a40br1001.pdf

Stockholms länslandsting (2016). *Hjälpmedelsguiden*. Hämtad 10 maj, 2016, från <http://www.hjalpmedelsguiden.sll.se/Behovstrappor-NY/Vard-och-behandling1/2-Fysiska-funktioner/043306-Madrasser-och-madrasskydd-avsedda-for-trycksarsprevention/>

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Svensk sjuksköterskeförening: Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2014). *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet: Patientsäkerhet lönar sig: Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013*. Hämtad från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-131-0.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting (2016). Hämtad från <http://skl.se/download/18.58372ea51540eff65158cb49/1462263594935/PPM+Trycks%C3%A5r+2016.pdf>

Sving, E., Idvall, E., Högberg, H., & Gunningberg, L. (2014). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(5), 717-725. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.09.007

Thomas, E., Vinodkumar, S., Mathew, S., & Setia, M. S. (2015). A study of the factors associated with risk for development of pressure ulcers: A longitudinal analysis. *Indian Journal of Dermatology*, (60), 566-572. doi: 10.4103/0019-5154.169127

Trost, J. (2010). Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur.

Tung, J. Y., Stead, B., Mann, W., Pham, B., & Popovic, M. R. (2015). Assistive technologies for self-managed pressure ulcer prevention in spinal cord injury: A scoping review. *Journal Of Rehabilitation Research & Development*, 52(2), 131-145. doi:10.1682/JRRD.2014.02.0064

Varga M. A., & Holloway S. L. (2016). The lived experience of the wound care nurse in caring for patients with pressure ulcers. *International wound journal*, 13(2), 243-251. doi: 10.1111/iwj.12279

Vetenskapsrådet. (u.å.). Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Watret, L., & Middler, F. (2012). Identifying patients at risk of pressure ulcers. *Journal Of Community Nursing*, 26(6), 37-40. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7cec8b8b-d241-4fc0-89d0-ef16f9418c83%40sessionmgr120&vid=10&hid=115>

Watret, L., Middler, F. M. & Wilson, J., (2011). Challenges facing district nurses in the prevention of pressure ulcers. *European Wound Management Journal*, 11(3), 7-10. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7cec8b8b-d241-4fc0-89d0-ef16f9418c83%40sessionmgr120&vid=21&hid=115>

White, R., Downie, F., Bree-Asian, C., & Iversen, C. (2014). Pressure ulcers: avoidable or otherwise?. *Wounds UK*, 10(4), 12-21. Hämtad från: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_11439.pdf

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I L. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.193-216). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO), 2016. 10 facts on ageing and the life course. Hämtad 20 maj, 2016, från http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/

BILAGA A

Stockholm 2016-XX-XX

Till verksamhetschef XX

Vi heter Hanna Amaral och Maria Malmsten och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör förebyggandet av trycksår (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid

Om Du godkänner att studien genomförs vid XX, är vi/jag tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid _____ är vi/jag tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss/mig eller vår/min handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students telefonnummer

Students E-postadress

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Arbetets titel

Sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår.

Problemområdet beskrivs kortfattat

Vi har uppmärksammat vikten av att belysa förebyggandet av trycksår då det är förekommer bland patienter. Det är tidskrävande för personalen, kostar mycket och det är väldigt smärtsamt och bidrar till sämre mående för patienten och anhöriga. Trycksår kan också vara förknippat med skam för sjuksköterskan då det kan upplevas som ett misslyckande när patienten drabbas av ett trycksår. Vi vill belysa sjuksköterskans pedagogiska roll i sitt förebyggande arbete samt egenvården då patientdelaktigheten bidrar till mer förståelse och främjar hälsa och patientens autonomi.

Syftet med arbetet anges

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskans uppfattning av sin roll samt sitt stöd till patientens egenvård, i förebyggandet av trycksår.

Arbetets design och metod för datainsamling beskrivs kortfattat

Vi har valt att utföra en kvalitativstudie där vi kommer att göra halvstrukturerade intervjuer. Vi kommer att ha personliga intervjuer med legitimerade sjuksköterskor som arbetar på olika arbetsplatser.

Att delta i vår studie är frivilligt och deltagarna är anonyma. Deltagarna kommer att få skriftlig och muntlig information om vår studie innan de får förfrågan om att delta.

Vi kommer att intervjua på platser som passar våra deltagare, så som på deras avdelning, hemma hos någon eller dylikt.

Vi kommer att spela in intervjuerna på bandspelare.

Tidslängd för arbetet

Jag godkänner härmed att Hanna Amaral och Maria Malmsten får utföra studien på kliniken under tidsperioden XX-XX 2006.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Intervjuunderlag

Introduktion

Inledande fråga

- **Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?**

Erfarenhet av trycksår

- **Vad har du för erfarenheter av trycksår hos patienter?**
- **Vad säger din erfarenhet, är den främsta orsaken till att trycksår uppstår?**

Förebygga trycksår

- **Vad är din uppfattning av din roll som sjuksköterska, i det förebyggande arbetet av trycksår?**

Stödord:

- Hur arbetar du idag med förebyggandet av trycksår?
- Dokumentation?
- Nutrition?
- Inskrivningsstatus?
- Riskbedömningsinstrument?
- Hur arbetar ni ihop med de andra professionerna i det förebyggande arbetet?

Egenvård och Patientdelaktighet

- **Vad innebär patientdelaktighet för dig i det förebyggande arbetet mot trycksår?**

Stödord:

- Hur arbetar du med patientdelaktighet och patientutbildning?
- Information
- Dialog
- Närstående
- Motivera

- **Vad innebär egenvård för dig som sjuksköterska i det förebyggande arbetet av trycksår?**

Stödord:

- Hur arbetar du med egenvård och utbildning av detta?
- Hur tycker du att egenvård fungerar som ett verktyg i det förebyggande arbetet av trycksår?
- Vikten av rörelse
- Nutrition

- **På vilket sätt märker du skillnad när patienten och närstående är delaktiga och får kunskap i det förebyggande arbetet av trycksår?**

Stödord:

- Större intresse för sin egenvård och hälsa
- Närståendes inverkan

Information och utbildning

- **Hur arbetar du med patientutbildning/närståendebildning i det förebyggandearbetet av trycksår?**

Avslut

Är det något mer som du skulle vilja berätta om eller tillägga kring detta