

Sårbehandling i kommunal sykepleieklinnikk

- fra pasientens perspektiv



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap, MHVMAS

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Rita Bügelmeier

Veileder: Kristin A. Laugaland

01.06.2018

Forord

Endelig, etter to år med fulltidsstudier og jobb ved siden av, er jeg ved veis ende.

Masteroppgaven er ferdig, og jeg kan se tilbake på en travel og lærerik tid, som jeg ikke ville vært foruten, men heller ikke gjentatt ☺

Jeg vil først takke familie og venner som har støttet meg og gitt meg motivasjon til å fullføre denne prosessen. Spesielt mamma, Hilde, Astrid, Anne Christine og Magnus, som har vært den beste heilagjengen. Takk til favorittene mine Helene, Marie, Clara og Linnea, som alltid får meg til å smile og le!

Tusen takk til informantene som stilte opp og gav av sin tid, og til sårsykepleierne ved sykepleieklinikkene som hjalp meg med rekrutteringen. Uten dere hadde denne masteroppgaven ikke blitt til! En ekstra stor takk til kollegene mine Birthe, Vivi og Astrid, og leder Ingvill Hovlund, for støtte og oppmuntring. Takk til medstudenter for gode samtaler, faglige diskusjoner, og konstruktive tilbakemeldinger i forbindelse med oppgaveseminarer.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min utrolig dyktige veileder Kristin Laugaland, som har satt av mange timer til faglig veiledning og motivasjon. Jeg hadde aldri klart dette uten deg!

Stavanger, 1.juni 2018

(Til Bestefar (1915-2006), som sa at hardt arbeid alltid lønner seg, og at det er bra å gå sine egne veier. Takk for alt du var, og alt du lærte meg ♥)

Sammendrag

Bakgrunn: Antall eldre i Norge vil øke betraktelig de neste tiårene. I samsvar med dette, inkludert flere livsstilssykdommer, øker sannsynligheten for kroniske lidelser, deriblant antall pasienter med kroniske sår. Pasienter med kroniske sår opplever en betydelig redusert livskvalitet, og behandlingen er kostbar og ressurskrevende. Samfunnsøkonomisk er det derfor viktig å kunne tilby pasienter med kroniske sår et godt behandlingstilbud som vil kunne bidra til økt livskvalitet for denne pasientgruppen. Kommunal sykepleieklinikk er en relativt ny organiseringsform i kommunehelsetjenesten, velegnet til oppfølging av pasienter med kroniske sår. Kommunal sykepleieklinikk har som mål å bidra til økt kontinuitet, kompetanse og bedre bruk av sykepleierressurser i behandling av pasienter.

Hensikt: Studiens hensikt er å bidra til økt innsikt i eldre pasienters (>65år) erfaringer, knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk.

Metode: Denne studien har hatt et eksplorerende kvalitativt design, hvor strukturert intervjuguide ble benyttet i datainnsamlingen. Individuelle intervjuer ble gjennomført på et utvalg av seks informanter, som alle hadde erfaring med å motta sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk, og i tillegg via hjemmesykepleie og/eller fastlege. I tekstanalysen ble kvalitativ innholdsanalyse basert på Graneheim & Lundman anvendt.

Funn: Fire kategorier ble identifisert: 1) Større grad av kontinuitet, 2) Bidrar til en mer forutsigbar hverdag, 3) Fremmer gode og trygge relasjoner, 4) Livskvalitet og aktivitet påvirkes av sammensatte faktorer

Konklusjon: Kommunal sykepleieklinikk som organiseringsform bidrar til kontinuitet og kompetanse i sårbehandlingen, som også innbefatter en bedre utnyttelse av sykepleierressursene, i tråd med klinikkens målsetninger. Kommunal sykepleieklinikk bidrar til mer forutsigbarhet i pasientens hverdag, på grunn av faste timeavtaler og lite ventetid, samt økt medbestemmelse og brukervedvirkning i sårbehandlingen. Gode og trygge relasjoner i møte med behandlere, samt helhetlig tilnærming i sårbehandlingen er viktig for pasienten, kvaliteten på behandlingen og selve sårtilhelingen. Opplevd livskvalitet påvirkes av flere sammensatte faktorer. Disse faktorene blir fremtredende dersom de begrenser pasienten i hverdagen. Gratis sårbehandling i sykepleieklinikk er et positivt aspekt, og flere informanter opplevde at avtalen ved sykepleieklinikken bidro til mer aktivitet og en mer sosial hverdag.

Implikasjoner for praksis og videre forskning: Dette er en liten studie, men funnene ut fra informantenes uttalelser kan gi implikasjoner for videre utvikling av tjenesten kommunal sykepleieklinikk, som ivaretar pasienter og tilby dem behandling av god kvalitet.

Abstract

Background: The occurrence of elderly in Norway will increase significantly over the next decades. Because of this, including multiple lifestyle diseases, the likelihood of chronic disorders, including the number of patients with chronic wounds, increases. Patients with chronic wounds experience a significantly reduced quality of life, and the treatment is costly and resource-intensive. Therefore, it is important to provide patients with chronic wounds a good treatment option that could contribute to increased quality of life for this patient group. Municipal Nurse-led clinics is a relatively new organizational form in the municipal health service, suitable for follow-up of patients with chronic wounds. The municipal nurse-led clinic aims to contribute to increased continuity, competence and better use of nursing resources in the treatment of patients.

Purpose: The purpose of this study was to contribute to increased insight into older patients' experiences (> 65 years) related to wound care in municipal nurse-led clinics.

Method: This study has had an exploratory qualitative design, where structured interviews were used in data collection. Individual interviews were conducted on a selection of six informants, all of whom had experience in receiving wound care at the municipal nurse-led clinic, and in addition through homecare-nursing and / or GP. In the text analysis, the author used qualitative content analysis based on Graneheim & Lundman.

Findings: Four categories were identified: 1) Greater degree of continuity, 2) Contributes to a more predictable everyday life, 3) Promotes good and safe relationships, 4) Quality of life and activity are affected by compound factors.

Conclusion: Municipal nurse-led clinic as an organizational form contributes to continuity and competence in wound management, which also includes better utilization of nursing resources, in line with the clinic's objectives. The municipal nurse-led clinic contributes to more predictability in the patient's daily life due to fixed-term appointments and a little waiting time, as well as increased participation and user involvement in the wound care. Good and safe relationships in dealing with therapists, as well as comprehensive approach to wound management are important for the patient, the quality of treatment and the wound healing itself. Experienced quality of life is influenced by several complex factors. These factors become prominent if they limit the patient in their daily lives. Free wound care in the nursing clinic is a positive aspect, and several informants perceived that the agreement at the nursing clinic contributed to more activity and a more social everyday life.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	9
1.3 Avgrensning.....	9
1.4 Oppgavens videre struktur.....	10
2.0 KONTEKST	11
2.1 Kommunal sykepleieklinikk.....	11
2.1.1 Bakgrunn: Leve Hele Livet.....	11
2.1.2 Mål og hensikt.....	12
2.1.3 Organisering.....	12
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV	14
3.1 Kroniske sår- definisjon og ulike sårtyper.....	14
3.2 Helhetlig tilnærming i sårbehandling	16
3.3 Pasientsentrert omsorg.....	18
3.4 Kroniske sår og livskvalitet	21
3.4.1 Behandlerrollen og organisering av sårbehandlingen.....	22
3.5 Tidligere forskning	24
4.0 DESIGN OG METODE	27
4.1 Forskningsdesign	27
4.2 Kvalitativ metode	27
4.2.1 Intervjuguide	27
4.2.2 Rekruttering av informanter.....	29
4.2.3 Gjennomføring av intervju.....	31
4.2.4 Analyse av data	32
4.3 Reliabilitet og validitet	34
4.4 Forskningsetiske aspekter.....	36
4.5 Metodiske overveielser.....	37
5.0 FUNN	39
5.1 Oppsummering av hovedfunn	50
6.0 DISKUSJON	52
7.0 KONKLUSJON	60

7.1 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning.....	61
Litteraturliste	62
Vedlegg 1: Litteratursøk.....	66
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	67
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	70
Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	73
Vedlegg 5: Analyseprosessen.....	76

1.0 Innledning

I årene fremover vil tallet på antall eldre over 70 år i Norge øke kraftig, fra 11% i dag, til 19% i 2060 (Syse, Pham & Keilman, 2016). I samsvar med økt antall eldre, og flere livsstilssykdommer, øker sannsynligheten for kroniske lidelser, deriblant antall pasienter med kroniske sår (Lindholm, 2012). Det antas at mer enn 50 000 mennesker i Norge lever med kroniske sår, og at ca 15 000 har aktive sår med pågående behandling. Eldre har størst forekomst av kroniske sår, da kroppens evne til sårtilheling reduseres med alderen, og faktorer som overvekt, diabetes, røyking og dårlig fungerende venesystem i beina bidrar til at flere utvikler sår (Representantforslag, Dokument 8:91 S, 2016-2017).

Pasienter med kroniske sår opplever en betydelig redusert livskvalitet, og behandlingen er kostbar og ressurskrevende (Langøen & Pukstad, 2014). En svensk studie indikerer at kostnadene for behandling av kroniske sår tilsvarer 1,5 % av helsebudsjettet, og det er sannsynlig at disse tallene er overførbare til norsk kontekst (Slagsvold & Stranden, 2005). Samfunnsøkonomisk er det derfor viktig å kunne tilby pasienter med kroniske sår et godt behandlingstilbud som vil kunne bidra til økt livskvalitet for denne pasientgruppen (Langøen & Pukstad, 2014).

For å imøtekomme en stadig økende eldre befolkning har en rekke tiltak blitt iverksatt, deriblant innføring av Samhandlingsreformen i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformens målsetning er å bidra til bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester, på en bærekraftig måte. Strategiene for å oppnå denne målsetningen er mer forebygging, tidligere behandling, samt styrke samhandlingen på tvers og innad i tjenestenivå. Strategien vektlegger også å gi pasienter og brukere rett behandling til rett tid og rett sted, gjennom helhetlige, koordinerte og tilpasset helse- og omsorgstjenester. Det vektlegges også at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen har ført til en tydeligere oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten hvor mer ansvar nå legges over på kommunene. Denne oppgave- og ansvarsfordelingen har blant annet ført til et større behov for sykepleietjenester i kommunehelsetjenesten. Økt behov for sykepleietjenester i kommunehelsetjenesten krever nye og effektive organiseringsformer, for å kunne utnytte sykepleiekompetansen på en god måte (Helsedirektoratet, 2017).

I lys av samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld.nr.47, 2008-2009), og de helsepolitiske målsetningene, har noen få kommuner i Norge, etter inspirasjon fra Danmark, opprettet sykepleieklinikker i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenestens poliklinikk og kommunens hjemmesykepleie (Gunnarshaug, 2012, s.13). Kommunal sykepleieklinikk er et tilbud til hjemmeboende som trenger sykepleiefaglig oppfølging i hjemkommunen. Det kan være sårstell, medisinhåndtering, stell av sentralt venekateter (CVK), injeksjoner, infusjoner, skift av permanent kateter, råd og veiledning i forhold til ernæring og diabetes (Hofstad, 2016). Ifølge Gunnarshaug (2012, s.13) er hensikten med en kommunal sykepleieklinikk effektivisering og bedre utnyttelse av sykepleierressurser, samt å øke kvaliteten på tjenestene. Målet er at kommunal sykepleieklinikk bidrar til at pasientene blir mer aktive i egen hverdag, og blir gjort ansvarlige for egen helse og tid. Å oppsøke en sykepleieklinikk stiller større krav til pasienten, sammenliknet med å motta hjelpen hjemme. I tillegg kan det være kostnadsbesparende for kommunen, da sykepleierens arbeidsdagen brukes mer effektivt. Ingen utgifter til kjøretøy, og ingen tid går bort til transport mellom pasienter. Færre ansatte gir bedre oversikt og kontinuitet, og pasientene får tettere oppfølging. Betingelsen for å motta tjeneste i sykepleieklinikk er at pasientene er i stand til å komme seg til sykepleieklinikken (Hofstad, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kommunal sykepleieklinikk representerer en relativt ny organiseringsform innen primærhelsetjenesten i Norge, som et alternativ til hjemmesykepleie. Den største pasientgruppen ved sykepleieklinikkene er pasienter med sår og klinikkene anses velegnet til å følge opp disse, på grunn av organisering, hygieniske forhold, arbeidsstilling, kontinuitet og kompetanse (Withthøfft & Sommer, 2017). Imidlertid avdekker litteratursøk at det foreligger svært begrenset forskning knyttet til sårbehandling i sykepleieklinikk i norsk sammenheng, både fra et sykepleier-, pasient-, og eller samfunnsperspektiv. Dette understreker behovet for forskning på dette området.

Pasienters erfaringer med helsetjenesten er en av flere nasjonale kvalitetsindikatorer og utgjør dermed en viktig del av kvaliteten på tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Kartlegging av pasienters erfaringer med sårbehandlingstilbudet i kommunal sykepleieklinikk er et sentralt virkemiddel for å fremheve pasientperspektivet, styrke medvirkning og bidra til økt innsikt. Det understrekes i forskningslitteraturen at forskning primært har hatt fokus på kliniske resultater og kostnader knyttet til sykepleieklinikker og i mindre grad vært opptatt av

å kartlegge pasienters erfaringer med selve behandlingstilbudet (Jakimowicz, Stirling & Duddle, 2015).

Denne oppgaven har fokus på pasienters erfaringer med sårbehandling i sykepleieklinikk, og bygger på en eksplorerende kvalitativ studie. Grunnen til valg av fokus er forskers bakgrunn som sykepleier med videreutdanning i sårbehandling (sårsykepleier), og erfaring med behandling og oppfølging av pasienter med sår, i kommunal sykepleieklinikk. Forsker har egeninteresse for faget sårbehandling, og ønsker å bidra til å rette fokus mot hvilke tjenester som ivaretar sårpasientens behov.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å bidra til økt innsikt om pasienters erfaringer, knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Det er viktig å kartlegge pasienters erfaringer med behandlingstilbudet i sykepleieklinikk, da dette setter pasientens «stemme» i fokus i arbeid med kvalitetsforbedring. Brukermedvirkning er en lovfestet rett som står sentralt i helsepolitikken i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Studien tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hva kjennetegner pasienters erfaringer knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk?

Tre forskningsspørsmål er utarbeidet for å besvare problemstillingen:

1. Hvilke erfaringer har pasienter med sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk, sammenliknet med sårbehandling fra annen aktør i primærhelsetjenesten, som fastlege og/eller hjemmesykepleie?
2. Hvilke faktorer opplever pasienter som viktige for god sårbehandling?
3. Hvordan beskriver pasienter behandlingstilbudet i kommunal sykepleieklinikk, knyttet til målsetningene om livskvalitet, aktivitet, og ansvar for egen tid og helse

1.3 Avgrensning

Studien er avgrenset til pasienters erfaringer med sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Inklusjonskriteriene for studien er eldre pasienter (> 65 år), med kroniske sår, varighet over seks uker, som mottar sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Mer spesifikt vil studien kartlegge pasienters erfaringer knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk sammenliknet med andre aktører i kommunehelsetjenesten, som fastlege og

eller/hjemmesykepleie. I tillegg vil pasienters erfaringer knyttet opp mot sykepleieklinikkens målsetninger vektlegges, herunder livskvalitet, medvirkning og ansvar for egen tid og helse.

1.4 Oppgavens videre struktur

I oppgavens kapittel 2 presenteres bakgrunn, mål og organisering av kommunal sykepleieklinikk. I Kapittel 3 presenteres anvendt teori som utgjør rammeverket for studien. I kapittel 4 gjøres det rede for den metodiske tilnærmingen og refleksjoner knyttet til denne. I kapittel 5 presenteres funn fra det empiriske materialet knyttet opp mot studiens problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 6 diskuteres studiens funn opp mot anvendt teori og eksisterende kunnskapsgrunnlag. Oppgaven avsluttes med en oppsummering av hovedfunn og studiens implikasjoner for praksis og videre forskning (kapittel 7).

2.0 Kontekst

I dette kapitlet presenteres bakgrunn, mål og hensikt for opprettelse av kommunal sykepleieklinikk. Avslutningsvis gjøres det rede for organisering av tjenesten.

2.1 Kommunal sykepleieklinikk

Innføring av Samhandlingsreformen i 2012, med mål om bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester, har rettet fokus mot tidlig behandling og bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Reformen vektlegger pasienters rett til rett behandling til rett tid og rett sted, gjennom helhetlig, koordinert og tilpasset helse- og omsorgstjeneste (Helsedirektoratet, 2018). Overføring av sykepleieoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten krever nye organiseringsformer, for å kunne utnytte sykepleiekompetansen på en bedre måte. Pasienter med større pleie- og omsorgsbehov skrives ut fra sykehus, og overføres til kommunehelsetjenesten, som da trenger flere ressurser for å imøtekomme dette (Helsedirektoratet, 2018).

2.1.1 Bakgrunn: Leve Hele Livet

Omstillingsprosjektet «Leve hele livet» har vært bakgrunn for etablering av kommunal sykepleieklinikk. Målet med «Leve hele livet»-prosjektet er fornøyde brukere, som ved hjelp av forebygging, rehabilitering, teknologi og sosialt nettverk klarer seg selv i stedet for å bli passive mottakere av helsetjenester. Brukerne skal få hjelp til å kunne mestre hverdagen slik at de kan bo hjemme lengst mulig, opprettholde funksjonsnivået sitt, og delta aktivt i samfunnet, som vil bidra til å øke livskvaliteten (Gunnarshaug, 2012, s.28).

I 2017 lanserte regjeringen oppstarten av arbeidet med en ny kvalitetsreform for eldre, som bygger på «Leve hele livet»-prosjektet, og erfaringer som ansatte, eldre, pårørende og forskere har sett fungerer i praksis. Erfaringer som løfter kvaliteten på tjenestene, og bidrar til en trygg og verdig alderdom. Reformen består av 25 konkrete og utprøvde løsninger på områder som ofte svikter i tilbudet til eldre i Norge i dag. Blant annet aktivitet og fellesskap, helsehjelp, og sammenheng i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld.nr.15, 2017-2018). Reformen «Leve hele livet» skal legge til rette for at eldre skal bruke ressursene sine, få dekket behovene sine, og delta i fellesskapet. Gjennom allerede igangsatte og gjennomførte satsinger og tiltak i ulike kommuner, vil en ny og bærekraftig politikk signaliseres gjennom denne reformen. Mens tidligere reformer ofte har handlet om systemer, vil «Leve hele livet» handle om mennesker; Å sikre alle innbyggere en god og trygg alderdom, som innebærer bedre tjenester og tilbud, men også et samfunn der eldre får brukt

sine ressurser. «Leve hele livet» skal bidra til at eldre får mulighet til å mestre eget liv der de bor, hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.1.2 Mål og hensikt

Ifølge St.meld.nr. 15 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) skal «Leve hele livet» bidra til å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud til eldre. Målet er å gi økt trygghet og forutsigbarhet gjennom pasientforløp, og færre ansatte å forholde seg til. Utfordringene i dag er blant annet for lite personsentrert tilnærming, for lite kontinuitet og trygghet, for mange ansatte å forholde seg til, og usikkerhet om og når hjelpen kommer. Overførsel mellom tjenestetilbudene innad i kommunene er også krevende, og bærer preg av for lite kontinuitet og trygghet i overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. For å møte disse utfordringene foreslås det flere løsninger, med mål om økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet. Den enkeltes behov skal være utgangspunktet for tjenestetilbudet. Personsentrert tilnærming innebærer å ivareta hele mennesket, ikke bare sykdom og funksjonssvikt. Målet er at hvert individ skal ta i bruk sine ressurser, og opprettholde selvstendighet så langt som mulig. Brukerne av tjenestene har behov for tilgjengelighet, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet. Mange kommuner har tatt ulike grep for å møte dette behovet. Kommunal sykepleieklinikk er et eksempel på en organiseringsform som viser hva «Leve hele livet»-reformen handler om, til inspirasjon for andre kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.1.3 Organisering

I Rogaland ble den første kommunale sykepleieklinikken offisielt åpnet i 2014, etter inspirasjon fra en sykepleieklinikk i København kommune i Danmark (Gunnarshaug, 2012, s.13). Kommunale sykepleieklinikker gir tilbud om sykepleietjenester i et tilrettelagt lokale hvor de hygieniske forholdene er optimale, og hvor nødvendig utstyr er tilgjengelig til enhver tid. Pasienten bestiller time, og kommer til klinikken, i stedet for at sykepleieren kommer hjem. Sykepleieklinikken sikrer effektiv bruk av sykepleierressursene, da ingen tid går bort til transport. Faste timeavtaler reduserer ventetiden for pasienten, og pasienten er sikret kontinuitet i tjenesten (Witthøftt & Sommer, 2017). Ved å komme seg til klinikken, i stedet for å være en passiv tjenestemottaker hjemme, stimuleres pasienten til sosial og fysisk aktivitet. Vanløse sykepleieklinikk i København opplever at pasientene er tilfredse med tilbudet, fordi de møter få sykepleiere og slipper å sitte hjemme og vente på hjemmesykepleien (Witthøftt & Sommer, 2017). I forhold til sårbehandlingen er det dokumentert i gjennomsnitt 10 dager raskere sårtilheling på klinikken enn hjemme. Frekvensen på behandlingene kan ofte reduseres, og diagnostisering og igangsetting av rett

behandling skjer tidligere enn ved hjelp hjemme (Witthøfft & Sommer, 2017). På bakgrunn av erfaringer fra oppstarten av den første sykepleieklinikken i Rogaland, opprettet også to av nabokommunene hver sin sykepleieklinikk. I ettertid har flere kommuner vist interesse for en slik organiseringsform kommunal sykepleieklinikk representerer.

Kommunale sykepleieklinikker kan organiseres på ulike måter. De kan være tilknyttet hjemmebaserte tjenester, lokalmedisinske sentre, helsehus, sykehjem eller i et uavhengig lokale. I Norge er kommunale sykepleieklinikker tilknyttet hjemmebaserte tjenester, helsehus, eller sykehjem (Gunnarshaug, 2012, s.13). I Danmark er sykepleieklinikkene ofte tilknyttet såkalte «Sundhedshus», med ulike profesjonsgrupper, hvor fokuset er på sykdomsforebygging og helsefremming. Men forutsetningen er at faste sykepleiere med sårkompetanse er ansatt ved sykepleieklinikkene, og tar ansvar for å utføre sårbehandlingen (Witthøfft & Sommer, 2017).

Det overordnede, medisinske ansvaret for pasienten tilhører legene. Fastlegen er en sentral aktør i oppfølging av pasienter, med blant annet ansvar for å stille diagnoser og henvise pasienter til videre utredning i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som opplever å utvikle sår, vil på et tidspunkt oppsøke fastlegen sin, for å få stilt en diagnose og igangsatt behandling. Fastlegen henviser til spesialist ved behov, og ofte overtar hjemmesykepleien utførelsen av sårbehandlingen (Harrison, M. et al. 2011). I kommuner som har opprettet kommunal sykepleieklinikk, henvises pasientene dit, for behandling og oppfølging i forhold til såret sitt (Gunnarshaug, 2012, s.13). Ifølge (Gunnarshaug, 2012, s.14) kan samarbeidspartnere, som leger og andre sykepleiere, dra fordeler av en slik organisering av tjenester. Kommunal sykepleieklinikk kan være en ressurs for fastleger, som ønsker å samarbeide med sykepleiere med spesialistkompetanse, i oppfølging av pasienter. Det være pasienter med sår, eller pasienter med andre diagnoser og utfordringer. Sykepleiere i kommunehelsetjenesten kan dra nytte av kompetansen til spesialsykepleierne ved sykepleieklinikkene, ved undervisning og veiledning. Kommunal sykepleieklinikk kan bidra til at kommunehelsetjenesten kan bruke ressursene sine der behovet er, og utnytte sykepleiekompetansen på en bedre måte (Helsedirektoratet, 2017).

3.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenteres og belyses teori som anses som relevant i lys av studiens problemstilling. Teorien vil omhandle både faglitteratur og forskning.

3.1 Kroniske sår- definisjon og ulike sårtyper

Et hudsår defineres som en skade i hudens normale fysiologi. Når skaden har skjedd, forsøker kroppen å reparere den. Sårheling er prosessen der kroppen forsøker å gjenskape huden og dens kontinuitet; en komplisert prosess som omfatter aktiviteter på celle-, fysiologisk og biokjemisk nivå (Lindholm, 2012). Dersom såret ikke viser tegn til tilheling i løpet av seks uker, blir det definert som et kronisk sår. Det finnes flere ulike sårtyper, men de vanligste er leggsår (arterielle og venøse sår), diabetiske fotsår, trykksår og kreftsår (Lindholm, 2012).

Eldre har størst forekomst av kroniske sår, da kroppens evne til sårtilheling reduseres med alderen. Kardiovaskulære sykdommer, som for eksempel nedsatt arteriell og venøs sirkulasjon, hjertesvikt, arteriosklerose, og diabetes øker risikoen for sår, og hemmer også sårtilhelingen (Järbrink et al, 2017).

Leggsår rammer ca 0,1-1% av den norske befolkningen, og risikoen for å utvikle leggsår øker med alderen. Forebygging er viktig for å unngå at sår oppstår, og riktig behandling er helt essensielt for at såret skal tilhele. Å leve med et kronisk sår går utover livskvaliteten til pasienten, og årlige kostnader for behandling av leggsår er betydelige (Slagsvold & Stranden, 2005). Det finnes ulike typer leggsår, men de to som oppstår hyppigst er venøse eller arterielle sår (Slagsvold & Stranden, 2005).

Venøse sår er lokalisert ovenfor ankelknoken, og omtrent 50% av alle leggsår er forårsaket av venøs insuffisient. Venøs insuffisient innebærer svikt i blodårene i beina som frakter blodet tilbake til hjertet (Lindholm, 2012). Konsekvensene av venøs insuffisiens er at beina hovner opp, noe som kan forårsake at venøse sår oppstår, eller at et sår ikke heler. Det kan foreligge visse arvelige faktorer, som gir større sjanse for utvikling av venøse leggsår. Tromboser i leggen, i forbindelse med svangerskap, fraktur eller kirurgiske inngrep, kan gi opphav til leggsår (Lindholm, 2012). Venøse leggsår kan forhindres ved bruk av kompresjonsstrømper, tilpasset hver enkelt pasient. Bevegelser i fotleddet og å være mest mulig aktiv, kan motvirke ødem. Beina bør plasseres høyt ved hvile, på dagtid og om natten. Ubehandlet ødem kan føre til utvikling av leggsår (Lindholm, 2012).

Arterielle sår oppstår som følge av nedsatt arteriell sirkulasjon. Omtrent 10-20% av alle leggsår diagnostiseres som arterielle. Diagnosen fastslås ved måling av ankel-arm-indeks

(Lindholm, 2012). Åreforkalkning, aterosklerose, i arterier og arterioler i underekstremitetene reduserer oksygentilførselen til huden, slik at sår oppstår. Ved aterosklerose forsnevres karene, og blodstrømmen hindres. Ved langvarig, ytre trykk kan iskemiske sår oppstå, men slike sår kan også oppstå spontant. Iskemi betyr nedsatt blodtilførsel, og forårsakes av aterosklerose (Lindholm, 2012). Arterielle sår kan forhindres ved å slutte å røyke, reduksjon av høyt blodtrykk og kolesterol. Claudicatio intermittens kan reduseres ved gangtrening eller ved karkirurgisk inngrep. Ved kritisk iskemi skal karkirurgi alltid vurderes (Lindholm, 2012).

Diabetiske fotsår er lokalisert under ankelnivå, og skyldes nedsatt kapillær-, og/eller arteriell sirkulasjon, nevropati og fotdeformiteter. I 2005 var forekomsten av diabetes mellitus i Norge 2,5%, mens i 2011 var den steget til 3,2%. Personer med diabetes er mer utsatt for fotsår enn andre, og studier viser at 7-10% av personer med diabetes har hatt diabetiske fotsår. Slike sår resulterer i nedsatt livskvalitet, bidrar til økt sykkelighet og fare for komplikasjoner. Årlig utføres 400-500 amputasjoner under knenivå i Norge, som følge av komplikasjoner relatert til diabetes (Robberstad, Bentsen, Berg & Iversen, 2017). Utvikling av diabetiske fotsår kan hindres ved å ha kontroll på blodglukosenivået, bedre ernæringsstatus, bedre sirkulasjonen i foten (karkirurgi), behandling og forebygging av infeksjon, redusere ødem, og ortopedteknisk behandling, som sko, såler, skinne etc (Lindholm, 2012).

Trykksår går også under betegnelsene «decubitus» eller «liggesår», og skyldes ytre trykk eller friksjon fra underlag. Trykksår er en avgrenset skade på huden og ofte også underliggende vev, og vanligvis lokalisert over beinframspring (Lindholm, 2012). Forekomsten av trykksår er ca 10-20% for inneliggende pasienter ved ulike helseinstitusjoner. Årsaken til at trykksår oppstår og opprettholdes, er risikofaktorer som trykk og friksjon, nevropati, dårlig ernæring, fuktig hud og infeksjon. Pasientgruppen som oftest rammes av trykksår er de som har behov for mye pleie, tilrettelegging og medisinsk behandling. Risikoen for trykksår er først og fremst stor på grunn av immobilitet, men også på grunn av manglende evne til å merke signaler om behov for endring av kroppsstilling (Knudsen & Tønseth, 2011).

Ifølge Lindholm (2012) klassifiseres trykksår ut fra grad av hudskade og underliggende vev, fra kategori 1-4. Kategori 1 viser til rødhet i huden, men foreløpig ingen brutt hudbarriere. Ved kategori 4 er det tap av alle vevslag, blottlagt bein, sener eller muskler. Trykksår kan forhindres ved trykkavlastning, bedring av ernæringsstatus, hudpleie, god hygiene.

Kreftsår kan utvikles fra en primær hudtumor, en underliggende tumor, eller som metastaser. Lokalisering og utseende varierer ut fra hvilken krefttype det dreier seg om (Lindholm, 2012).

Kreftsår kan være godartet (benigne) eller ondartet (maligne), og opptre overalt på kroppen. Forskjellen på godartet og ondartet kreftsår er blant annet at de ondartede krever behandling ved for eksempel stråleterapi eller kjemoterapi, som kan medføre store psykiske og fysiske påkjenninger for pasienten (Lindholm, 2012).

3.2 Helhetlig tilnærming i sårbehandling

Behandling av kroniske sår krever riktig kompetanse og god kontinuitet, da færre aktører bidrar til større sjanse for raskere sårtilheling (Ousey & Cook, 2011). Helhetlig vurdering av pasienten er viktig når målet er sårtilheling. Såret bør ikke behandles isolert, men i sammenheng med pasientens tilstand. Vurderingen av pasienten bør inkludere flere faktorer; Hvordan såret oppstod, sårets størrelse, status og utseende på sårbunnen, underliggende sykdommer (diabetes, revmatoid artritt, perifer vaskulær sykdom), pasientens nåværende medisiner, pasientens ernæringsstatus, smerteproblematikk, pasientens mobilitet og sosiale forhold (Ousey & Cook, 2011). Det er alltid en pasient med et sår som skal behandles, ikke et sår på en pasient, som sitatet «Don't look at the hole in the patient, look at the whole patient», understreker. Det bør fokuseres på bakenforliggende årsaker til hvorfor såret oppstod, og hvorfor det eventuelt ikke vil tilhele (Schultz & Dowsett, 2012).

Bakenforliggende årsaker til at sår ikke tilheler er mange, blant annet dårlig ernæringsstatus, diabetes, arteriell svikt eller venøs insuffisiens. Disse tilstandene kan også øke risikoen for at et sår oppstår (Järbrink et al.,2017). Selv om man gir adekvat sårbehandling, vil såret ikke tilhele med mindre legen har satt en spesifikk diagnose, og det foreligger en forståelse av de bakenforliggende årsakene. Hvis man ikke setter i gang tiltak, er risikoen stor for at nye sår oppstår. I tillegg må pasienten selv ta del i prosessen for å få såret til å tilhele, og forebygging er viktig for å unngå utvikling av nye sår (Järbrink et al.,2017).

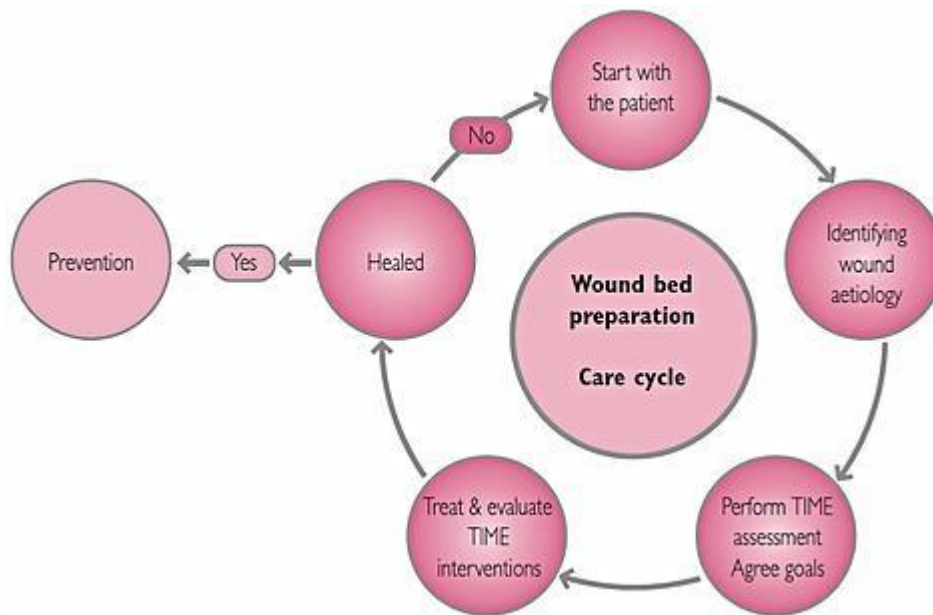
Ifølge Järbrink et al (2017) trenger kroniske sår systematisk oppfølging, med en konkret sårdiagnose før man begynner behandlingen. Diagnosen er viktig for å vite hvilken behandling helsepersonell skal iverksette. Leger kan ha mangelfull kunnskap om å diagnostisere og behandle sår, fordi det ikke er særlig mye om sårbehandling i medisinstudiet. Det er heller ingen definert spesialisering. Dermatologer, endokrinologer, karkirurger og geriatere kan alle være involvert i behandlingen av sår, på ulike nivåer. Men dersom ingen tar ansvar for pasienten og behandlingen, vil ikke sårbehandlingen gi ønsket resultat. Mangel på ansvar, samarbeid, lite kontinuitet i behandlingen, forlenget tilhelingstid, og lite informasjon

om forebygging er alle eksempler på nåværende situasjon for pasienter med kroniske sår (Dalaker 2017).

En studie av Ousey & Cook (2011) viser at sykepleiere ikke har kunnskap nok til å gjøre en evaluering av såret, for å finne frem til den mest hensiktsmessige behandlingen. Dette resulterer i økt tilhelingstid, ubehag for pasienten, økt risiko for infeksjon, unødig bruk av bandasjer, og redusert livskvalitet for pasienten. Riktig diagnose og evaluering er viktig i sårbehandling, og ifølge Ousey & Cook (2011) bør sykepleier og lege følge denne oppskriften:

- Identifisere bakenforliggende årsak til at såret har oppstått
- Legen diagnostiserer såret
- Sykepleier og lege samarbeider om å utarbeide riktig behandling, ut fra sårets diagnose og utseende
- Evaluering av sårstatus etter igangsetting av behandling
- Identifisere faktorer som bidrar til at såret eventuelt ikke tilheler
- Lage en behandlingsplan, som evalueres fortløpende

Schultz & Dowsett, (2012) fremhever strukturert tilnærming i sårbehandling som viktig, som for eksempel nasjonale retningslinjer, for å få helsepersonell til å forstå og utvikle ferdigheter og kunnskap til å utføre korrekt evaluering og behandling av sår. En detaljert behandlingsplan og god dokumentasjon bidrar til kontinuitet i sårbehandlingen. Dette bør innebære en beskrivelse av såret (diagnose, størrelse, eksudat, sårets utseende, sårkant, omkringliggende hud, ødem, smerter), mål og tiltak i behandlingen (sårprosedyre), som evalueres under hele behandlingstiden. TIME-prinsippet er nyttig for å forstå og evaluere sårtilhelingen. TIME står for Tissue, Infection/inflammation, Moisture, Edge/Environment. Dette prinsippet kan brukes som et praktisk verktøy for å veilede helsepersonell i diagnostisering og behandling av sår (Schultz & Dowsett, 2012). Figur 1 “Wound bed preparation care cycle”, viser prinsippene i sårbehandling, med mål om sårtilheling og forebygging av nye sår:



3.3 Pasientsentrert omsorg

Kontinuitet i sårbehandlingen betyr at pasienten har få behandlere å forholde seg til, med ansvar for oppfølging og behandling. Behandlerne kjenner pasienten, og hans/hennes utfordringer, og pasienten har kjennskap til behandleren (Langøen & Gürgen, 2012, s.304).

Pasientsentrert omsorg er en behandlingsmodell som vektlegger pasientens opplevelse, verdier, behov og ønsker, i planlegging, koordinering og gjennomføring av pleie. En sentral komponent i denne modellen er det terapeutiske forholdet mellom pasienten og helsepersonell (Gluyas, 2015). Fearn, Heller-Murphy, Kelly & Harbour (2017) fremhever viktigheten av å gi sårpasienter et behandlingstilbud fra faste behandlere som gir mulighet for etablering av et terapeutisk forhold. Særlig for sårpasienter er et slikt forhold viktig, for å gi dem følelsen av å ha litt kontroll over behandlingen, for å beholde håpet for fremtidsutsiktene og for å oppleve en viss grad av selvstendighet (Fearn, Heller-Murphy, Kelly & Harbour, 2017).

En samordnet innsats er gjort for å gå bort fra en behandlingsmodell hvor pasienter er passive mottakere av pleie, til en modell hvor pasient og pårørende er aktive deltakere og er med på å ta avgjørelser i planleggingen av pleie og omsorgen. Implementering av pasientsentrert omsorgsmodell har vist seg å være fordelaktig for pasienten, da det fører til bedre bruk av ressurser, er kostnadsbesparende og øker pasientens tilfredshet omkring pleie og behandling (Gluyas, 2015). Ifølge Gluyas (2015) omfatter begrepet pasientsentrert omsorg følgende aspekter:

- å se og anerkjenne det unike ved pasientens opplevelser, verdier, behov og ønsker
- å gi emosjonell støtte og fysisk trøst
- å bidra til et terapeutisk forhold mellom pasient og helsepersonell
- å dele informasjon, makt og ansvar ved å engasjere og inkludere pasienter og pårørende i pleie- og omsorgsprosessen
- å lage et forløp tilpasset pasientens behov, som sørger for kontinuitet i behandlingen

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee støtter opp om disse aspektene, i det hun kaller et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Ifølge Travelbee kan etablering av et slikt forhold hjelpe til å oppnå spesifikke mål i behandlingen av pasienten (Kristoffersen, 2015, s. 220). Et menneske-til-menneske-forhold består av tre viktige faktorer: Kommunikasjon, å bruke seg selv terapeutisk, og målrettet intellektuell tilnærming. Travelbee forklarer dette som en interaksjonsprosess som består av flere faser. Hovedtrekkene i prosessen er et innledende møte mellom sykepleier og pasient, hvor ingen av dem kjenner hverandre, som gir et førsteinntrykk basert på observasjoner av væremåte, handlinger og språk, og en vurdering av disse faktorene (Kristoffersen, 2015, s. 220). Ettersom interaksjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg, skjer en fremvekst av identiteter, som oppfattes av den andre. Evnen til empati og sympati trer også frem. Ved empati kan sykepleieren ta del i og forstå meningen med pasientens tanker og følelser, samtidig som sykepleieren holder seg selv atskilt fra pasienten. Opplevelsen av sympati påvirker psykisk og fysisk, og vil i mange situasjoner gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon (Kristoffersen, 2015, s. 220). Etablering av gjensidig forståelse og kontakt utvikles når sykepleierens handlinger viser et ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre. Sykepleieren må både ha et ønske om å hjelpe, i tillegg til kunnskap og ferdigheter for å iverksette tiltak som samsvarer med pasientens behov. Ifølge Travelbee får pasienten sterk tillit til en sykepleier som gjennom handlinger viser seg å være til å stole på, og det oppstår en nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2015, s.221).

Travelbee vektlegger kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper i etablering av et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Utfordringen er å finne frem til det som skiller denne pasienten fra tidligere pasienter. Sykepleieren må være i stand til å skille mellom egne behov og pasientens behov, og ikke overføre sine behov på pasienten. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er svært viktig når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren

iverksetter, er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2015, s.221). Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er ifølge Travelbee et kjennetegn ved en profesjonell sykepleier, som innebærer å bruke sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten (Kristoffersen, 2015, s.222). Hensikten er å fremme en ønsket forandring hos pasienten, og forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere eller lindre pasientens plager. En forutsetning for å bruke seg selv terapeutisk, er at sykepleieren er oppmerksom på hvordan egen atferd virker inn på andre mennesker (Kristoffersen, 2015, s.222). En målrettet og intellektuell tilnærming fra sykepleieren kan hjelpe pasienten med å mestre sin situasjon, og eventuelt finne mening i den. Gjennom denne tilnærmingen benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og innsikt, til å finne frem til pasientens behov for sykepleie. Prosessen består av fem trinn, som Travelbee beskriver slik:

- Sykepleieren observerer og kartlegger pasientens behov
- Sykepleieren får bekreftet eller avkreftet antakelser om pasientens behov
- Sykepleieren vurderer egen mulighet til å hjelpe pasienten (eller henvise videre til annet helsepersonell)
- Sykepleieren legger en plan for hvordan pasientens sykepleiebehov skal ivaretas
- Sykepleieren evaluerer for å finne ut om pasientens behov er imøtekommet

(Kristoffersen, 2015, s.222).

Gluyas (2015) hevder at pasientomsorg inntil nylig basert på en paternalistisk modell, hvor helsepersonell tok avgjørelser om pleie og behandling på vegne av pasient og pårørende. Denne modellen baserte seg på en allmenn aksept om at helsepersonell hadde kunnskap og informasjon som gjorde dem eksperter på området. Men selv om helsepersonell er eksperter på klinisk kunnskap, sammenliknet med allmennheten, er den paternalistiske modellen ikke lenger å foretrekke som omsorgsmodell (Gluyas, 2015). Allmennheten innser viktigheten av god klinisk ekspertise og kunnskap, men også viktigheten av personlige omstendigheter og erfaringer i forhold til å ta avgjørelser om pleie og behandling. Pasientens forventninger til helsevesenet utvikler seg, og her inngår også et ønske om å bli involvert i avgjørelser om sin egen pleie og behandling. Pasientsentrert omsorg er avhengig av et profesjonelt forhold til pasienten, som gjenkjenner og responderer på pasientens behov og ønsker. Delt beslutningstaking er kjernen i pasientsentrert omsorg (Gluyas, 2015). Studier viser at pasientsentrert omsorg fører til økt tilfredshet blant pasienter og pårørende, i forhold til behandlingen. I tillegg reduseres antall liggedøgn i sykehus, dødeligheten synker, det skjer en reduksjon i kostnader, og bedre håndtering av kroniske sykdommer (Gluyas, 2015).

Flere organisatoriske og strukturelle faktorer, som klinikere har lite innflytelse over, hindrer dem i å samarbeide med pasientene for å sikre deres inkludering i planleggingen av pleie og behandling. Et eksempel er fragmenteringen av pleie som foregår i moderne helsevesen. Pasient og pårørende må forholde seg til helsepersonell ut fra hvilke diagnoser som stilles, og hvilket nivå pleie og behandlingen krever (Gluyas, 2015). Primærhelsetjenesten, med blant annet fastlege, hjemmesykepleie, sykehjem, mot spesialisthelsetjenesten på sykehuset med alle spesialister rettet mot spesifikke diagnoser. En slik oppstykking av behandlingsprosessen tar fokuset bort fra pasienten som en helhet. Med mindre samarbeidet, koordineringen og dokumenteringen fungerer utmerket, vil dette føre til en oppgavefokusert tilnærming som ikke tar pasientens erfaringer, verdier, behov og ønsker med i betraktningen (Gluyas, 2015).

3.4 Kroniske sår og livskvalitet

Livskvalitet som fenomen har blitt sett på som viktig helt tilbake til de greske filosofer. Selv om livskvalitet er vanskelig å definere, vil de fleste definisjoner inkludere fysiske, psykologiske og sosiale dimensjoner (Molzahn, Low & Plummer, 2012). Livskvalitet gjenspeiler ulike oppfatning om hva det gode liv er, og uttrykker de psykologiske og sosiale aspekter ved tilværelsen (Mæland, 2016).

Ifølge Naidoo & Wills (2009) viser studier gjort blant den eldre befolkningen at livskvalitet innebærer følgende faktorer:

- Fysisk helse og funksjon
- Psykososialt velvære
- Psykologisk og sosial rollefunksjon
- Sosial støtte og ressurser
- Selvstendighet, autonomi og oppfattet kontroll over eget liv
- Materielle og finansielle omstendigheter
- Samfunnets sosiale kapital
- Det ytre miljøet

Livskvalitet er derfor et komplekst konsept, som inkluderer flere ulike aspekter og påvirker på flere nivåer (Naidoo & Wills, 2009).

Enkelte opplever at livet forandres helt når de får sår, mens andre tilpasser livet til såret, eller motsatt. For personer med kroniske sykdommer, som for eksempel diabetes eller KOLS, er såret en del av en sammensatt sykdom. Sykdommen i seg selv har innvirkning på livskvaliteten, men sår som oppstår kan påvirke livskvaliteten ytterligere (Langøen &

Gürgen, 2012, s.301). Et kronisk sår kan endre pasientens liv i stor grad, og svingninger i sykdomstilstanden fører til svingninger i livskvaliteten. Det er derfor en fare for at sykdommen styrer livet, og ikke omvendt, som kan føre til at pasienten isolerer seg og mister kontakten med familie og venner. Som følger av dette kan pasienten kan oppfattes som selvopptatt, fordi pårørende føler at alt dreier seg om pasientens sykdom. Et kronisk sår kan etter hvert styre hele tilværelsen til både pasienten og familien (Langøen & Gürgen, 2012, s.301). Sårbehandlingen, enten via hjemmesykepleie eller i poliklinikk, innebærer faste ukentlige avtaler som må tas hensyn til. Endringer i sykdomsbildet kan føre til at pasienten trenger ekstra oppfølging i tillegg, og kanskje også endringer i behandlingen. Som for eksempel bruk av kompresjonsbandasje ved venøse leggsår, som kan oppleves ubehagelig for pasienten. Dette kan være med på å forsterke følelsen av at såret og sykdommen styrer både pasientens og pårørendes liv (Langøen & Gürgen, 2012, s.301).

Psykososiale faktorer, som angst, depresjon, sosial isolering, lav økonomisk status og smerte er forbundet med forsinket sårtilheling. Det foreligger lite forskning som undersøker hvordan disse faktorene ikke bare er konsekvenser av forsinket heling, men at de også kan forårsake forsinkelser i sårtilhelingen (Moffatt, Vowden, Price & Vowden, 2008).

3.4.1 Behandlerrollen og organisering av sårbehandlingen

Sykdommen og såret påvirker pasienten, men forskning viser at behandlingstilbudet også har innvirkning på pasientens livskvalitet. God kvalitet i behandlingen øker livskvaliteten, da pasienten opplever mindre smerter, sover bedre, bruker mindre tid på sårstellet, og bedre sårtilheling (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). Samlet sett opplever pasientene bedre livskvalitet ved et godt organisert behandlingstilbud, som inkluderer behandlere med riktig kompetanse (Langøen & Gürgen, 2012, s.301). I motsetning til ved tilfeldighetsprinsippet, som sårbehandlingen ofte organiseres ut fra (Langøen & Gürgen, 2012, s.305). Dette kan føre til at stadig nye personer får ansvaret, og man kan miste oversikten over hvilken behandling som er forsøkt tidligere, og behandlingen som gjennomføres her og nå. Kontinuiteten bidrar til at pasientene føler seg trygge, fordi de ser at behandler innehar kompetansen som kreves i sårbehandlingen (Langøen & Gürgen, 2012, s. 304). Kontinuiteten og kompetanse bidrar til etablering av gode relasjoner mellom pasient og behandler som igjen skaper trivsel og trygghet for pasientene (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010).

Behandleren, det være leger, sykepleier eller sårpleier, sin viktigste oppgave er å få såret til å hele. Ved å følge oppdaterte retningslinjer og søke kunnskap i fag- og forskningslitteratur, sikrer man at behandlingen er oppdatert til gjeldende standard (Langøen & Gurgun, 2012, s.301).

Hjelp til forebygging av nye sår er også en viktig del av behandlingen, som også inkluderer empowerment og brukermedvirkning. Empowerment, myndiggjøring, er viktig for å støtte pasientens friske side, og finne hans/hennes ressurser. Målet er å gjøre pasientene mest mulig ansvarlig for egen behandling, uten at behandleren fraskriver seg ansvaret (Langøen & Gurgun, 2012, s.304). Samarbeid om behandlingen ved inkludering av pasienten, som ved brukermedvirkning, er viktig for at pasienten skal føle han/hun bidrar i sårets tilhelingsprosess (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). Brukermedvirkning innebærer at pasienten er en likeverdig part i utforming av helsetjenesten. Det vil si aktiv medvirkning, i samarbeid med helsepersonell (Heggdal, 2008). Brukermedvirkning er en rettighet, lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (Kap. 3, §3-1, 2001). Loven gir pasienten rett til å medvirke, som også betyr at helsetjenesten har plikt til å involvere dem i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Brukermedvirkning kan ses som et virkemiddel på flere nivå, som kan bidra til å øke kvaliteten til generelle og individuelle tilbud (Helsedirektoratet, 2017). Kvalitet i tjenesten, her sårbehandlingen, innebærer som sagt at behandlingstilbudet er godt organisert og at behandleren er oppdatert i forhold til retningslinjer og behandlingsmetoder. Kvalitet handler om forholdet mellom ytelse og krav eller forventninger. Ifølge strategien «...og bedre skal det bli» i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) kjennetegnes tjenester av god kvalitet ved følgende faktorer:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer og gir brukerne innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressurser på en god måte
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt

Ifølge St.meld.nr.10 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013) «*God kvalitet-trygge tjenester*» er tegnet på god kvalitet at pasient og brukers behov står i sentrum. Involvering og innflytelse fra brukeren gir trygghet og større tilfredshet med tjenesten. Aktiv medbestemmelse kan også bidra til bedre resultater for pasienten, og bedre utnyttelse av ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld.nr.10, 2012-2013)

Brukermedvirkning i sårbehandling kan føre til et tettere samarbeid mellom pasient og behandler. For pasienter med kroniske sår er ofte forholdet til behandleren allerede nært, særlig dersom organiseringen av behandlingen har fokus på kontinuitet. En pasient som har få, faste sykepleiere som behandler sårene, og oppfølging fra fastlegen, vil få et tettere forhold til behandlerne sine enn pasienter som må forholde seg til mange ulike sykepleiere (Langøen & Gürgen, 2012, s.304). Helsepersonell som følger opp sårpatientene har en stor innflytelse på pasientens og pårørendes liv. Ansvar som følger med ved oppfølging og behandling av disse pasientene, må ivaretas på en skikkelig måte. Dette ved at behandlerne lager et behandlingsopplegg som følges over tid, under faglig oppsyn. Som følger av dette vil pasienten føle at han/hun er i trygge hender, og stole på behandlernes kompetanse. Dette er et viktig moment i sårbehandlingen og det er derfor viktig at pasienter med kroniske sår har sine faste behandlere (Langøen & Gürgen, 2012, s.304).

3.5 Tidligere forskning

Litteratursøket (vedlegg 1) avdekker at det foreligger svært begrenset forskning i norsk kontekst knyttet til konseptet kommunal sykepleieklinikk. Internasjonalt er sykepleieklinikk i større grad etablert og forsket på. Danmark, Australia, Sverige, Storbritannia, USA og Canada er blant landene som har etablert sykepleiedrevne klinikker. Sykepleieklinikkene i disse landene tilbyr flere tjenester, og retter seg mot flere pasientgrupper, deriblant pasienter med hjertesvikt, fedme, diabetes, andre livsstilssykdommer, og sår. Klinikken er organisert noe ulikt, fra kommunale sykepleieklinikker til sykepleieklinikker tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

Internasjonal forskning med fokus på pasientopplevelser og erfaringer i forhold til sårbehandling i sykepleieklinikk, viser at flesteparten av pasientene er positive til en slik organiseringsform. En systematisk litteraturgjennomgang ved Jakimowicz, Stirling & Duddle (2014) avdekker at pasienters opplevelsen og tilfredshet med behandling i sykepleieklinikk er nært knyttet til sentrale elementer i pasientsentrert tilnærming. I litteraturgjennomgangen vektla pasientene viktigheten av etablering av en terapeutisk relasjon basert på tillit, respekt og god kommunikasjon. Pasientene mente at sykepleiernes evne til individualisert tilnærming, og legge til rette for godt samarbeid også var viktig. Sykepleiernes kompetanse og ferdigheter ble også fremhevet (Jakimowicz, Stirling & Duddle, 2014).

En studie fra Ontario, Canada, av Harrison et. al (2011), sammenliknet tjenesten kommunal sykepleieklinikk med hjemmesykepleie ut fra pasienterfaringer. Tilbakemeldingen fra flere

pasienter var at de foretrakk å motta sårbehandlingen ved sykepleieklinikken, fordi det innebar et fastsatt tidspunkt, mot ventetid ved hjemmesykepleie. Dette var spesielt viktig for dem som fortsatt var arbeidsaktive. For andre innebar en time ved klinikken sosial kontakt. Enkelte synes det var for mange utfordringer med å oppsøke en sykepleieklinikk, som blant annet transport, parkering og avstanden de måtte gå for å komme seg til sykepleieklinikken (Harrison et al, 2011).

Collier & Radley (2005) har sett på utviklingen av en sykepleieledet sårklinikk i Lincolnshire, England, inkludert pasienters opplevelse av å motta sårbehandling i en slik klinikk. Studien undersøker i tillegg fordelene ved samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten til fordel for pasientene. Studien viser til positive tilbakemeldinger fra pasienter som har mottatt sårbehandling i en sykepleieledet sårklinikk. Flesteparten av pasientene rapporterte forbedring i fysisk og/eller psykisk helse, etter behandlingen ved klinikken. Andre positive tilbakemeldinger var muligheten for utvikling av terapeutisk forhold til sykepleierne, og etablering av gjensidig tillitsforhold. Sykepleierne bidro med nødvendig støtte og veiledning, og involverte seg og jobbet sammen med pasientene. Klinikken vektla en helhetlig tilnærming i behandlingen av pasientenes sår, som resulterte i bedre livskvalitet for pasienten, større grad av sårtilheling og kontinuitet i behandlingen. Et ønske om samarbeid og gjensidig respekt for hverandres profesjoner, førte til bedre samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (Collier & Radley, 2005).

Rayner (2006) undersøker i sin litteraturgjennomgang rollen til kommunale sykepleieledet sårklinikker i Australia, i behandling av kroniske leggsår. Ifølge Rayner (2006) er kroniske sår en økonomisk byrde for pasienten, familien og Australias helsevesen, som i tillegg reduserer pasientens livskvalitet. Faktorer som smerter, søvnløshet, begrensninger i forhold til mobilitet, emosjonelt ubehag, og sykemeldinger påvirker livskvaliteten negativt. Rayner (2006) hevder at behandlingen av pasienter med kroniske sår bærer preg av lite kontinuitet, dårlig koordinering av tjenestene, tilhelingstiden er lang, og behandlingstkostnadene utgjør en stor del av Australias helsebudsjett. Konklusjonen i denne litteraturgjennomgangen er at kommunale sykepleieledet sårklinikker kan bli en effektiv og uvurderlig samarbeidspartner til hjemmesykepleie, fastlege og sykehus i behandling av pasienter med kroniske leggsår. For å oppnå kvalitet i sårbehandlingen kreves blant annet omfattende vurdering av pasienten og såret, kompetanse, kontinuitet og tverrfaglig samarbeid. Kommunale klinikker kan bidra til en bedre, mer helhetlig og spesialisert tjeneste for pasientene (Rayner, 2006).

I en systematisk oversikt over studier som omhandler kommunale sykepleieklinikker, har Randall et al (2017), undersøkt innvirkningen slike klinikker har på kliniske resultater, pasienttilfredshet, tilgjengelighet og kostnadseffektivitet. De fleste studiene inkludert i den systematiske oversikten undersøkte pasienttilfredshet, som i hovedsak viste positive holdninger til sykepleieklinikker; trygghet, å føle seg komfortabel, følelsen av tillit og respekt. Resultat av kliniske målinger var også positivt, og viste en generell forbedring i ulike aspekter av pasientenes helse. Klinikkerne bidro også til lettere tilgang til helsetjenester for pasienter, redusert ventetid og bekvemmelighet. Organiseringen av sykepleieklinikker i nærområdet gjorde helsetjenestene mer tilgjengelig for pasientene. Kostnadseffektivitet var den minst rapporterte virkningen, med blandet resultat, men tjenesten kommunal sykepleieklinikk viste seg å være rimeligere enn tjenester som innebar konsultasjon med lege. Resultatene viste også kostnadsbesparing relatert til reduksjon i antall konsultasjoner og sykehusinnleggelse. Rayner (2007) sin retrospektive, systematiske oversiktsstudie av en sykepleieledet kommunal sårklinikk i Bunbury, Australia, viser tilsvarende funn som Randall et al (2017).

Målet med kommunal sykepleieklinikk er mer aktive innbyggere, og å samle kompetanse og anvende den der det er behov for den. Færre aktører gir bedre kontinuitet i behandlingen, og som med omstillingsprosjektet «Leve hele livet», er også målet fornøyde pasienter. En rapport av Aanonli et al. (2016, s. 111) om sykepleiere og innovasjon fremhever hvilke nytteverdier pasienter får av behandling i en kommunal sykepleieklinikk;

- Mer fleksibel hverdag, slipper å sitte hjemme og vente på hjemmesykepleien
- Færre sykepleiere å forholde seg til, som betyr at de får mulighet til å bli kjent med sykepleierne
- Mulighet for økt aktivitet og økt sosial kontakt
- Å oppsøke sykepleieklinikken gir mestringsfølelse

En brukerundersøkelse (Eikill, 2015, s. 5-7) utført ved en av sykepleieklinikkene støtter opp om funnene i rapporten til Aanonli et al (2016). Brukerundersøkelsen viser tilbakemeldinger fra 14 pasienter med kroniske sår, hvor 100% svarer at de er svært fornøyde med tjenesten og sårbehandlingen i kommunal sykepleieklinikk. Ved å motta sårbehandling i sykepleieklinikk kan de selv planlegge og kombinere besøket med andre gjøremål, som gir følelsen av frihet og å være selvhjulpen. Tilbakemeldinger viser at kort ventetid, sentrumsnær lokalisering som gjør klinikken lett tilgjengelig, kontinuitet og kvalitet i behandlingen har positive betydninger for tjenesten kommunal sykepleieklinikk (Eikill, 2015, s.5-7).

4.0 Design og metode

I dette kapittelet presenteres og begrunnes studiens forskningsdesign og valg av metode, inkludert fremgangsmåte og gjennomføring av analysen. Dette for at leseren selv skal kunne ta stilling til, og være kritisk til de valg som er tatt. Avslutningsvis reflekteres det over valg som er tatt i lys av forskningsetiske aspekter, studiens reliabilitet og validitet, samt metodiske overveielser.

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign representerer den overordnede planen for forskningsprosjektet som er viktig i planleggingsfasen og bidrar til bevissthet rundt selve forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Denne studien har et eksplorerende kvalitativt design. Denne type forskningsdesign er utforskende og egner seg når det foreligger begrenset kunnskap om problemstillingen som undersøkes (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). I nasjonal sammenheng foreligger det svært begrenset forskning og kunnskap knyttet til pasienters erfaringer med sårbehandling i kommunale sykepleieklinikk, som taler for bruk av et eksplorerende kvalitativt design. Studien har forankring i en fenomenologisk fortolkende tilnærming (Malterud, 2011), der målet er å gi en presis beskrivelse av pasientenes egne perspektiver og opplevelser knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Kvalitativ metode er godt egnet når man søker forståelse og innsikt i bestemte gruppers subjektive erfaringer og opplevelser (Thagaard, 2013).

4.2 Kvalitativ metode

Ifølge Malterud (2011) er kvalitativ metode en forskningsstrategi som egner seg godt for å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomener som studeres. En av styrkene til kvalitativ metode er at den kan bidra til å presentere mangfold og nyanser, da en og samme virkelighet alltid kan beskrives ut fra ulike perspektiver. Den kvalitative studien bygger på individuelle intervjuer med eldre pasienter (>65 år), som mottar/har mottatt sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk, for å få kunnskap om deres erfaringer knyttet til sårbehandlingstilbudet de mottar. Formålet med intervju som datainnsamlingsmetode, er nettopp å samle omfattende og fylldig informasjon om menneskers opplevelser, synspunkter og perspektiver på temaer som blir tatt opp under intervjuet (Thagaard, 2013). Intervjuene ble gjennomført vinteren 2018.

4.2.1 Intervjuguide

En viktig del av forberedelsen til datainnsamling er utarbeidelse av intervjuguide, som handler om å omsette studiens overordnede problemstilling og forskningsspørsmål, til konkrete

temaer med underliggende spørsmål (Thagaard, 2013). I tillegg innebærer arbeid med intervjuguiden at man faglig og mentalt forbereder seg til å møte den eller de man skal intervjuer. Det er flere måter å lage en intervjuguide på, fra detaljert oppsett og ferdig formulerte spørsmål, til kun å inneholde tema (Dalland, 2012). I denne studien ble en strukturert intervjuguide anvendt, med forhåndsbestemte tema og spørsmål. Selv med åpne spørsmål er det viktig med en viss standardisering, da standardiserte svar kan sammenliknes og systematiseres. Dette vil bidra til å lette analysearbeidet, slik at det blir mindre tidkrevende for forskeren (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 2) ble utarbeidet på bakgrunn av studiens problemstilling og forskningsspørsmål, samt basert på forskerens egne erfaringer som sårsykepleier i kommunal sykepleieklinikk. Intervjuguiden er delt inn i tre tema, på bakgrunn av de tre forskningsspørsmålene. Følgende tema inngår: (1) Erfaringer med sårbehandling i primærhelsetjenesten: fastlege/hjemmesykepleie, (2) Sårbehandling i sykepleieklinikk, (3) Livskvalitet, medvirkning, og ansvar for egen helse.

Avslutningsvis i intervjuguiden ble det åpnet for innspill, spørsmål og eventuelle kommentarer fra informanten. Malterud (2011) påpeker at det er viktig å åpne for andre innspill og nye spørsmål som kan belyse problemstillingen.

Det ble jobbet betydelig med intervjuguiden og spørsmålsformuleringer. Dette for å unngå utvetydighet og ledende spørsmål. Det var også viktig at spørsmålene som ble stilt gav rom for utdypning og reflekterende svar. For å avdekke vanskelige og uklare formuleringer, og for å sikre gyldigheten, ble det gjennomført en pilot-test av intervjuguiden med sårsykepleier som jobber i en kommunal sykepleieklinikk. Fordelen med å gjennomføre en pilot-test av intervjuet er at man kan kartlegge sentrale aspekter ved et tema, og teste hvordan spørsmålene i intervjuguiden forstås (Kvale & Brinkmann, 2012).

Under og etter pilot-testen ble det gjort små justeringer. Tilbakemeldingene fra test-personen handlet både om spørsmålene i intervjuguiden, og om forskeren som gjennomførte intervjuet. De fleste spørsmålene var forståelige, men et par måtte omformuleres. Intervjuet ble gjennomført med forsøk på å skape en god atmosfære og samtale. Det ble lagt vekt på å starte intervjuet med å presentere prosjektets hensikt, understreke anonymitet, og informere om muligheten informanten hadde til å trekke seg før og under intervjuet. Forskeren understreket at dette ikke hadde konsekvenser for pasienten eller behandlingstilbudet. Tilbakemeldingene fra testpersonen var at informasjonen var nyttig, og gav trygghet. Disse tilbakemeldingene

bidro til en bedre utformet intervjuguide, og at forskeren var litt mer forberedt på rollen sin i intervjusituasjonen.

4.2.2 Rekruttering av informanter

I kvalitative studier har rekruttering av informanter et klart mål. Strategisk utvelgelse, som ble benyttet i denne studien, innebærer at forskeren først tenker gjennom hvilken målgruppe som bør delta i studien for å få samlet inn nødvendige data. Deretter sender forsker, eller andre som hjelper med rekrutteringen, forespørsel til personer fra målgruppen om å delta i studien. Utgangspunktet for utvelgelse av informanter i kvalitative studier er ikke representativitet, men hensiktsmessighet. Utvalgskriteriene er avhengig av problemstillingen, og hva som er praktisk og hensiktsmessig å gjennomføre (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

I denne studien er utvelgelsen av informanter også kriteriebasert. Det vil si at aktuelle informanter må oppfylle spesielle inklusjonskriterier, som i dette tilfellet er:

- Kronisk sår, varighet over seks uker
- Være over 65 år
- Klar og orientert
- Pasienten har erfaring med sårbehandling fra hjemmesykepleien og/eller fastlegen
- Pasienten mottar/har mottatt sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk

Kriteriene for kronisk sår innebærer at såret har mer enn seks ukers varighet. Erfaringer kan være ulike på tvers av kjønn, derfor inkluderes både menn og kvinner. Studien henviser til eldrebølgen og samhandlingsreformen, og det vil derfor være naturlig å fokusere på eldre over 65 år. I tillegg har denne aldersgruppen større sjans for å utvikle kroniske sår, spesielt leggsår, enn den yngre delen av befolkningen (Lindholm, 2012). Erfaring fra pågående eller tidligere behandling fra hjemmesykepleien og/eller fastlegen, kan danne et sammenlikningsgrunnlag for sårbehandlingen i primærhelsetjenesten. Det er ikke til hinder at pasienten mottar behandling ved poliklinikk eller sykehusavdeling, samtidig med tjeneste i sykepleieklinikk.

Informantene ble rekruttert ved tre kommunale sykepleieklinikker i Norge. Forsker tok kontakt med virksomhetsleder og avdelingsleder ved sykepleieklinikkene, sendte informasjonsskriv og godkjenning/tilbakemelding fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) via e-post (vedlegg 3). Lederne ved sykepleieklinikkene gav tillatelse til rekruttering av informanter til studien, og forsker kontaktet sårsykepleierne ved de tre sykepleieklinikkene.

Det var ønskelig med 6-10 informanter, både kvinner og menn. Sårsykepleierne som rekrutterte, leverte ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring til pasientene (vedlegg 4). I tillegg til muntlig og skriftlig informasjon, svarte sårsykepleierne på eventuelle spørsmål fra de aktuelle informantene. Sårsykepleier som rekrutterte informantene, informerte om at deltakelsen var frivillig, og at den var uavhengig av behandlingstilbudet. Forsker fikk tilbakemelding om rekrutteringen via e-post, og avtalte intervjuer via sårsykepleier. Ingen personopplysninger ble delt via e-post. Seks informanter samtykket til å delta i studien; to menn og fire kvinner. Alle seks informanter oppfylte inklusjonskriteriene for studien, og samtlige gjennomførte intervjuene.

Tabell 2 viser oversikt og fordeling av informantene. Seks informanter samtykket til å delta i studien; to menn og fire kvinner. Alle seks informanter oppfylte inklusjonskriteriene for studien. Det er spredning i alder, fra 67-85 år. Det er også variasjon i forhold til sårtype, og sårets varighet. Av sårtyper inngår diabetiske fotsår, kreftsår, trykksår, arterielt sår, og kirurgisk sår. Sårets varighet varierer fra fem måneder til fire år. Tre av informantene var ferdigbehandlet ved sykepleieklinikkene, og såret var tilhelet.

Informant	Kjønn	Alder	Sårtype/ diagnose	Sårets varighet	Tidligere behandling fra	Henvist fra
(1)	Mann	68	Diabetisk fotsår	5 mnd (ikke tilhelet)	Fastlege + hjemmesykepleie	Fastlege
(2)	Kvinne	67	Kreftsår/ kirurgisk sår	Ca 6 mnd (nå tilhelet)	Fastlege	Fastlege
(3)	Kvinne	74	Trykksår	Ca 4 år (ikke tilhelet)	Hjemmesykepleie	Hjemmesyke pleie
(4)	Mann	72	Arterielt sår	Ca 6 mnd (ikke tilhelet)	Fastlege + hjemmesykepleie	Hjemmesyke pleie
(5)	Kvinne	72	Kreftsår/ kirurgisk sår	5-6 mnd (nå tilhelet)	Hjemmesykepleie	Hjemmesyke pleie
(6)	Kvinne	85	Arterielt sår	1år + 3mnd (nå tilhelet)	Fastlege (sårspl.)	Fastlege

Tabell 2: Oversikt over informantene

4.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført ved de tre sykepleieklinikkene. Behandlingsrommet, eller et annet ledig rom ved sykepleieklinikkene ble benyttet under intervjuene. Alle informantene leverte signert samtykkeskjema før intervjuet. Forskeren innledet hvert intervju med studiens hensikt, informerte om intervjuforløpet og åpnet for spørsmål før intervjuene startet. Nok en gang ble det informert om muligheten til å trekke seg før, under og etter intervjuet, uten konsekvenser. Intervjuene tok utgangspunkt i den strukturerte intervjuguiden. Forskeren informerte om sin egen taushetsplikt, og om anonymisering av opplysninger. I tillegg informerte forskeren om at datamaterialet blir destruert når studien avsluttes, som også kom tydelig frem i informasjonsskrivet. Ved hvert intervju forsøkte forskeren å bruke tilbakemeldingene fra pilot-testen; å skape en god atmosfære under intervjuene for at informantene skulle føle seg vel. Kaffe, vann og kjeks ble servert. Forskeren forsøkte også å være bevisst på å ikke avbryte informantene, og la dem fortelle ferdig før neste spørsmål ble stilt.

Diktafon ble brukt til opptak under intervjuene. Dette ble det opplyst om i informasjonsskrivet, og informantene fikk også direkte spørsmål om dette før intervjuet startet. Ingen hadde innvendinger. Intervjuene ble lastet over fra diktafon til pc, som lydfil. Og videre fra pc til minnepenn. Både minnepenn og diktafon ble oppbevart i et låst skap som kun forskeren hadde tilgang til. Alle seks informanter gjennomførte intervjuene, og hvert intervju varte fra 30-45 minutter. Informantene viste engasjement i intervjusituasjonen. Enkelte hadde mer å fortelle enn andre, og forskeren forsøkte å oppklare eller stille oppfølgingsspørsmål dersom informantene stod fast. Samtlige informanter var opptatt av at tilbakemeldingene deres ikke skulle oppfattes som klaging, og de gav uttrykk for at de ikke ønsket å kritisere behandlerne sine. Ved spørsmål om livskvalitet var informantene usikre på betydningen av dette, og de svarte også ulikt her. Forskeren forsøkte å klargjøre dette, ved å utdype spørsmålet, og stille oppfølgingsspørsmål basert på informantenes svar.

Intervjuene ble transkriberte av forskeren selv i sin helhet. Datamaterialet utgjorde totalt 35 sider etter transkribering. Det var en tidkrevende prosess, men en viktig forberedelse til analysen, da det gav god innsikt i datamaterialet. Fordelen med at forskeren selv transkriberer sitt materiale, er at erfaringene fra intervjuene gjenoppleves, og man ser en ny side ved materialet. Forskeren kan oppleve å se en ny sammenheng, som gir rom for andre ettertanker og slutninger (Malterud, 2011).

4.2.4 Analyse av data

I kvalitativ forskning anvendes ulike tilnærminger til analysen. Felles for alle er at de har en fortolkende tilnærming (Thagaard, 2013). Analysen anvendt i denne studien, er kvalitativ innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004). Innholdsanalyse fokuserer på subjekt og kontekst, fremhever variasjon, likheter og ulikheter mellom deler av teksten. Dette står i samsvar med studiens formål; å belyse erfaringer fra et pasientperspektiv, med fokus på å identifisere likheter og forskjeller i tekstmaterialet. Intervjuguiden var delt inn i tre ulike tema, og det var da naturlig at analysen også fikk en temasentrert tilnærming.

Innholdsanalyse gir mulighet til å analysere manifest og deskriptivt innhold, i tillegg til latent og fortolket innhold. Det manifeste innholdet er tekstnært og beskrivende, mens det latente innholdet er mer fjernt fra teksten, som fortolkninger av underliggende mening, eller «den røde tråden» mellom linjene i teksten. Beskrivelser og fortolkninger kan oppfattes som fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming til innholdet i studien. Det manifeste innhold kan ses på som fenomenologiske beskrivelser, og latent innhold som hermeneutisk fortolkning. I analysefasen sorterer forskeren det kodede manifeste innholdet i kategorier, og fortsetter å søke etter latent innhold og formulere dette som temaer på ulike nivå (Graneheim & Lundman, 2017).

Ifølge Graneheim og Lundman (2017) skal man i kvalitativ innholdsanalyse *beskrive* det manifeste innholdet i teksten, og *fortolke* det latente innholdet. Både manifest og latent innhold krever fortolkning, men fortolkningen kan variere i dybde og nivå av abstraksjon. I denne dataanalysen har forskeren tolket innholdet i mindre grad, på grunn av bruk av strukturert intervjuguide. Intervjuguiden inneholdt fastlagte tema og spørsmål, som gav klare og nokså spesifikke svar og ikke rom for de store tolkningene. Det manifeste innholdet ble vektlagt.

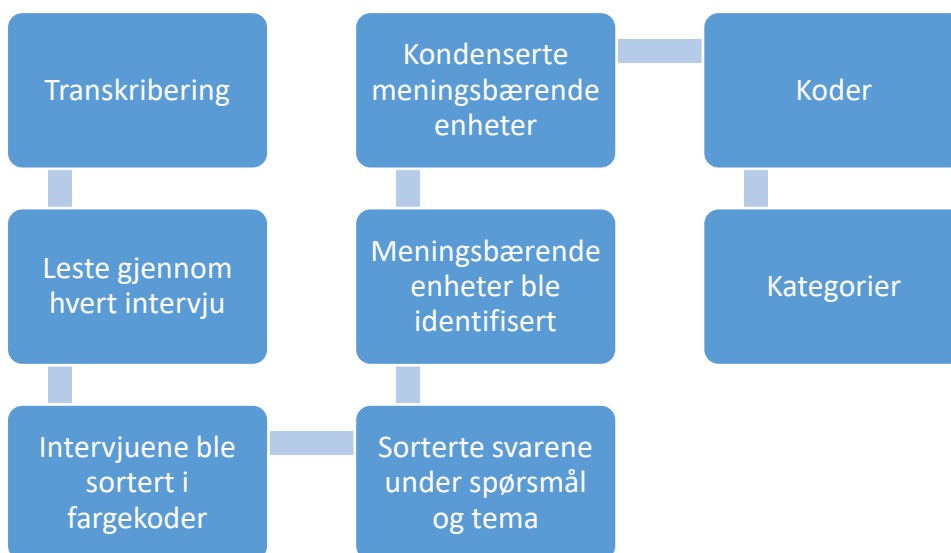
Graneheim & Lundman (2004) mener at analyseprosessen tar tid, og krever tålmodighet. Analyseprosessen deles inn i fem faser, og prosessen starter allerede ved transkribering av intervjuene, og gjennomlesing av teksten. I denne studien startet analyseprosessen slik Graneheim og Lundman (2004) beskriver; Forskeren transkriberte selv lydopptakene av intervjuene, og leste gjennom alle 35 sider med transkriberte data. Alle intervjuene ble analysert samlet. Intervjuguiden var delt inn i tre tema, etter studiens forskningsspørsmål, og forskeren brukte fargekoder på hvert intervju og sorterte svarene under hvert spørsmål i hvert tema. I første fase fant forskeren meningsbærende enheter, som bestod av setninger med samme innhold. I fase to ble de meningsbærende enhetene forkortet, til kondenserte

meningsbærende enheter. Det sentrale innholdet ble beholdt. Forskeren var bevisst på å ikke fortolke, men beholde det manifeste innholdet i teksten. I fase tre ble koder opprettet på bakgrunn av de kondenserte meningsbærende enhetene. Meningsbærende enheter med samme innholdsområde ble satt sammen, og ut fra dem ble det opprettet koder som dekket felles innhold.

Kategorisering er fase fire i analyseprosessen. Kategoriene er sammenfatning av en gruppe koder, på et manifest nivå, med en lav grad av fortolkning. Kodene som sammenfattes har felles betydning, for å kunne sammenlikne og se ulikheter med andre kategorier (Graneheim og Lundman, 2017). Forskeren fant koder med lik betydning, som til sammen utgjorde kategoriene. Vedlegg 5 viser et utdrag av analyseprosessen.

Ifølge Graneheim og Lundman (2017), presenteres resultatene fra kvalitativ innholdsanalyse enten som kategorier eller tema. Noen ganger kan det være riktig å avslutte analysen på et deskriptivt (beskrivende) nivå, og presentere kategoriene i resultatdelen. Andre ganger, når hensikt og data tillater videre fortolkning, er kategoriseringen kun ett steg i analysen, som da blir beskrevet i metoddelen. I denne studien er kategorier siste ledd i analyseprosessen, og presenteres som funn. Figur 2 illustrerer en forenklet oversikt over analyseprosessen i sin helhet, slik den ble gjennomført.

Figur 2: Analyseprosessen



Gjennom Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse, og som en temasentrert, systematisk analyseprosess, ble pasienters erfaringer kartlagt og sammenfattet i fire

kategorier. Kategoriene viser det manifeste innholdet i pasientenes beskrivelser. Sitater er tatt med for å understreke resultatene.

4.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet (pålitelighet) og *validitet* (gyldighet) benyttes som indikatorer på kvalitet i kvalitativ forskning (Tjora, 2012).

Reliabilitet kan også knyttes til troverdighet, om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Nøyaktigheten i innsamlingen av data, og behandlingen av dem, avgjør om de er pålitelige. Spørsmålet er om en annen forsker som anvender samme metode, ville kommet frem til samme resultat (Thagaard, 2013). I denne studien har forskeren ivarett reliabiliteten ved å følge den strukturerte intervjuguiden ved hvert intervju. Etter endt intervju sjekket forskeren at hvert tema i intervjuguiden var dekket. Da forsker var uerfaren i intervjurollen, kan første og sjette intervju ha variasjoner i forhold til antall oppfølgings spørsmål. Thagaard (2013) sier også at forskeren gjør fremgangsmåten ved innsamling og analysering av data «transparent» (gjennomsiktig) ved å konkretisere og spesifisere den. Slik at forskningsprosessen kan vurderes trinn for trinn av andre forskere. I metodekapittelet til denne studien har forskeren beskrevet studiens fremgangsmåte, som bidrar til en slik gjennomsiktighet. Forsker har også fått veiledning og tilbakemeldinger angående bruk av metode og i selve analyseprosessen. Veileder leste gjennom intervjuene, for å sikre påliteligheten i behandling av data, og unngå at forskerens forforståelse skulle farge analysen.

Validitet handler om gyldighet, som i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad og på hvilken måte, forskerens fremgangsmåte og funn reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Forskere kan sjelden svare ja eller nei på spørsmålet om funnene deres er sanne, men forskeren skal vurdere validiteten av studien, og hvilken overførbarhet funnene har utover området den er gjennomført. Det viktigste er å ta stilling til hva metoden og materialet sier noe om, og rekkevidde og overførbarhet til resultatene (Malterud, 2011).

Et eksempel på hvordan en kan ivareta studiens gyldighet er å vurdere hvem som er aktuelle å intervju. I denne studien ble det foretatt et strategisk utvalg av informanter, ut fra inklusjonskriterier, som sikrer at informantene har de kvalifikasjonene som er relevante i forhold til studiens problemstilling. Informantene ble trolig også rekruttert ut fra egnethet. Sykepleierne som hjalp til med rekrutteringen hadde et mindre utvalg informanter å velge

mellom, på grunn av inklusjonskriteriene og fordi forsker selv er sårsykepleier ved en av sykepleieklinikkene. Som betydde at pasientene forsker selv hadde behandlet, ikke var aktuelle som informanter i studien. Ifølge Johannessen, Tufte & Christoffersen (2010) må forsker reflektere over hvor stor variasjon i fellestrekk som er nødvendig for at utvalget skal belyse problemstillingen. Utfordringen ved et heterogent utvalg er at det kan bli vanskelig å få frem hvordan forskjeller mellom mennesker kan virke inn på fenomenet som skal studeres. Ved et mindre heterogent utvalg kan utfordringen bli å finne vesentlige likhetstrekk mellom deltakere i studien.

En ulempe med strategisk utvalg er at informantene som samtykker til å delta i studien kan være de som mestrer sin livssituasjon best. Det vil si at de som er fortrolig med forskning og intervjusituasjoner er de som vil takke ja. Men det betyr at man går glipp av viktig informasjon, som kan føre til en skjevhet i forhold til resultatene. Studien vil i slike tilfeller sannsynligvis gi mer informasjon om hvordan situasjoner mestres, i stedet for utfordringene (Thagaard, 2013). I denne studien forteller informantene blant annet om erfaringer med sårbehandling i sykepleieklinikk, og om sin egen livskvalitet. Pasienter som er misfornøyd med tilbudet eller opplever livskvaliteten sin som mindre bra, på grunn av for eksempel smerter eller tilleggssykdommer, vil trolig ikke takke ja til å delta i en slik studie. Ifølge Thagaard (2013) er det grunn til å anta at personer som ikke er villige til å delta i slike studier kan representere utfordringene ved fenomenet som skal studeres. En viktig faktor å ta med i betraktning når man vurderer denne studiens funn.

Ekstern validitet handler om overførbarhet. Studiens kontekst spiller en viktig rolle her, for å finne ut av til hvilke sammenhenger funnene kan gjøres gjeldende utover den konteksten de er kartlagt i. Det er nødvendig med en gjennomgang av forholdet mellom utvalget dataene blir hentet fra, type kunnskap som skal utvikles, og rekkevidden funnene kan få på dette grunnlaget. Den eksterne validiteten blir lav dersom det kun er den lokale konteksten man forholder seg til, uten å vurdere betingelser for overførbarhet av kunnskapen. For kvalitative studier er overførbarhet av funn ofte knyttet til utvalget, men henger i stor grad sammen med spørsmålet om relevans. Å stille spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskningsprosessen, kan bidra til viktige overveielser angående gyldighet. Spørsmål om gyldighet leder til krav om konsistens. Konsistens er den røde tråden, eller logiske forbindelse mellom problemstillingen som skal belyses, teorier, metoder, og data som fører til kunnskapen (Malterud, 2011). Hensikten med denne studien er blant annet å få en innsikt i pasienters erfaringer med sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk, ikke å innhente

kunnskap som gir generaliserbare funn. Selv om kun seks informanter er inkludert i studien, vil geografisk spredning, sårtype, varighet, og at begge kjønn er representert, kunne gi kunnskap om kvaliteten på tjenesten. Studiens funn kan være relevant for andre kommuner som vurderer en slik organiseringsform som kommunal sykepleieklinikk representerer. Funnene er dokumentert med informantenes sitater, som lar deres stemme komme frem, og sikrer troverdigheten.

4.4 Forskningsetiske aspekter

Generelle etiske betraktninger man må være bevisst på ved innhenting av data er tillit, konfidensialitet, respekt, gjensidighet. Disse vil prege kontakten mellom intervjueren og informantene. Kvalitativ forskning gjøres oftest ved direkte kontakt med informanter. Det vil derfor være en naturlig forventning om gjensidig respekt og vanlig høflighet, som er et godt utgangspunkt for etisk god forskning (Tjora, 2012).

Etikk i forbindelse med intervjusituasjoner, kan for eksempel være knyttet til presentasjon av data, ved anonymisering. I selve gjennomføring av intervjuet er man opptatt av at informanten ikke skal komme til skade, som kan skje ved for eksempel personlige og følsomme temaer. Informantene kan avslutte intervjuet når som helst, det er viktig å få dem til å føle at det er greit, og at de ikke svikter intervjueren dersom de avbryter. Informantene har også mulighet til å be om at deler av intervjuet ikke brukes (Tjora, 2012). Forsker var i denne studien bevisst på anonymisering av data, og informerte hver informant om muligheten til å trekke seg fra intervjuet og studien, uten konsekvenser. Informasjonen ble gitt både muntlig og skriftlig.

Anonymisering og taushetsplikt er viktig når man bruker pasienter som informanter. Denne studien ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Tilbakemeldingen var at studien var unnlatt konsesjonsplikt, og at forskeren kunne gå i gang med å behandle personopplysninger. Tilbakemeldingen understreket også viktigheten av anonymitet og konfidensialitet i forhold til sensitive personopplysninger (se vedlegg xx). Forsker har unnlatt å navngi kommunene hvor de aktuelle sykepleieklinikkene befinner seg, for å sikre anonymitet av informantene. Informantene har gitt forsker tillatelse til å gjengi sitater. Tilbakemeldinger fra samtlige informanter var at de ikke følte de delte personlige og konfidensielle opplysninger som de var bekymret for om ville gjøre dem gjenkjennelige for andre.

4.5 Metodiske overveielser

Ifølge Malterud (2011) er forforståelsen som regel viktig for forskerens motivasjon og ønske om å undersøke og belyse et bestemt tema. Det er en bagasje som forskeren har med seg inn i forskningsprosjektet, før det starter, og innholdet kan påvirke måten vi samler og leser innsamlet data på. I beste fall kan denne forforståelsen gi næring og styrke til prosjektet, og i verste fall hindre oss i å se det som oppstår langs veien. Forforståelsen, bagasjen vår, består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og den teoretiske rammen. Dersom forskeren har et bevisst forhold til sin forforståelse, kan man hindre at vedkommende går inn i prosjektet med skylapper, eller manglende evne til å se og lære av sitt materiale.

Forskeren i denne studien er sårpsykepleier og ansatt ved en av sykepleieklinikkene hvor informanter ble rekruttert fra. Forsker kjenner derfor svært godt til organiseringen og arbeidet ved en sykepleieklinikk. Det er tatt hensyn til forskerens rolle, og de rekrutterte informanter har ingen relasjon til, eller blitt behandlet av forsker selv. I tillegg understreker informasjonsskrivet til informantene og forskeren selv at denne studien er uavhengig av behandlingstilbudet de mottar, og ikke vil påvirke deres behandling. At samtalen som tas opp på bånd behandles konfidensielt, og at opplysningene som kommer frem i oppgaven ikke kan spores tilbake til dem. Forskeren fikk hjelp til rekruttering av sårpsykepleiere ved sykepleieklinikkene, som gav informantene muntlig informasjon om studien, og delte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema.

Rekruttering av informanter var en utfordring, og det er grunn til å tro at forskers rolle som sårpsykepleier påvirket denne prosessen, da pasienter som forsker selv hadde behandlet ikke kunne inkluderes i studien. Inklusjonskriteriene begrenset også utvalget. Seks informanter innfridde kriteriene, og samtlige deltok i studien. Ekstern validitet og overførbarhet vurderes som lav, på grunn av få informanter. I et større forskningsprosjekt, og muligens inkludering av sykepleierperspektiv, ville forskere kunne gå dypere inn i temaet og problemstillingen.

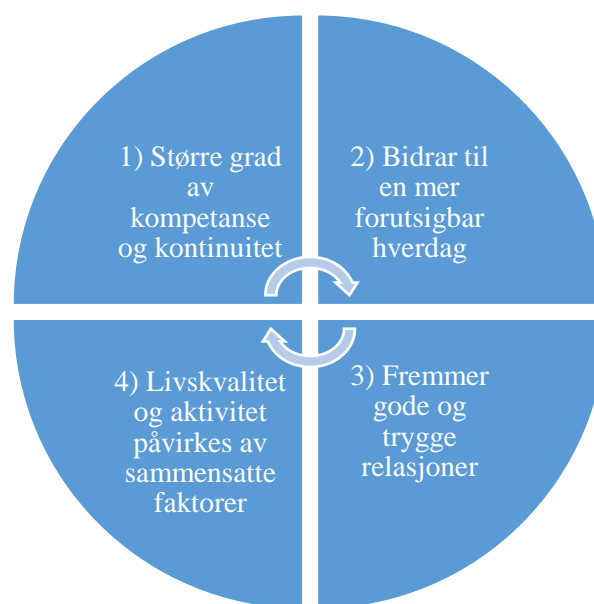
I denne studien er det valgt individuelle intervjuer, og ikke fokusgruppeintervju. Ved fokusgruppeintervju kan det oppleves ubehagelig for pasienter å utlevere sykdomsinformasjon til andre deltakere. Av hensyn til pasientene, og med tanke på at forsker er uerfaren i rollen som intervjuer, ble det vurdert at individuelle intervjuer var mest hensiktsmessig å gjennomføre. Slike intervjuer får tak i individuelle erfaringer, og går i dybden på temaet, hvor hver enkelt får frem sin mening eller opplevelse, uten å bli påvirket eller forstyrret av andre. Som uerfaren forsker og intervjuer kan en strukturert intervjuguide være enklere å forholde seg til, og individuelle intervjuer enklere å gjennomføre (Thagaard, 2013). Men forskerens

eget perspektiv og posisjon har stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem i kvalitative studier (Malterud, 2011). Forsker har ingen tidligere erfaring med gjennomføring av intervju, og har lite øvelse i rollen som intervjuer. Forsker har også begrenset erfaring i å stille oppfølgingsspørsmål, som kan være en svakhet for studien. At informantene ble informert om forskerens bakgrunn som sårpsykepleier ved en sykepleieklinikk, kan ha påvirket intervjusituasjonen og svarene de oppgav. Pasientene kan påvirkes av forskerens rolle ved å holde tilbake meninger i frykt for å bli oppfattet som kritiske til behandlingen de mottar.

5.0 Funn

I dette kapittelet presenteres studiens funn, som belyses med sitater fra informantene. I figur 3 fremstilles en illustrasjon av kategoriene som fremkom av analysen, og som vil danne grunnlag for presentasjonen av resultater og de forhold som vektlegges.

Erfaringer med sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk



Større grad av kontinuitet og kompetanse

Informantene fremhevet kompetanse og kontinuitet som viktige aspekter knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Ved sykepleieklinikkene fikk de oppfølging og behandling fra få og faste sykepleiere, alle med spesialkompetanse innen sårbehandling. Ifølge informantene bidro dette til at de følte seg ivaretatt, og fikk større tro på at såret kunne tilhele. Informantene kunne også selv se resultatet av sårbehandlingen. En av informantene påpekte forskjellen med å motta sårbehandling i sykepleieklinikk, mot sårbehandling fra hjemmesykepleien: «Den største forskjellen kan du si, å komme her til, så er det de samme som behandler sårene. Ikke sant, de er to. så du føler det at de følger med hvordan utviklingen er...om det går framover, eller det går gale veien. Så det...når jeg hadde den vanlige

hjemmesykepleien, så var det kanskje i løpet av fjorten dager, fire til fem forskjellige. Så da kunne jeg ikke følge med så godt på utviklingen. Så det var en stor forskjell å komme hit» (Mann 68år). En annen informant oppfattet sårsykepleierne ved sykepleieklinikken som kompetente og profesjonelle, og at de tok såret og sårbehandlingen på alvor. Hun understreket dette med følgende uttalelse: «Ja, det er jo en helt annen behandling...og det er jo at de...eller, de tar såret som du har da, de tar det jo på alvor på en helt annen måte, og...ja, det har overrasket meg hvor profesjonelle de er» (Kvinne 67år). Samme informant mente at hun hadde lært mye av sårsykepleierne, og at det var tydelig å se at de holdt seg oppdaterte og anvendte ny forskning. Hun fortalte det slik: «Jeg synes jeg har lært mye og, av sykepleierne da, i forhold til sårbehandling. Og det, ja dette her med å kunne dekke til og...vi har jo litt sånn gamle holdninger om at sår skal luftes og at det beste alltid er at det skal ha luft og hele seg selv og...så jeg fikk liksom litt erfaring på at det ikke trengte å være riktig, at det var ny forskning. Og at det...så det og...ja, har jeg videreført til barnebarna mine. Så absolutt jo, her er det kompetanse vil jeg si» (Kvinne 67 år).

Ved sårbehandling fra hjemmesykepleien fortalte informantene at de måtte forholde seg til flere ulike sykepleiere. En informant som opplevde dette fortalte følgende: «Hjemmesykepleien, da var det mye mer forskjellige folk. De prøvde å ha den samme altså, men det var ikke alltid det gikk. Og så var det da folk som ikke hadde så stor kunnskap med sår, som kom» (Mann 68 år). En annen informant erfarte det samme, i tillegg til å bemerke forskjellen til en vanlig sykepleiers kompetanse og kompetansen til en sårsykepleier: «Jo, enkelte følte jeg hadde...visste hva de stelte med. Andre var kanskje litt ferske i gamet. Men du vet det at...jeg kunne ikke vurdere at de sånn...for jeg visste ikke...hadde ikke forventninger hvor godt det skulle være. Det var ei som het...hun var sånn sårutdannelse, sårpleier. Og var meget dyktig. Så da jeg fikk henne hjem, så var jeg fornøyd. Men så var ikke hun på jobb, og så kom det andre, da» (Mann 72 år). Samme informant fortalte at han iblant måtte hjelpe sykepleierne i hjemmesykepleien med å huske sårprosedyren, fordi de manglet riktig prosedyre, utstyr eller var usikker på hvordan behandlingen skulle utføres. Ansvar for å sikre kontinuitet opplevdes i større grad å bli overlatt til pasienten. Følgende utsagn fra informanten synliggjør dette: «Jeg fikk så mange forskjellige behandlere...som kom. Og...de var flinke de og, men det var mange måter å angripe dette her på. Blant annet med forskjellige bandasjer og hvordan de gjorde dette her. Og da var det jeg som måtte fortelle «de andre gjorde sånn og sånn» og...men det gikk jo greit. Så jeg er fornøyd med dem også» (Mann 72 år).

Ikke alle informanter mente det var utfordrende å forholde seg til flere ulike sykepleiere i hjemmesykepleien. En informant trakk frem sykepleiernes turnus i hjemmesykepleien, som grunnen til at kontinuiteten ikke var lik som ved sårbehandling i sykepleieklinikk.

Informanten sa hun hadde forståelse for at hun ikke kunne få behandling fra den samme sykepleieren hver gang. Hun uttalte følgende: *«Jeg vet ikke hvor mange det er som jobber med det her...mange forskjellige? Det er ikke verre enn at jeg husker navnet på de i hvert fall. Så...det er jo...de går jo på turnus her også. Så det må man jo regne med at det er ikke alle som har samme dagtid eller samme tiden. Så...men det er ikke verre enn at jeg kan navnet på dem. Så, så mange er det ikke»* (Kvinne 74 år). En av de andre informantene opplevde også å få besøk av en del forskjellige sykepleiere, også hun hadde forståelse for dette, og fortalte: *«Det var nok litt forskjellige, men så kom de igjen de som jeg hadde hatt før og..de som jeg hadde hatt forrige gang kom jo igjen. Så du ble jo litt kjent med de forskjellige. Det gjorde meg egentlig ingenting at det var forskjellige som dukket opp, de var flinke og greie alle sammen»* (Kvinne 72 år).

Et annet positivt aspekt informantene fremhevet ved sårbehandling i sykepleieklinikk, var tilgangen på riktig utstyr. Flere av informantene så fordelene med tilgjengelig utstyr til enhver tid, og en av informantene uttalte: *«Og her har de jo alle dette...bandasjer...forskjellige bandasjer...og...og det de måtte ha. Der ute hadde de ting med seg, og hadde de ikke fått det rette med seg, så...så var det litt større problem»* (Mann 72 år). En annen informant fortalte også om fordelene med et utstyrlager i en sykepleieklinikk, og konsekvensene dersom sykepleierne i hjemmesykepleien ikke hadde med seg riktig utstyr, eller det var tomt for utstyr hjemme hos pasienten. Han sa følgende: *«Her (på sykepleieklinikken) er det jo kanskje en del lettere for både dem og for meg. Fordi at her har du jo, hvis de var tomme for ting jeg hadde hjemme, ikke sant? Så her har de jo da et lager som de kan gå og hente ting på så, det er jo enklere. Sikkert for dem, og for meg også. For da slipper jeg en omgang til»* (Kvinne 74 år). Samme informant trakk også frem de hygieniske forholdene ved sykepleieklinikken som et positivt aspekt, og uttalte: *«Det er rent og ordentlig og hyggelige mennesker og...og vet hva de gjør, og kan det de gjør. Så da er jeg fornøyd»* (Kvinne 74 år).

I forhold til fastlegenes kompetansen innen sårbehandling, hadde informantene ulike erfaringer. Enkelte av informantene mente at fastlegen hadde kompetansen som trengtes for å utføre god sårbehandling. Men de var likevel i tvil om kompetansen var like god som hos sårsykepleierne ved sykepleieklinikkene. En av informantene hadde følgende å si om det: *«Om han har så god greie på det som de har her nede på sårklinikken, det vet jeg ikke. Han*

tar i alle fall av bandasjen hver gang jeg er inne hos han, og ser på det og tar og skrape bort det harde skinnen. Men han måler ikke sånn som de gjør her nede på klinikken. Jeg synes han følger meg godt opp, han tar meg inn hver uke» (Mann 68 år). En annen informant trakk frem fastlegens erfaring i forhold til andre problemstillinger som var viktige for han. I forhold til sårbehandlingen mente informanten at kompetansen til fastlegen og sårsykepleierne ved sykepleieklinikkene kunne sidestilles, og som han selv sa: «Ja, du vet jeg får jo samme hjelpen her (sykepleieklinikken), som jeg gjorde hos fastlegen. Så der er det ingen forskjell på. Men du kan si fastlegen hadde kanskje litt mer erfaring, når det gjelder utvikling og...ting som kunne skje utenom. Men til å stelle såret, så er de (på sykepleieklinikken) vel så gode som han» (Mann 72 år).

Andre informanter fortalte også om sine erfaringer med sårbehandling fra fastlegen, men delte ikke samme oppfatning av fastlegens kompetanse. En informant fortalte hvordan hun opplevde sårbehandlingen hos fastlegen sin: «Da hadde hun egentlig ikke så mye mer å stille opp med enn at hun gav meg en penicillinkur. Og da den ikke viste seg å ha full effekt, så sendte hun meg videre til sårklinikken» (Kvinne 67 år). I ettertid, etter å ha mottatt sårbehandling ved en av sykepleieklinikkene, gjorde informanten seg opp en del tanker om hvordan hun opplevde sårbehandlingen fra fastlegen. I hennes tilfelle opplevde hun at behandlingsansvaret overført til sårsykepleierne ved klinikken. Som informanten selv uttrykte: «Ja, det som jeg ser...men det blir jo nå i ettertid. Så burde hun jo tatt biopsi med en gang...selv om hun sendte meg til sårklinikken, tenker jeg. For det har jo vist seg det i ettertid, at det er kreft i det. Og da blir jo ikke den behandlingen god nok, tenker jeg. At det kunne hun godt gjort med en gang» (Kvinne 67 år). En annen informant erfarte også at fastlegen manglet kunnskap om sår og sårbehandling. Fastlegen forsøkte å behandle såret selv, men innså etter hvert at kompetansen ikke strakk til. Informanten observerte at såret var i negativ utvikling. Ifølge henne uttalte fastlegene selv at han ikke hadde kompetansen som trengtes for å utføre sårbehandlingen, og delegerte oppgaven til en sårsykepleier ved legekantoret. Informanten fortalte følgende: «Ja, altså jeg begynte jo hos fastlegen etter at jeg hadde gjort dette her. Fjorten dager etterpå. Da så han på det. Og så sa han at det ser greit ut. Og så la han på et plaster, Men gjorde ingenting med det. Etterpå, så skulle jeg skifte på det selv. Men da begynte det å utvikle seg. Og ble verre og verre. Da jeg kom til fastlegen, da var hun sårspesialisten på det kontoret der nede, kommet inn i bildet. Og da viste det seg det at såret ble verre og verre og verre for hver gang. Men de måtte ha en lege inn for å se på det hver gang. Og når da legen kom inn, sa han: «dette har ikke jeg noe greie på. Dette er det du

(sårsykepleieren) som har greie på» (Kvinne 85 år). Samme informant erfarte også at en annen lege, som var vikar for fastlegen, heller ikke hadde særlig kunnskap om sårbehandling. Informanten sammenliknet kompetansen til legen mot kompetansen til sårsykepleierne ved en av sykepleieklinikkene. Informanten fortalte om sin opplevelse hos legen, med følgende uttalelse: «Jeg opplevde også en gang, da jeg var hos legen. Det var sånn...en som kom inn. Og så sier hun...jeg skulle forklare meg. Så sier hun ja, hun hadde bare fått beskjed om at hun skulle skifte på et sår. Så tok hun bare av. Og så satte hun på. Og så lå det, jeg var ikke klar over det, det gule i såret. Hun skrapte ikke, eller gjorde noe med det. Det var litt mer...litt mer sånn, altså. Må si det. Men på klinikken var de veldig nøye på alt det der. Og det var jo veldig viktig, fikk jeg inntrykk av. Å få vekk alle disse bakteriene som lå der. Det har vært fantastisk å få komme her på klinikken» (Kvinne 85 år).

Ved en sykehusinnleggelse fikk en av informantene erfare konsekvensene av mangelfull kompetanse. Informanten opplevde at sårbehandling ble utført av sykepleiere uten god nok kompetanse, og uten riktig utstyr. Utfallet ble at sårbehandlingen ikke ble utført, som fikk store konsekvenser for sårtilhelingen. Informanten erfarte at ingen av personalet påtok seg ansvaret for å observere såret, og sikre at sårbehandlingen ble utført etter prosedyre. Informanten hadde tidligere erfaring med sårbehandling fra hjemmesykepleie, og ved sykehusinnleggelsen fikk hun oppfølging ved en sykepleieklinikk. Informanten fortalte følgende om sykehusoppholdet: «For det første, så må de jo vite hva de gjør. Fordi jeg lå jo på sykehuset i tre uker...det var en ting som skjedde, så jeg måtte på sykehuset. Så jeg var der i tre uker, og da...der hadde de ikke kompetansen. Og jeg tror ikke det var bare det at de som jobbet der ikke ville gjøre jobben sin. Men de hadde jo ingenting av det de skulle bruke. Så de måtte løpe på en avdeling, og låne litt der. Og så hadde de ikke det, så hadde de ikke det, så tok de den mest lettvinde løsningen. Rett og slett, bare lot det være. Så det var det. Så de tre ukene, de kostet oss et helt år med sårbehandlingen. Så mye gikk det tilbake» (Kvinne 74 år).

Samtlige informanter uttrykte at de var fornøyde med tjenesten kommunal sykepleieklinikk, og hadde positive erfaringer med tjenesten. Ved spørsmål om hvilken hvor de ville foretrukket å motta sårbehandling, trakk de frem egne erfaringer som grunn til at de ville valgt å motta sårbehandling i sykepleieklinikk, fremfor hos fastlegen eller via hjemmesykepleie. Som en informant uttalte: «Jeg hadde jo valgt sykepleieklinikken, det er det jo ingen tvil om... ja, på grunn av ...det er vel det jeg sier med trygghet, og du følte at det ble gjort det som kunne gjøres. For å få dette i havn, på en måte. At det skulle bli helt» (Kvinne 85 år). En av de andre informantene hadde erfaring med sårbehandling i sykepleieklinikk ved en tidligere

anledning også, og begrunnet valget sitt med nettopp dette: «*Da hadde jeg valgt her på klinikken, for jeg har så god erfaring med de. De har hjulpet meg veldig. Og to ganger, så det er jo helt fantastisk*» (Kvinne 72 år).

Bidrar til en mer forutsigbar hverdag

Forutsigbarhet i hverdagen, og mindre ventetid var et aspekt som samtlige informanter trakk frem som viktige i forhold til sårbehandlingen. Ved sårbehandling i sykepleieklinikk fortalte en av informantene at hun raskt fikk timeavtale, og stort sett fikk innfridd ønskene i forhold til tidspunkt. Lite ventetid opplevde hun som respekt for hennes tid, og hun uttalte følgende: «*Jeg følte jeg fikk komme raskt til. Og fikk tett behandling, sånn at jeg slapp å vente...sånn for til begynne med gikk jeg to ganger i uka, det har jeg nesten gjort hele veien. Bare litt andre...og da jeg ønsket å komme tidlig om morgenen, så fikk jeg det...jeg følte de liksom tok hensyn til hva jeg ønsket med tider og sånn. Og det som også var bra er at hvis jeg visste at jeg skulle være der klokka 9, så kom jeg inn klokka 9. og det betyr jo også ganske mye for planleggingen av resten av dagen. At de har respekt for min tid også*» (Kvinne 67 år).

Timeavtale kort tid etter henvisning ble fremhevet som positivt av flere informanter. Særlig en av dem var spesielt fornøyd med dette, da hun tidligere hadde erfart lang ventetid i forhold til annen behandling. Informanten fortalte: «*Jeg var så imponert over at de kunne ta meg imot så fort. Det var fantastisk. Ellers har jeg en følelse av at det går både vinter og vår. Så skal du ditt og datt, i forhold til sykehuset i alle fall. Det betyr mye det å få komme raskt til. Når du går med noe der som liksom...jeg følte meg litt utrygg når såret hadde blitt større*» (Kvinne 85 år). Et flertall av informantene mente at de sjeldent eller aldri måtte sitte og vente ved sykepleieklinikken før avtalt time. Som en av dem uttalte: «*Ja, jeg føler ikke jeg kan si mer positivt, for jeg synes alt har vært positivt egentlig. Når jeg har kommet opp her, så kommer de og henter meg inn med en gang. Og så...nei, det har vært strålende. Det har det. For jeg føler jeg har veldig god kontakt med dem. Jeg er fornøyd med hele systemet her...*» (Kvinne 72 år).

Til sammenlikning trakk informantene frem at de opplevde at hverdagen ble mer uforutsigbar når de fikk hjelp fra hjemmesykepleien. Da fikk de ikke et fastsatt tidspunkt å forholde seg til, som betydde at de måtte vente store deler av dagen på hjelpen de trengte. Det var sykepleiernes arbeidsliste og prioriteringer av pasienter som avgjorde når de fikk hjelp. En del av informantene synes det var vanskelig å sitte hjemme og vente, fordi de da ikke kunne planlegge dagen sin. En informant trakk frem nettopp dette; ventetiden hun opplevde ved å motta sårbehandling ved hjemmesykepleien, sammenliknet med sårbehandling i sykepleieklinikk. Hun trakk frem forskjellen med tidsaspektet når man er syk, kontra når man

er frisk. Hvordan det da er ønskelig å kunne bestemme over sin egen tid. Hun uttalte følgende: «...jeg er jo litt mer fri. Altså...men når du er syk så er det jo egentlig det samme hvor tid ting skjer. Men når du er frisk, så vil du gjerne ha orden på tiden din selv. Så det er jo, for meg er det jo glimrende å kunne kjøre ned hit (til sykepleieklinikken). For ellers var du jo hjemme og venta på at de skulle komme, ikke sant. Og de har jo en sånn arbeidsdag at de gjerne kan komme til en bruker, og bruke gjerne lang tid på det. Og en annen bruker gjerne ikke så lang tid på det. Så de kunne ikke si noen fast tid da» (Kvinne 74 år). En annen informant hadde samme erfaring når det gjaldt å styre sin egen tid. Fordelen ved selv å oppsøke en sykepleieklinikk, mot å sitte hjemme og vente på hjemmesykepleien, ble også her fremhevet: «...fordelen min nå er at jeg jo er fri til å komme til en fast tid. Og vite hva jeg kan gjøre resten av dagen. Når de kom hjem, så visste jo jeg det at de var avhengige av de og hvor mye tid de brukte på andre ting. Så da va liksom...da var dagen satt på vent litt. Men...fordelen med at jeg kan gå hit (til sykepleieklinikken) en fast tid, da vet jeg jo omtrent hvor lang tid det tar, og jeg kan bruke dagen til» (Kvinne 67 år).

Ventetid hos fastlegen ble fremhevet av en av informantene, og sammenliknet mot erfaringen hans ved sykepleieklinikken. Selv med en avtalt time på et fast tidspunkt, måtte han ofte sitte og vente før han fikk komme inn til fastlegen. Informanten sa: «..her på sykepleieklinikken, her får du jo komme inn på tiden, her klarer de å holde tiden. Men hos legen, der må du gjerne sitte i en halvtime før du får komme inn, gjerne tre kvarter» (Mann 68 år).

Fremmer gode og trygge relasjoner

Samtlige informanter mente at sårbehandling utført av sårsykepleier i sykepleieklinikk bidro til tryggheten om at de fikk riktig behandling, og de opplevde å bli ivaretatt. I tillegg vektla de viktigheten av det relasjonelle aspektet. Særlig en av informantene trakk frem dette, med følgende utsagn: «Så kompetansen, den gjorde meg trygg, det må jeg si. Og i tillegg var det medmenneskelige viktig. Det bør legges...ja...jeg følte ikke at de måtte skynde seg, for det stod kø utenfor...eller...og det at det er tid nok til meg, det kjente jeg at gjorde godt» (Kvinne 67 år). En annen informant synes det var viktig å bli tatt imot med godt humør, som han selv uttrykte: «Det er at du kommer på klinikken og de du kommer til som skal behandle deg at det er humør. Ikke sure og...det er forferdelig viktig. Og det kan jeg skryte her, det er alltid blide fjes å se når du kommer. Det er viktig for meg. Og det tror jeg er viktig for mange» (Mann 68 år). En av informantene påpekte samspillet mellom sårsykepleierne på sykepleieklinikken, som hun mente var viktig for henne under sårbehandlingen: «...for meg var det viktig at jeg kjente det var god atmosfære iblant personalet» (Kvinne 67 år). Informantene trakk også frem

viktigheten av å føle seg sett og ivaretatt av behandlerne, som var tillitsvekkende og bidro til muligheten for å etablere en relasjon. Ved sykepleieklinikkene ble pasientene møtt av de samme sårsykepleierne. En av informantene opplevde at hun ble tatt på alvor, og at såret ikke ble bagatellisert. Hun uttalte følgende: «*Jeg har alltid følt meg vel når jeg har kommet. Selv om jeg synes det var et lite sår jeg hadde, og at det kan være andre som sliter med mye mer alvorlig, så følte jeg aldri at det var uvesentlig det jeg hadde. Det ble tatt på alvor, og jeg følt de strakk seg langt for at det skulle bli bedre*» (Kvinne 72 år). Ifølge informantene hadde sårsykepleierne nok tid til dem, og de fleste mente at de kunne spørre dem om hjelp til andre ting enn sårbehandling, uten problem. Som en av informantene fortalte: «*Nei, det er som jeg sier, jeg følte en trygghet. På alle måter. Følte jeg kunne lett spør, det var ingen vanskeligheter, følte jeg. det var ingen problemer...de var alltid positive. Der følte jeg at jeg kunne spør om alt. Ellers blir du litt mer sånn at...huff, så springer de sånn, og sånn, og så skal du prøve å ikke spør om for mye...det har lett for å bli sånn, altså*» (Kvinne 85 år). Denne oppfattelsen hadde også en av de andre informantene, og sa: «*Jeg føler jeg har fått så god kontakt med dem. Jeg hadde god samtale med dem, og hvis det hadde vært noe så hadde jeg spurt selvfølgelig*» (Mann 72 år).

Men en informant fortalte at frykten for å være til bry hindret henne i å spørre om hjelp til noe annet enn selve sårbehandlingen. Informanten unngikk å spørre av egen frykt for å utnytte sykepleierne og beslaglegge tiden deres. Hun uttalte følgende: «*Jeg var redd jeg skulle utnytte dem da. For de var så greie liksom, da så...ja, jeg har noen små sår her som jeg sliter litt med og sånn, men så tenkte jeg «nei, det er frekt», tenkte jeg. Ja, da tenkte jeg sånn. At jeg tok meg til rette, eller utnyttet dem...»* (Kvinne 67 år).

I hjemmesykepleien måtte informantene forholde seg til flere sykepleiere, som kunne være til hinder for etablering av relasjoner. Informantene fortalte at de generelt sett opplevde sykepleierne som hyggelige og imøtekommende. En informant opplevde at hun ofte traff de samme sykepleierne, og fikk derfor mulighet til å bli bedre kjent med et par av dem. Hun uttalte følgende: «*Det var nok litt forskjellige, men så kom de igjen de som jeg hadde hatt før og...de som jeg hadde hatt forrige gang kom jo igjen. Så du ble jo litt kjent med de forskjellige. Det gjorde meg egentlig ingenting at det var forskjellige som dukket opp, de var flinke og greie alle sammen*» (Kvinne 72 år).

Ved sårbehandling hos fastlegen, erfarte informantene at det ikke var satt av nok tid til dem. Enkelte av dem fikk følelsen av å være til bry, og de kjente på en frykt for at andre pasienter måtte sitte og vente på grunn av dem. Dette ble fremhevet en informant, som fortalte: «*Ja, jeg*

tenker av og til at det er full med folk som venter, og jeg må skynde meg med å komme meg ut. Ja, du føler det altså. Men på klinikken, der var det jo svært sjeldent at man måtte hverken vente, eller...det slapp vi der» (Kvinne 85 år). En annen informant fortalte også om hvordan han opplevde at fastlegen ikke hadde nok tid til han. Informanten uttrykte at han følte han hverken ble sett, eller prioritert: «Det var det at de (på legekantoret) ikke så meg, de tok meg innimellom, på en måte. Så jeg følte jeg ble liggende der...så det ble litt langtrukket. Men jeg var fornøyd med selve behandlingen. Men det at de hadde for mye å ta seg av utenom. For jeg følte at når jeg kom med det såret, så ble jeg liksom en...en attpåklatt» (Mann 72 år).

En informant hadde et siste innspill angående sykepleiekliviken, som hun mente ikke fremmet relasjonen mellom pasient og sykepleier. Innspillet var relatert til utformingen av behandlingsrommet, som informanten mente ikke svarte til forventningene. Her trakk hun frem etisk forsvarlighet, ivaretagelse av taushetsplikt, og uttalte følgende: «Nå ble det jo sånn at jeg deler rom, med en annen som sitter til behandling. Og det er jo gjerne litt lite etisk forsvarlig, synes jeg da. For du er vant til å snakke, og så plutselig snakker..og så er det en bak..det oppdaget jeg bare da. At det var..åja, det sitter jo en til her. Da kjente jeg liksom..jaja. Men..jeg hørte jo gjerne hva de sa, og de hørte jo hva jeg sa. Så legger jo det..nå må du tenke deg litt..ikke bare snakke, for da er du ikke..fri. På en måte...så jeg reagerte på det, jeg må jo si det. Ja. Men det var jo nå etter..og det lurte jeg jo på om..jeg tenkte det var sånn oppstartsproblemer..at..jeg synes jo det bør forandres, da» (Kvinne 67 år).

Livskvalitet og aktivitet påvirkes av sammensatte faktorer

Flere informanter hadde vanskeligheter med å forstå betydningen av ordet livskvalitet, og de hadde utfordringer med å sette ord på hvordan de selv opplevde sin egen livskvalitet. Som en informant uttalte: «Nei, akkurat nå er den ikke så sprek på... altså livskvaliteten, jeg vet ikke hva du mener med livskvalitet. Det er sånn som beinet og det er jo dårlig, på grunn av at jeg ikke får bevege meg. Så den livskvaliteten er i alle fall ikke så bra» (Mann 68 år). For en av de andre informantene påvirket såret hverdagen på den måte at han ikke kunne bevege seg særlig mye. Fordi behandlingen også innebar avlastning. Som han selv sa: «Det (såret) påvirker at jeg blir sittende mye rolig. Blir ikke i bevegelse. Fordi jeg skal ha minst mulig belastning på såret. Da blir jeg helst sittende med foten opp, og se på fjernsyn. Det blir ikke mye bevegelse» (Mann 72 år).

Et par av informantene mente at såret i seg selv ikke bidro til nedsatt livskvalitet, fordi de ikke opplevde særlig gard av smerter eller begrensninger i forhold til aktivitet eller sosialisering.

En av informantene uttalte følgende: «Jeg vil påstå at jeg er frisk, jeg. Det er et sår som jeg må få til å gro helt, men ellers er jeg frisk. Det feiler meg ingenting» (Kvinne 74 år). Men informantene med tilleggssykdommer, som kreft, artrose og nevropati, hadde motsatt opplevelse. Smerteproblematikken hindret mobilitet og aktivitet, og kreftbehandling gav flere bivirkninger og reduserte den fysiske formen. En av informantene med slik utfordring, fortalte: «Det har påvirket voldsomt. Veldig mye. Fordi at...men jeg har...såret er en ting, men jeg har så mange slags tilleggssykdommer. Jeg har leddgikt, artritt, og så har jeg da...protese i hofte og skulder. Og så har jeg fått nevropati, så nå er jeg så øm under beina at jeg går helst på puter og nåler. Så, sårene...jaja, si de er 40% av den dårlige helsa. Og resten er tilleggssykdommer. For jeg har veldig mye smerte» (Mann 72 år).

En av informantene fikk en kreftdiagnose, og måtte samtidig få hjelp til sårbehandling. Hun gikk gjennom en tøff behandling, som reduserte den fysiske formen, og førte til behov for opptrening. Dette påvirket livskvaliteten hennes på mange måter, og hun uttrykte det slik: «Jeg feiler jo forskjellige ting. For ca. to år siden ble jeg innlagt på sykehuset, og etter å ha vært innom alle avdelingene fant de ut at jeg hadde sånn beinmargskreft. Med følgesykdom som gir hjertesvikt og nyresvikt og sånn. Og jeg hadde vært veldig sprek før den tid. Løp en del osv. Så oppdaget de det på hælen, og da kunne jeg heller ikke gå skikkelig. Måtte bruke rullator. Men så kuttet jeg den ut, og begynte å gå med staver. Så fikk jeg spredning, og igjen ble jeg redusert, og litt problematisk å gå med det sårgreiene der» (Kvinne 72 år). Ifølge en annen informantene påvirket såret og tilleggssykdommer livskvaliteten i den grad at det gikk utover det sosiale livet, fordi hun isolerte seg. Hun uttalte følgende: «Det påvirket ikke noe annet enn dette med å gå ut...på besøk til folk, eller være ute på noe sosiale ting. Det har selvfølgelig ikke blitt så mye sosialt faktisk de siste to årene. På grunn av at jeg selv ikke har vært helt i form. Men nå er det mye bedre. Jeg har flere planer fremover» (Kvinne 85 år).

En av informantene, som er rullestolbruker, opplevde å få trykksår som følge av ensidig trykk på setet. Hun fortalte at såret tidligere påvirket livskvaliteten svært mye før, fordi det var mye større, og begrenset henne i hverdagen. Hun var avhengig av mye hjelp, og klarte seg ikke på egenhånd. Livskvaliteten opplevde hun slik: «Da var den (livskvaliteten)...Hvis jeg tar en rangering fra 10 til 0, eller fra 0 til 10, så ville jeg si 1. Så dårlig var det» (Kvinne 74 år).

Et annet aspekt informantene trakk frem, i forhold til livskvalitet, var kostnadene knyttet til sårbehandlingen. Ved sykepleieklinikk og hjemmesykepleie var sårbehandlingen og utstyret gratis. Hos fastlegen måtte pasientene betale for utstyret, i tillegg til vanlig timebetaling. For informantene kunne det bli svært kostnadsfullt, og kunne gi konsekvenser i hverdagen. Som

en informant fortalte: «Ja, fastlegen var jeg hos...gikk jeg mye til...men det vet du, det var jo full lønn eller betaling hver gang. Det ble kjempedyrt å gå der» (Mann 72 år). En av de andre informantene med erfaring fra sårbehandling hos fastlegen, støttet opp om dette. Hun uttalte følgende: «Jeg bare tenkte at dette som jeg holder på med nå, må jeg bare slutte med. For det ble jo så dyrt. At jeg sa det også, jeg må bare ta å legge på et plaster selv, for dette går ikke an lenger. Jeg sa til og med at jeg må selge både hus og alt sammen hvis jeg skal fortsette med dette. Det ble skamdyrt. Flere uker når jeg skulle ha den bandasjen, betalte jeg over 700kr uka» (Kvinne 85 år). Betydningen av gratis behandling ble fremhevet av en informant, som mente at livskvaliteten ble bedre av å slippe å bekymre seg for om å må snu på hver krone. Hun fortalte at hun følte seg heldig som fikk sårbehandlingen i sykepleieklinikk dekket, og at hun tidligere hadde kjent på bekymringen om å måtte ta kostnadene selv hos fastlegen. Livskvaliteten hennes ble bedre av at hun slapp å bekymre seg for om hun hadde råd til å betale for behandlingen, og fortalte følgende: «Jeg synes ikke den (livskvaliteten) er forringet, jeg synes egentlig heller motsatt. For det at jeg har blitt så imponert, rett og slett, at jeg ble ivaretatt på den måten når jeg først fikk et sånt sår. Så...så har det vært sånn gjennomgående for meg at jeg har følt meg enormt heldige som har fått komme (til sykepleieklinikken), at jeg bor i Norge rett og slett. Og, ja...at det ikke kostet meg mer enn...ja, det har jo vært...dette er jo et gratistilbud og...eller, gratis og gratis, men du slipper i alle fall å betale 500kr to ganger i uka for eksempel, og det betyr også mye for livskvaliteten at du ikke må begynne å tenke hva du kan gjøre, fordi du må begynne å prioritere» (Kvinne 67 år).

I forhold til spørsmålet om behandling i kommunal sykepleieklinikk fører til økt aktivitet, var informantenes oppfatning delt. En av informantene mente at avtalene på sykepleieklinikken hjalp henne til å komme i bedre form. Faste avtaler hver uke, hvor hun måtte ut og gå, bidro til en bedre fysisk form. Hun uttalte følgende: «Ja, for meg har det jo...i og med at jeg er så frisk som jeg er likevel, så har det jo...ikke forringet noenting, i og med at jeg er pensjonist også, så...fikk jeg egentlig et oppdrag to ganger i uka, og komme meg ut. Ikke sant, sånn, så jeg kommer litt i bedre form også. Fordi jeg begynte å gå tidlig om morgenen. Fikk meg en ekstra tur» (Kvinne 67 år). En annen informant tok buss til sykepleieklinikken, men måtte gå en liten strekning i tillegg. Før en nødvendig operasjon var dette litt problematisk, men det gikk bedre etterpå. Hun gav uttrykk for dette med følgende uttalelse: «For meg var det ingen problem å komme dit, jeg tok jo bussen, og gikk derfra. Det var verre før operasjonen, for da hadde jeg problemer med å gå opp, så jeg måtte stoppe mange ganger. Men etter det synes

jeg det var greit, altså. Det var jo veldig sentralt og lett å komme til, allikevel om du måtte ta buss» (Kvinne 85 år).

Flere informanter benyttet egen transport til klinikken, og merket ikke særlig endring i aktivitetsnivået. For enkelte var det ikke mulig å gå eller ta buss, på grunn av avstand og mangel på offentlig transporttilbud. Men flere så likevel fordelene med å oppsøke en sykepleieklinikk, i forhold til å komme seg ut av huset og det sosiale aspektet. Som en informant påpekte: *«Ja, du kan si at det er jo sånn du kommer deg ut. Jeg har jo litt kjøring da for å komme her til byen, men hvis du ikke hadde kjørt til sykepleieklinikken så hadde du ikke kommet deg ut. Da hadde du sittet hjemme. Så det er godt å få komme ut sånn. Nå kan jeg kjøre ned og ta meg en kopp kaffe etterpå. Så det er jo bra sånn, at jeg kommer meg ut» (Mann 68 år).* En annen informant hadde samme oppfatning, og understreket at trivsel hadde betydning i forhold til lysten å komme seg ut av huset. Han sa følgende: *«...nei, her (på sykepleieklinikken) trives jeg så godt at jeg ikke syter med å gå i alle fall. Det er helst sånn at du har lyst å komme deg ut og komme deg til byen» (Kvinne 85 år).*

Forutsetningen for tjeneste i sykepleieklinikk, er at pasienten må klare å komme seg til klinikken. For pasienter med utfordringer i forhold til mobilitet og dårlig helse generelt, er sykepleieklinikk muligens ikke det beste alternativet. Følgende sitat fra en av informantene belyser dette: *«Selvfølgelig er det greit med sykepleieklinikk når jeg er sånn at jeg kan komme dit. Når du er syk, så kan du det ikke. Men når jeg er frisk, så kan jeg jo det. Og da synes jeg dette er mye mer praktisk for meg» (Kvinne 74 år).* En av de andre informantene som hadde utfordringer i forhold til mobilitet, mente likevel at sårbehandling i sykepleieklinikk var å foretrekke fremfor sårbehandling fra fastlegen eller via hjemmesykepleie. Som følgende uttalelse bekrefter: *«Jeg hadde valgt her (sykepleieklinikken). På tross av at jeg må reise. Kjøre og reise, for å komme hit. Så ville jeg valgt her» (Mann 72 år).*

5.1 Oppsummering av hovedfunn

Følgende hovedfunn ble identifisert ut fra informantenes uttalelser:

- Kommunal sykepleieklinikk som organiseringsform bidrar til kontinuitet og kompetanse i sårbehandlingen
- Kommunal sykepleieklinikk bidrar til mer forutsigbarhet i hverdagen, for pasienter som trenger sårbehandling. På grunn av mulighet for faste timeavtaler, og lite ventetid
- Gode og trygge relasjoner bidrar til trivsel og trygghet for pasientene. I kommunal sykepleieklinikk møter pasientene de samme sårsykepleierne, som er viktig for å

kunne skape en relasjon. Pasientene følte seg ivaretatt når behandlerne viste at de var til stede uten forstyrrelser, og satt av nok tid til sårbehandlingen. Utformingen av behandlingsrommet er avgjørende for etablering av relasjoner, da taushetsplikten må ivaretas

- Opplevd livskvalitet påvirkes av flere faktorer; Selve såret, men også pasientens tilleggssykdommer. Økonomi og aktivitet er også faktorer som påvirker livskvaliteten, særlig dersom økonomien ikke strekker til, eller pasienten har begrensninger i forhold til aktivitet. Gratis sårbehandling i sykepleieklinikk er et positivt aspekt, og flere informanter opplevde at avtalen ved sykepleieklinikken bidro til mer aktivitet og en mer sosial hverdagen

6.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres studiens funn opp mot anvendt teori i lys av studiens problemstilling: *Hva kjennetegner pasienters erfaringer knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk?* Studiens forskningsspørsmål fokuserer på pasienterfaringene rettet mot 1) informantenes opplevelse av sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk, sammenliknet med sårbehandling fra annen aktør i kommunehelsetjenesten, 2) faktorer for god sårbehandling, 3) hvordan informantene opplever behandlingstilbudet i sykepleieklinikk, knyttet til målsetningene om økt livskvalitet, aktivitet, og ansvar for egen tid og helse.

Kommunal sykepleieklinikk bidrar til kontinuitet og kompetanse

Studien avdekker at kommunal sykepleieklinikk som organiseringsform bidrar til økt kontinuitet og kompetanse i sårbehandlingen sammenliknet med sårbehandling fra fastlege og eller hjemmesykepleie. Dette blir gjennomgående påpekt av informanter som viktige faktorer i sårbehandlingen da de uttrykker at økt kontinuitet og kompetanse bidrar til positive synergier. Kontinuiteten bidrar til etablering av gode relasjoner mellom pasient og sårbehandlende sykepleier, som igjen skaper trivsel og trygghet for pasientene. Friman, Klang & Ebbeskog (2010) understreker viktigheten av kontinuitet i sårbehandlingen og hvordan den påvirker kontakten mellom pasient og sykepleier. Flere av informantene peker på forskjellen mellom å dra til sykepleieklinikken, hvor de forholder seg til et fåtall sykepleiere, mot hjemmesykepleien hvor de må forholde seg til flere ulike sykepleiere.

Imidlertid understreker informantene at de også har vært fornøyd med behandlingstilbudet fra hjemmesykepleien, og ønsker ikke å rette kritikk mot sykepleierne der. Ifølge Langøen & Gürgen (2012, s.304) er det viktig i forhold til sårtilhelingsprosessen at færre sykepleiere utfører sårbehandlingen, og færre har ansvaret. Dette for å sikre kontinuitet, som gir bedre forutsetning for sårtilheling. Langøen & Gürgen (2012, s.305) trekker frem tilfeldighetsprinsippet i organiseringen av sårbehandlingen, som innebærer at stadig nye personer får ansvaret, som gjør det utfordrende å holde oversikt over hvilken behandling som er forøkt tidligere, samt gjeldende behandling. Sårpatienten kan oppleve å bli en kasteball i et system hvor ingen tar ansvar for behandlingen (Langøen & Pukstad, 2014).

Kvaliteten i sårbehandlingen varierer, og det er grunn til å tro at sårtilhelingen kan skje raskere dersom kompetansen økes, og dersom kontinuiteten bedres (Langøen & Gürgen, 2012, s.310). Behandlere med kunnskap og kompetanse gir pasienten følelsen av trygghet, som skaper et tillitsforhold. En informant i min studie påpeker at sårsykepleierne ved

sykepleieklippene anvender ny forskning og holder seg faglig oppdatert. Hun sier hun selv har lært mye av dem, kunnskap som hun selv har fått nytte av. En annen informant påpeker forskjellen mellom kompetansen til sykepleier i hjemmesykepleien og sårsykepleier ved sykepleieklippen. Spesialsykepleiere innehar en viktig rolle i kvalitet i sykepleie, og er i tillegg en ressurs for kolleger og arbeidsplassen, som Gunnarshaug (2012, s.14) trekker frem i sin rapport. Sårsykepleieren har en kompetanse som bør anerkjennes og anvendes. Ved å bruke riktig kompetanse til rett tid og sted, vil utfallet for pasienten bli positiv, og sårsykepleieren vil selv finne mening i arbeidet sitt. Mangel på kompetanse og kvalitet i sårbehandlingen fører til unødvendig lidelse for pasientene (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). Ousey & Cook (2011) støtter også opp om viktigheten av kompetanse i sårbehandlingen, og helsepersonellens forståelse for utvikling av ferdigheter og kunnskap, slik at de kan gjøre en nøyaktig og helhetlig vurdering av såret og pasienten.

Ifølge Friman, Klang & Ebbeskog (2010) har sykepleierne selv egeninteresse i å følge opp pasienter med sår, da de får brukt kompetansen sin, får erfaring, og ser resultatet av sårbehandlingen. Tilfeldighetsprinsippet, hvor sårbehandlingen preges av tilfeldigheter og stadig nye behandlere får ansvaret, forekommer også i kommunehelsetjenesten (Langøen & Gürgen, 2012, s.310). Harrison et al (2011) viser i sin studie at et fast team som består av sykepleiere med god kompetanse innen sårbehandling, kan være en verdifull bidragsyter i oppfølging og behandling av sårpasienter. Studien konkluderer med at organiseringen av sårbehandlingen er viktigere enn hvor selve sårbehandlingen utføres. Det vil si at kontinuitet og kompetanse, som gjenspeiles i et fast team med spesialutdannede sykepleiere med erfaring innen sårbehandling, spiller en større rolle i sårtilhelingen enn selve lokalisering av behandlingen (Harrison et al, 2011).

Sykepleieklippene inkludert i min studie er organisert ulikt. Et par av dem er tilknyttet hjemmesykepleien, andre befinner seg i et lokale uavhengig av andre samarbeidsaktører. Ved samtlige sykepleieklipp er det ansatt to til fire sårsykepleiere, som har ansvar for oppfølging og gjennomføring av sårbehandlingen, i samarbeid med pasientenes fastleger. I sykepleieklippene tilknyttet hjemmesykepleien kombinerer sårsykepleierne dagvakter ved klinikken, og turnusjobbing i hjemmesykepleien. Dette kan være grunnen til at enkelte av informantene i denne studien, i samsvar med funnene til Harrison et al (2011), ikke opplevde forskjell i kvaliteten på sårbehandlingen ved sykepleieklippen, sammenliknet med hjemmesykepleie. I hjemmesykepleien fikk de stort sett hjelp av de samme sårsykepleierne som også utførte sårbehandlingen ved sykepleieklippen.

Harrison et al (2010) inkluderer ikke hygieniske forhold i studien sin, eller andre utfordringer sykepleierne møter i hjemmene til pasientene. Andre utfordringer enn hygiene kan ifølge Friman, Klang & Ebbeskog (2010) være dårlig belysning, ergonomiske utfordringer og mangel på utstyr. Dette samsvarer med funnene i studien min, hvor informantene peker på mangel på riktig utstyr som utfordringer med sårbehandling via hjemmesykepleien. I sin studie viser Friman, Klang & Ebbeskog (2010) til uttalelser fra sykepleiere som utfører sårbehandling hjemme hos pasientene, som bekrefter at hjemmene iblant er urene og til og med skitne. Sykepleierne trekker også frem utfordringen med å ikke alltid ha riktig utstyr tilgjengelig. Informantene i min studie bekrefter nettopp dette, at det er fordelaktig at sårbehandlingen utføres ved en sykepleieklinikk, hvor riktig utstyr alltid er tilgjengelig. Witthøft & Sommer (2017) fremhever også viktigheten av riktig utstyr tilgjengelig i sårbehandlingen, i tillegg til at kommunal sykepleieklinikk tilbyr gode hygieniske forhold.

Sammenliknet med sårsykepleiernes kompetanse, blir fastlegens kompetanse innen sårbehandling vurdert som mangelfull ifølge enkelte informanter. En av informantene forteller at fastlegen hennes selv uttalte at han ikke hadde kompetanse innen sårbehandling, og henviste pasienten til sårsykepleieren på kontoret. Denne uttalelsen støttes opp av Friman, Klang & Ebbeskog (2010) hvor spesialsykepleierne har en oppfattelse av at ansvaret for behandlingen av sårpatienten avhenger av deres egen kompetanse innen sårbehandling. Spesialsykepleierne opplevde at fastlegene viste lite interesse for sårbehandling, som gav liten mulighet for faglige diskusjoner. Spesialsykepleierne mente at de var mer erfarne i den praktiske sårbehandlingen enn fastlegene, men til gjengjeld opplevde de at fastlegene stolte på deres anbefalinger, og måten de gjennomførte den praktiske sårbehandlingen (Friman, Klang & Ebbeskog, 2010). Fastleger med lite kunnskap om sårbehandling vil ikke kunne gi pasientene den behandlingen de trenger, og usikkerheten rundt dette vil påvirke pasientene negativt. Som Järbrink et al (2017) påpeker i sin studie, kan legers mangelfulle kompetanse innen sårbehandling skyldes at medisinstudiet ikke inneholder særlig mye undervisning knyttet til sår og sårbehandling. I tillegg handler det om legens egen interesse for sårbehandling, samt få muligheter for spesialisering (Järbrink et al, 2017).

Basert på informantenes uttalelser synliggjør denne studien at sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk bidrar til økt kontinuitet, kompetanse og bedre utnyttelse av sykepleierressursene, i tråd med klinikkens målsetninger. Som vist ved sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk, vil anvendelse av sårsykepleierens kompetanse gi bedre kvalitet i behandlingen, som gir bedre forutsetning for sårtilheling.

Kontinuitet og brukermedvirkning fremmer den terapeutiske relasjonen

Ifølge Langøen & Gürgen (2012, s.304) kan sårpasientene utvikle et nært forhold til sine behandlere, særlig dersom kontinuitet og brukermedvirkning vektlegges. Kontinuitet ved at pasienten forholder seg til få behandlere, sykepleiere og leger, og brukermedvirkning ved at pasienten involveres i avgjørelser omkring sårbehandlingen. Gjensidig tillitsforhold mellom pasient og behandler bidrar til bedre samarbeid om sårbehandlingen, som fremmer sårtilheling (Langøen & Gürgen, 2012, s.304). I min studie trekker informantene frem viktige faktorer i møte med behandlerne sine. Ved sårbehandling i sykepleieklinikk forteller en informant at han blir møtt med vennlighet og godt humør. En annen informant trekker frem viktigheten av en god atmosfære, som får henne til å slappe av. Ifølge henne opplever hun dette når hun treffer sårsykepleierne i sykepleieklinikken. Flere av informantene sier de opplever at sårsykepleierne tar dem på alvor, og tar ansvar for sårbehandlingen. De viser engasjement, som skaper tillit og trygghet, som igjen bidrar positivt til utviklingen av relasjonen mellom pasient og behandler. Informantene uttrykker at de føler seg trygge under behandlingen, og de har tillit til sårsykepleierens kompetanse. De føler at sårsykepleierne har kontroll på sårbehandlingen, og de føler seg ivaretatt.

En del av informantene involverer seg i sårbehandlingen, enkelte mer enn andre. Ifølge Gluyas (2015) kan disse faktorene bidra til etablering av et terapeutisk forhold mellom pasient og behandler, som er essensielt i pasientsentrert omsorg. En pasientsentrert omsorgsmodell har vist seg å bidra til at behandlingen gir bedre resultater, den bidrar til bedre bruk av ressursene, er kostnadssparende og pasientene er mer tilfredse med behandlingen de mottar. Gluyas (2015) viser også til fragmentering, oppstyking av pleie og behandling, som et hinder i etablering av pasientsentrert omsorg. En slik oppstyking av behandlingsprosessen tar fokuset bort fra pasienten som en helhet. Helhetlig behandling betyr å se hele mennesket, ikke bare diagnosen. Pasienten er mer enn såret sitt. I sin studie understreker Fearn, Heller-Murphy, Kelly & Harbour (2017) viktigheten av å gi sårpasienter et behandlingstilbud fra faste behandlere som gir mulighet for etablering av et terapeutisk forhold. Særlig for sårpasienter er et slikt forhold viktig, for å gi dem følelsen av å ha litt kontroll over behandlingen, for å beholde håpet for fremtidsutsiktene og for å oppleve en viss grad av selvstendighet. For helsepersonell kan det være en utfordring å legge til rette for etablering av et terapeutisk forhold. Det krever tid, kontinuitet og velvilje fra både pasient og behandler. Kjemi spiller også en rolle (Fearn, Heller-Murphy, Kelly & Harbour, 2017). Sykepleierne har mest sannsynlig et genuint ønske om å hjelpe pasienten etter beste måte, som Joyce

Travelbee viser til i sin forklaring av etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2015, s. 219). Sykepleieren må både ha et ønske om å hjelpe, i tillegg til kunnskap og ferdigheter for å iverksette tiltak som samsvarer med pasientens behov. Ifølge Travelbee får pasienten sterk tillit til en sykepleier som gjennom handlinger viser seg å være til å stole på (Kristoffersen, 2015, s.222). Men mangel på kompetanse og kontinuitet kan sette en stopper for etableringen av et slikt tillitsforhold (Langøen & Gürgen, 2012, s.304).

Informantene i min studie oppfatter sykepleierne i hjemmesykepleien som hyggelige, og at de har et ønske om å hjelpe. Samtlige informanter fremhever mangel på kompetanse, som gir utrygghet og ikke fremmer det relasjonelle aspektet. I tillegg uttrykker informantene at flere sykepleiere å forholde seg til fører til utfordring med å etablere en relasjon. En faktor som fremmer relasjonen mellom behandler og pasient er, som informantene forteller, at sår-sykepleierne ved sykepleieklinikken har satt av tid til dem, slik at de kan slappe av og får tid til å snakke om det de måtte ønske. Uten å bli jagd ut døren, fordi andre pasienter venter i kø. Dette bidrar til en mer avslappet atmosfære, og pasientene føler seg viktige og prioritert. Sykepleierne får utøvet helhetlig sårbehandling, de har tid til å gjøre en grundig utredning, og oppdatere seg på pasienthistorikken (Ousey & Cook, 2011).

Det relasjonelle aspektet i sårbehandling via fastlegen er ifølge et par av informantene ikke særlig bra. Informantene forteller at de føler seg mindre prioritert, og opplever at fastlegen ikke har tid til dem. En informant uttaler at han følte seg som en «attpåklatt» ved sårbehandling hos fastlegen. Ifølge Langøen & Gürgen (2012, s.310) kan fastlegene ha utfordringer med å gjennomføre sårstell, da et sårstell kan være nokså tidkrevende. Et sårstell kan ta opp mot to timer, og med fastlegens allerede stramme timeplan kan dette være en stor utfordring å gjennomføre. Dersom behandleren ikke setter av nok tid til sårstellet, vil kvaliteten i sårbehandlingen reduseres, som kan føre til lenger tilhelingstid, samt at pasienten føler seg tilsidesatt og ikke prioritert (Järbrink et al, 2017). Denne oppfatningen belyses og bekreftes av utsagnet til informanten i min studie.

Sårbehandling innebærer mer enn selve såret, og utformingen av behandlingsrommet må ivareta taushetsplikten. Pasientene har ofte behov for å snakke med behandleren, og forutsetningen for dette er at pasienten vet at ingen andre kan lytte til samtalen. Som bekreftes og påpekes av en informant i min studie. Ifølge Langøen & Gürgen (2012, s.304) er relasjonen mellom pasient og sykepleier er bygget på gjensidig tillit.

Basert på funnene ser det ut til at informantene i større grad opplever seg sett og ivaretatt ved sykepleieklinikken, sammenlignet med sårbehandlingen fra fastlege eller hjemmesykepleie. Kommunal sykepleieklinikk legger til rette for relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, i tråd med sykepleiens grunntenkning, herunder Travelbee. Forutsatt at sårsykepleier er bevisst relasjonens betydning, og ser hele pasienten. Helhetlig tilnærming i sårbehandlingen er en viktig faktor som fremmer sårtilheling. Tilnærmingen innebærer også etablering av terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier, som gir pasienten trygghet og kan bidra til å øke livskvaliteten.

Kommunal sykepleieklinikk bidrar til økt grad av brukermedvirkning, og mer forutsigbarhet i hverdagen

Basert på informantenes uttalelser avdekker denne studien at kommunal sykepleieklinikk i større grad bidrar til forutsigbarhet i hverdagen, for pasienter som trenger sårbehandling. Informantene gav tydelig uttrykk for at faste timeavtaler, medbestemmelse og lite ventetid var forhold de vektla som utelukkende positive med behandlingstilbudet i klinikken. Informantene trekker frem viktigheten av å kunne planlegge sin egen hverdag, selv om de har behov for hjelp til sårbehandling. Sykepleieklinikken fremheves positivt, og de uttaler at tjenesten tar hensyn til deres ønsker om tidspunkt for timeavtaler, og de får faste tider å forholde seg til. I motsetning til ved behandling fra fastlege eller hjemmesykepleien. Ved behandling fra hjemmesykepleien forteller informantene at de måtte være hjemme store deler av dagen for å vente på sykepleieren som skulle komme. De fikk ingen fast tidspunkt, og visste derfor ikke når hjemmesykepleien ville ankomme. Disse uttalelsene støttes av studien til Harrison et al (2011), hvor informantene også her rapporterte at de foretrakk tjenesten sykepleieklinikk mot besøk av hjemmesykepleien, nettopp på grunn av mulighet for faste timeavtaler. Forutsigbarheten var spesielt viktig for pasienter som fortsatt var arbeidsaktive, eller de med et stort sosialt nettverk som hadde mange faste avtaler hver uke. For dem er det viktig at sårbehandlingen ikke styrer hverdagen, slik at de må avlyse eller unngå å lage avtaler. Avtalen med venner og familie er viktige for å opprettholde deres sosiale nettverk, som igjen gir positiv innvirkning på livskvaliteten (Langøen & Gürgen, 2012, s.301).

Faste avtaler og ønsketid viser at samarbeid og involvering av pasientene vektlegges ved sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, kap 3, §3-1, 2001) som gir pasientene rett til å ta del i utformingen av sin behandling, og helsepersonell har plikt til å involvere dem. Langøen & Gürgen (2012, s.310) fremhever viktigheten av å myndiggjøre eller ansvarliggjøre pasienten.

Det innebærer en balanse i forholdet mellom pasient og behandler, hvor begge to har ansvar for sårbehandlingen, og ansvar for å legge til rette for sårtilheling. Samtidig som pasienten skal ta ansvar for seg selv, må behandleren ikke fraskrive seg ansvaret. Det faglige ansvaret vil fortsatt ligge hos behandleren (Langøen & Gürgen, 2012, s.310).

I lys av målsetningen om nye organiseringsformer som legger til rette for økt grad av brukermedvirkning, viser informantenes uttalelser i min studie at kommunal sykepleieklinikk legger til rette for dette i form av medbestemmelse. Medbestemmelse og involvering av pasienten støtter pasientens friske sider, som er viktig for sårtilhelingen og kvaliteten på tjenesten.

Livskvalitet og aktivitet påvirkes av sammensatte faktorer

Hvorvidt behandlingstilbudet ved sykepleieklinikken bidro til økt livskvalitet, har informantene vanskelig for å uttale seg om. Flere av informantene gir uttrykk for at opplevd livskvalitet må ses i sammenheng med type sår, varighet, smerteproblematikk og fysisk mobilitet. Flere av informantene har også tilleggssykdommer, som gir plager utover selve såret, og isolert sett påvirker grad av tilfredshet. Informantene understreker imidlertid at økonomiske forhold også er av betydning. Sårbehandlingen kan fort bli dyr ved oppfølging fra fastlegen. Samtlige informanter uttrykker tilfredshet med at sårbehandling i sykepleieklinikk er gratis, og fremhever at de er glade for det. Noen informanter opplever at avtalen ved sykepleieklinikken bidrar til mer aktivitet, da de fysisk må reise hjemmefra for å komme seg dit. Tilgjengelig transport påpekes som en faktor som påvirker hvorvidt dette imidlertid blir sett på som utelukkende positivt.

Et kronisk sår kan påvirke livskvaliteten i stor grad, avhengig av flere sammensatte faktorer. Langøen & Gürgen (2012, s.301) fremhever faktorer som smerte, sosial isolering og behandlingen styrer hverdagen. Informantene i denne studien forteller om ulik grad av smerte. En informant opplever at smertene begrenser ham i hverdagen, som gjør at han ikke klarer å være like aktiv nå som tidligere. Andre informanter forteller om liten eller ingen grad av smerte. Hyppige avtaler i forhold til sårbehandling, enten ved poliklinikker, eller ved besøk av hjemmesykepleien, kan oppleves å ta stor plass i hverdagen og familielivet (Langøen & Gürgen, 2012, s. 301). Informantene i min studie understreker at de er svært takknemlige for behandlingen de mottar, og at de føler seg heldige som bor i et land med en velferdsstat.

Ifølge Naidoo & Wills (2009) viser studier gjort blant den eldre befolkningen at livskvalitet innebærer faktorer som fysisk helse og funksjon, psykososialt velvære, sosial støtte og ressurser, selvstendighet, autonomi og oppfattet kontroll over eget liv, samt materielle og finansielle omstendigheter. Psykososiale faktorer, som angst, depresjon, sosial isolering, lav økonomisk status og smerte er forbundet med forsinket sårtilheling (Moffatt, Vowden, Price & Vowden, 2008). Informantene i min studie fremhever gratis sårbehandling i sykepleieklinikk og hjemmesykepleie som svært positivt, kontra dyr behandling hos fastlegen. Et par informanter sier de opplever at livskvaliteten blir bedre av å slippe å bekymre seg for om de har råd til å betale for sårbehandlingen.

Gunnarshaug (2012, s.28) understreker at målet med kommunal sykepleieklinikk er å legge til rette for pasientens opplevelse av mestring, opprettholde funksjonsnivået og sosial deltakelse i samfunnet. Ved å komme seg til klinikken, i stedet for å være en passiv tjenestemottaker hjemme, stimuleres pasienten til sosial og fysisk aktivitet (Witthøft & Sommer, 2017). Dette samsvarer med uttalelsene til informanter i min studie. En av informantene forteller også at hun i tillegg til økt fysisk aktivitet opplever å få mer sosial kontakt i hverdagen.

Kommunal sykepleieklinikk kan ikke sies å direkte bidra til økt livskvalitet for pasientene. Hva som kan påvirke livskvaliteten er et komplekst samspill faktorer, som variasjon i opplevelser, smertegrad, tilleggssykdommer, mobilitet/immobilitet, sosiale forhold, og tilleggssykdommer. Kommunal sykepleieklinikk kan bidra til at enkelte pasienter blir mer aktive i hverdagen, og får dekket sitt sosiale behov. Gratis sårbehandling påvirker pasienten i positiv grad, ved at pasienten ikke trenger å bekymre seg for om han/hun har råd til å betale for sårbehandlingen.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å bidra til økt innsikt i eldre pasienters (>65år) erfaringer, knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Studien har hatt et eksplorerende kvalitativt design, hvor følgende problemstilling er søkt besvart:

Hva kjennetegner pasienters erfaringer knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk?

Forskning knyttet til pasienters erfaringer med sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk er svært begrenset i norsk sammenheng. Denne studien gir derfor verdifull innsikt i pasienters erfaringer med en relativt ny organiseringsform innen sårbehandling i kommunehelsetjenesten. Selv om denne studien er basert på relativt få informanter, har den identifisert kjennetegn og fellestrekk i pasienterfaringer knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Denne studien avdekker følgende:

- Kommunal sykepleieklinikk som organiseringsform bidrar til kontinuitet og kompetanse i sårbehandlingen, som også innbefatter en bedre utnyttelse av sykepleierressursene. Dette er i tråd med klinikkens målsetninger. Ved sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk anvendes sårsykepleierens kompetanse, som gir bedre kvalitet i behandlingen og bedre forutsetning for sårtilheling.
- Kommunal sykepleieklinikk bidrar til mer forutsigbarhet i pasientens hverdag, på grunn av faste timeavtaler og lite ventetid. Behandlingen avtales i samarbeid med pasienten, som betyr at kommunal sykepleieklinikk bidrar til økt medbestemmelse og brukermedvirkning i sårbehandlingen
- Gode og trygge relasjoner gir opplevelse av trivsel og trygghet for pasientene. I kommunal sykepleieklinikk møter pasientene de samme sårsykepleierne, som er en viktig forutsetning for å kunne skape en relasjon. Helhetlig tilnærming i sårbehandlingen er viktig for pasienten, kvaliteten på behandlingen og selve sårtilhelingen. Et sårstell kan være tidkrevende, og det er viktig at behandleren setter av nok tid til hver pasient, for det relasjonelle aspektet og for kvalitet i sårbehandlingen. Utformingen av behandlingsrommet er avgjørende for etablering av relasjoner, da taushetsplikten må ivaretas
- Opplevd livskvalitet påvirkes av flere sammensatte faktorer; Selve såret, pasientens tilleggssykdommer, økonomi, aktivitet, sosiale forhold. Disse faktorene blir fremtredende dersom de begrenser pasienten i hverdagen. Det være at økonomien ikke

strekker til, og pasienten må gjøre prioriteringer for å kunne betale for sårbehandlingen. Eller at pasienten har begrensninger i forhold til aktivitet, da såret eller sykdom er til hinder for aktivitet i hverdagen. Gratis sårbehandling i sykepleieklinikk er et positivt aspekt, og flere informanter opplevde at avtalen ved sykepleieklinikken bidro til mer aktivitet og en mer sosial hverdag

7.1 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning

Implikasjoner for praksis: Dette er en liten studie, men funnene ut fra informantenes uttalelser kan si noe om hvordan sårbehandlingen i kommunehelsetjenesten bør organiseres for å ivareta pasienter og tilby dem behandling av god kvalitet. Spesialsykepleieres kompetanse, her ved sårsykepleier, bør verdsettes og anvendes. Kompetansen hever kvaliteten på tjenesten, og gir sykepleierne verdifull erfaring og motivasjon til å fortsette i jobben. Kommunal sykepleieklinikk kan være et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, for å hindre oppstyking av behandlingen. En slik oppstyking av behandlingen tar fokuset bort fra pasienten som en helhet. Med dagens fokus på helhetlig behandling og pasientens helsetjeneste, bør samarbeid og koordinering settes høyt, slik at pasientens erfaringer, verdier, behov og ønsker ivaretas. Potensielt sett kan kommunal sykepleieklinikk inkludere tverrfaglige team, sykepleiere med ulike spesialiseringer, samt leger. Flere kommuner bør oppfordres til å opprette tjenesten kommunal sykepleieklinikk.

Implikasjoner for utdanning: Integrere sårbehandling i pensum i alle helseutdanninger. Opprette spesialisering for leger. Dette kan bidra til høyere status for sårbehandlere, som er tilfelle blant annet i England, USA og Italia.

Implikasjoner for videre forskning: Mer forskning kan bidra til å øke kvaliteten på tjenesten. Dette innebærer forskning i henhold til sykepleierperspektiv, pasientperspektiv, og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Forskningen kan også ta for seg sårtilhelingen, og mer om hvordan prosessen påvirker pasientens livskvalitet.

Litteraturliste

- Aanonli et al (2016). Sykepleiere + innovasjon = ? (SINTEF A28025) Oslo: Sintef/Norsk sykepleierforbund
- Collier, M. & Radley, K. (2005). The development of a nurse-led complex wound clinic. *Nursing Standard*, 2005 Apr 20-26;19(32):74, 76-8. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875590>
- Dalaker, M. (2017, 15.juni). Kronisk venøst leggsår. Hentet fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hud/tilstander-og-sykdommer/sar/leggsar-kronisk-venost/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eikill, K. (2015). *Evaluering av prosjekt sykepleieklinikken*. Upublisert manuskript. Stavanger kommune
- Fearn, N., Heller-Murphy, S., Kelly, J. & Harbour J. (2017). Placing the patient at the centre of chronic wound care: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Tissue Viability* 26 (2017) 254-259. DOI:10.1016/j.jtv.2017.09.002
- Gluyas, H. (2015) Patient-centred care: improving healthcare outcomes. *Nursing standard*.30,4,50-5. Hentet fra https://rcni.com/sites/rcn_nspace/files/ns.30.4.50.e10186.pdf
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105 -112. DOI:10,1016/j.nedt2003.10.001.
- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion. *Nurse Education Today* 56(2017) 29-34. DOI:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Gunnarshaug, B. (2012). *God helse for alle*. Upublisert manuskript. Stavanger kommune
- Harrison, M.B., VanDenKerkhof, E., Hopman, W., Graham, I., Lorimer, K. & Carley, M. (2011). Evidence-informed Leg Ulcer Care: A Cohort Study Comparing Outcomes of Individuals Choosing Nurse-led Clinic or Home Care. *Ostomy Wound Management. Volume 57, issue 8, 2011. 57(8): 38-45*. Hentet fra <http://www.o-wm.com/content/evidence-informed-leg-ulcer-care-cohort-study-comparing-outcomes-individuals-choosing-nurse->

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2017, 20.februar). Samhandlingsreformen. Hentet 26. september 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>. (Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld.nr.47, 2008-2009).

Helsedirektoratet (2017, 17.oktober). Hentet 17.april 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2018, 11.mai). Samhandlingsreformen. Hentet 19.mai 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29, 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec4>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet- trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Meld.st.10 (2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre* (Meld.st.nr.15, 2017-2018). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 24.juni 2011 nr, 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m

Hofstad, E. (2016, 17.februar). Alt på ett sted. Hentet fra <https://sykepleien.no/2016/02/alt-pa-ett-sted>

Jakimowicz, S., Stirling, C. & Duddle, M. (2014). An investigation of factors that impact patients' subjective experience of nurse-led clinics: a qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 19-33. Doi:10.1111/jocn.12676

Johannessen, A., Tufte, P.A & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Järbrink et.al (2017). The humanistic and economic burden of chronic wounds: a protocol for a systematic review. *Biomed Central*, 2017, 6:15, 1-7, DOI 10.1186/s13643-016-0400-8

Langøen, A, & Pukstad, B (2014, 10.desember). Sårpasienter den nye pariakasten? *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/meninger/i/p53Jo/Sarpasienter-den-nye-pariakasten>

Langøen, A. & Gürgen, M. (2012). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I: Langøen, A. (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (s.301-310). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lindholm, C. (2012). *Sår*. Oslo: Akribe AS

Knudsen, C.W, & Tønseth, K.A. (2011). Trykksår- forebygging og behandling. *Tidsskrift for norske legeforening*, 2011, 131:464. DOI: 10.4045/tidsskr.091472.

Kristoffersen, N.J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 1* (s.219-222). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Moffatt, C., Vowden, K., Price, P. & Vowden P. (2008). Hard-to-heal wounds: A holistic approach. Hentet fra http://www.woundsinternational.com/media/issues/83/files/content_45.pdf

Molzahn, A., Low, G. & Plummer, M. (2012). Quality of Life in Relation to Stress and Coping. I Rice, V.H. (red.), *Handbook of Stress, Coping and Health* (s.423). Los Angeles: Sage

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. London: Elsevier

Ousey, K & Cook, L. (2011). Understanding the importance of holistic wound assessment. *Practice Nursing*, 22, (6), 308-314. Hentet fra <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/10708/1/article.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter
Representantforslag 91 S, 2016-2017. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-091s/?m=0>

Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J. & Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 2017, 24-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>

Rayner, R (2006). The role of nurse-led clinics in the management of chronic leg wounds. *Wounds Australia, Volume 14, no4, 2006, 162-7*. Hentet fra http://www.woundsaustralia.com.au/journal/1404_03.pdf

Rayner, R. (2007). A review of the effectiveness of a nurse-led rural community wound clinic. *Wounds Australia, Volume 15, no.3, 2007, 130-7*. Hentet fra http://www.woundsaustralia.com.au/journal/1503_05.pdf

Robberstad, M., Bentsen, S.B., Berg, T.J. & Iversen, M. M. (2017). Diabetiske fotsårteam i norske sykehus. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.16.1001

Schultz G, Dowsett C. Wound bed preparation revisited. *Wounds International* March 3(1) Hentet fra <http://www.woundsinternational.com/practice-development/wound-bed-preparation-revisited>

Slagsvold, C.E. & Stranden, E. (2005). Venøse leggsår. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 125:891-4. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2005/04/tema-kroniske-sar/venose-leggsar>

Syse, A., Pham, D.Q & Keilman, N. (2016). Befolkningsframskrivinger 2016-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser 3/2016, 25-36*. Hentet fra <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/oa/3-2016>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Withøfft, A., & Sommer, C. (2017, 6.april). Sygeplejens stille succes. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2017-5/sygeplejens-stille-succes>

Vedlegg 1: Litteratursøk

For å klargjøre kunnskapsstatus på forskningsfeltet ble det gjennomført søk i flere helsefagrelaterte databaser; Medline, Cinahl og Cochrane Library. Søkeordene som ble benyttet var; «nurse led clinics» eller «nurse-managed centers», i kombinasjon med “patients experiences, perspective, views, perceptions, attitudes» og «wound care». Litteratursøket ble begrenset til siste 10 år (2007- 2017) for å kunne basere seg på nyere tids forskning. Artiklene som ble inkludert måtte være fagfelleurdert for å bli tatt i betraktning. Litteratursøket er oppsummert i tabell 1:

Database	Søkeord	Antall treff
Cinahl	Nurse led clinics	161
Medline	Nurse led clinics	86
Cochrane Library	Nurse led clinics	437
Cinahl	Nurse-managed centers	357
Cinahl	Nurse led clinics AND wound care	5
Cinahl	Nurse led clinics AND (perspectives or experiences or views)	54
Medline	Nurse led clinics AND (patients experiences or perceptions or attitudes)	11

Tabell 1: Litteratursøk

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Takk for at du tar deg tid til å delta i denne forskningsstudien. Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap og innsikt om pasienterfaringer, knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Studien har fokus på helhetlig behandling, og ivaretagelse av pasienter med sår.

Målet med studien er å kartlegge fordeler og ulemper med kommunal sykepleieklinikk, fra et pasientperspektiv. Studien fokuserer på eldre pasienter, over 65 år, med kroniske sår (varighet over seks uker).

Bakgrunnsspørsmål (til sykepleier ved sykepleieklinikken, eller pasienten selv):

- Alder:
- Kjønn:
- Sårdiagnose:
- Sårets varighet:
- Hvor har du mottatt sårbehandling tidligere? Hos fastlege eller via hjemmesykepleie?
- Når startet du behandlingen i sykepleieklinikk? Hvordan fikk du vite om sykepleieklinikken?

Tema 1: Erfaringer med sårbehandling i primærhelsetjenesten: Fastlege/hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien hjelper innbyggere i kommunen med nødvendig helsehjelp, i hjemmet. Sykepleiefaglig oppfølging, som for eksempel medisinhåndtering, sårstell, injeksjoner, stell av CVK, stomistell, veiledning og oppfølging av diabetes etc.

Fastlegen er ansvarlig for alle allmennlegeoppgaver for sine pasienter i legekantorets åpningstid. Kommunene eier fastlegeordningen, og inngår avtaler med fastlegene.

1. Kan du fortelle om din erfaring med sårbehandling fra hjemmesykepleien/fastlegen?

a) Gode erfaringer?

b) Dårlige erfaringer?

2. Hvilke forventninger hadde du til sårbehandlingen fra hjemmesykepleien/fastlegen?

3. Hvordan opplevde du kompetansen til sykepleierne, i forhold til sårbehandling?
4. Hvordan opplevde du å samarbeide med hjemmesykepleien/fastlegen? (Notat til meg selv: informasjon og ivaretagelse)
5. Kan du fortelle hva du opplever som den største forskjellen/ de største forskjellene med å motta sårbehandling fra hjemmesykepleie/fastlege, og nå ved kommunal sykepleieklinikk?

Tema 2: Sårbehandling i sykepleieklinikk

Sykepleieklinikk er en ny organiseringsform i Norge, men er godt etablert i enkelte land, som for eksempel Danmark. Sykepleieklinikk er et alternativ til hjemmesykepleie, for innbyggere i kommunen som har behov for sykepleiefaglig oppfølging. Og som er i stand til å komme seg til klinikken. De fleste som benytter seg av tilbudet får hjelp til sårbehandling.

1. Kan du fortelle om din erfaring med å motta sårbehandling i sykepleieklinikk?
 - a) Gode erfaringer? (Hva er du fornøyd med?)
 - b) Dårlige erfaringer? (Noe du savner, kunne vært annerledes?)
2. Kan du fortelle litt om hvilke forventninger du hadde til sårbehandlingen i sykepleieklinikken?
3. Hvordan opplever du kompetansen til sykepleierne, i forhold til sårbehandling?
4. Hvordan opplever du samarbeidet med sykepleierne på sykepleieklinikken? (Notat til meg selv: Informasjon og ivaretagelse)
5. Hva mener du er avgjørende for opplevelsen av god sårbehandling?
6. Basert på dine erfaringer med sårbehandling via hjemmesykepleie/fastlege og ved sykepleieklinikken, hvilke fordeler/ulempes vil du trekke frem for å sammenlikne disse tjenestene?
7. Hva ville du valgt hvis du hadde valget mellom hjemmesykepleie og sykepleieklinikk? Hvorfor?

Tema 3: Livskvalitet, medvirkning og ansvar for egen tid og helse

Hensikten med å opprette kommunal sykepleieklinikk er å bidra til at pasientene/innbyggerne blir mer aktive i egen hverdag, og blir gjort ansvarlig for egen tid og helse. Kommunal sykepleieklinikk er en måte å organisere et helsetilbud, som vektlegger kompetanse og kontinuitet i behandlingen.

1. På hvilken måte påvirker såret din hverdag? (Notat til meg selv: livskvalitet)

2. Hvordan opplever du egen livskvalitet? Har tjenesten kommunal sykepleieklinikk påvirket den positivt/negativt?

3. Kan du fortelle om dine erfaringer med å oppsøke en sykepleieklinikk, i stedet for å motta sårbehandling hjemme? (Hvilken innvirkning på aktivitetsnivået ditt? Og egen helse generelt?) (Notat til meg selv: hvordan kommer du deg til sykepleieklinikken? Bil? Går du? Buss?) Hvordan påvirkes hverdagen din?

a) Har det vært et positivt eller negativt aspekt for deg?

4. Hvordan opplever du muligheten for egenbestemmelse/medvirkning? (Notat til meg selv: timeavtaler, antall behandlinger, informasjon fra sykepleierne)

5. Hvordan opplever du råd og hjelp fra sykepleier i forhold til annet enn sårbehandling? (Notat til meg selv: oppfølging av sykdom, andre problemstillinger)

6. Hva vil du trekke frem som har vært det viktigste for deg med tjenesten kommunal sykepleieklinikk?

Annet

Hva ville du endret på med tilbudet kommunal sykepleieklinikk for å gjøre tjenesten bedre? (Notat til meg selv: lokalisasjon, behandlingstilbudet etc) (Avsluttende kommentar, oppklare uklarheter. Informanten får komme med spørsmål og innspill).

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Kristin Laugaland

4036 STAVANGER

Vår dato: 22.11.2017

Vår ref: 56873 / 3 / L B

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 02.11.2017 for prosjektet:

56873	Sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk - erfaringer fra pasientens perspektiv
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kristin Laugaland
Student	Rita Bügelmeier

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

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

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

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

L ene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26 / lene.brandt@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Rita Bügelmeier, rita_hb@hotmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 56873

Formålet er å bidra til økt innsikt og kunnskap om pasienterfaringer knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklipp.

Utvalget rekrutteres via sykepleier som viderefremidler kontakten/informasjonen om prosjektet på vegne av student. Vi legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen. Når rekrutteringen foregår via sykepleier er det svært viktig å understreke at deltakelse er frivillig, og ikke har noe med behandlingstilbudet å gjøre.

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

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc eller mobile lagringsenheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak



Forespørsel om å delta i studien;

«Sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk- fra pasientens perspektiv»

Bakgrunn og formål

Dette er en invitasjon til å delta i den nevnte studien, hvor fokuset er på sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. I Norge er dette en ny organiseringsform, og et alternativ til hjemmesykepleie.

Studien har fokus på kvalitet og ivaretagelse av pasienter med kroniske sår, og vektlegger pasienters erfaringer og opplevelser knyttet til sårbehandling i kommunal sykepleieklinikk. Hensikten med denne studien er økt kunnskap og innsikt om pasienterfaringer, som vil bidra til videre kvalitets- og forbedringsarbeid rundt kommunal sykepleieklinikk.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at undertegnede får stille deg spørsmål om din opplevelse av sårbehandlingen du mottar ved sykepleieklinikken, og din erfaring med sårbehandling fra hjemmesykepleien og/eller fastlege. Undertegnede følger en strukturert intervjuguide, inndelt i tre tema. Intervjuguiden inneholder flere spørsmål, som følger en gitt rekkefølge. Det er ønskelig at du svarer så godt du kan på spørsmålene. Du vil få mulighet til å fortelle det du ønsker og mener er viktig, og undertegnede ønsker at du stiller spørsmål underveis dersom noe er uklart.

Samtalen/intervjuet vil ha en varighet på ca 30-40 min.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger blir anonymisert, og behandles konfidensielt. For at undertegnede skal kunne gjengi samtalen korrekt, vil denne tas opp på lydbånd. Samtalen vil deretter skrives ned, og brukes i studien. Undertegnede har taushetsplikt, og all informasjon i studien vil anonymiseres. Informasjonen oppbevares innelåst, og vil bli slettet når studien er fullført. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2018.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i studien er helt frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn. Velger du å trekke deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Studien er uavhengig av behandlingstilbudet du mottar, og din avgjørelse vil ikke ha innvirkning på dette. Om du deltar i studien, ikke deltar, eller velger å trekke deg, vil ikke gi konsekvenser for sårbehandlingen din.

Dersom du ønsker å delta i studien, vennligst fyll ut samtykkeerklæringen. Undertegnede vil ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet.

Med vennlig hilsen

Rita Bügelmeier (Masterstudent ved Universitetet i Stavanger)
rita_hb@hotmail.com
tlf: 41505128

Kristin Laugaland (prosjektleder)
kristin.a.laugaland@uis.no
tlf: 51834141

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien «Sårbehandling i kommunal sykepleieklinnikk- fra pasientens perspektiv», og er villig til å delta.

Telefon du vil kontaktes på:

Dato/ signatur:

Utdrag fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet
Den største forskjellen kan du si, å komme her til, så er det de samme som behandler sårene. Ikke sant, de er to. Så du føler det at de følger med hvordan utviklingen er..om det går framover, eller det går gale veien. Så det..når jeg hadde den vanlige hjemmesykepleien, så var det kanskje i løpet av 14 dager, fire til fem forskjellige. Så da kunne jeg ikke følge med så godt på utviklingen. Så det var en stor forskjell å komme hit	Den største forskjellen er at det er de samme som behandler sårene. De følger med på utviklingen. Med hjemmesykepleien, var det kanskje fire til fem forskjellige i løpet av 14 dager. Da kunne jeg ikke følge med på utviklingen. Det var en stor forskjell å komme hit

Kode	Kategori
Samme behandlere Mange ulike behandlere Følge med på utviklingen	Kontinuitet i sårbehandlingen