



Forebygging av decubitus

Hvordan kan sykepleie bidra til å forebygge forekomsten av trykksår hos eldre pasienter i sykehjem.

Decubitus prevention

How can nursing contribute to preventing pressure ulcers for elderly people in nursing homes.

Kandidatnummer: 218

VID Vitenskapelige Høyskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 10 550

[Dato 28/3-19]



Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 218
Navn på studiet: Bachelor i Sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave i sykepleie
Emnekode: 3050
Innleveringsfrist: 28/03-19
Antall ord: 10 550

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 218

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Sammendrag

Eldre pasienter på sykehjem er ofte lettere utsatt for å utvikle trykksår som følge av underernæring/feilernæring, nedsatt fysisk funksjon eller som en følge av sykdom eller lidelse. Det er nettopp disse pasientene som er mest utsatt for å danne smertefulle trykksår. Trykksår, ifølge ulike faglitteratur, er mye bedre å forebygge enn å behandle. Forebygging hjelper å motvirke trykksår, men også fysiske smerter, psykiske belastninger, stress, økonomiske belastninger for samfunnet og arbeidsbelastninger for de tilsette.

Denne oppgaven er en litteraturstudie som vil ta utgangspunkt på ernæring, mobilisering og ulike hjelpemidler som vil bli diskutert i drøftingen. Virginia Hendersons sykepleieteori vil bli brukt for å drøfte problemstillingen med en hermeneutisk forståelse. Denne oppgaven kan medvirke til økt kunnskap innenfor decubitus forebygging og kan bidra til større fokus på kartlegging og forebygging i pleien.

Nøkkelord: Trykksår, mobilisering, geriatri, sykehjem, forebygging, kartlegging.

Abstract

Elderly patients in nursing homes are often more prone to developing pressure ulcers due to malnutrition, poorly physiological function or as a product of disease or illness. These persons are most in danger of getting painful bed sores. Pressure ulcers, according to varies of research, are better to prevent than treat. It doesn't just prevent the development of an actual bed sore, but also prevent the patient to experience the pain that follows, the psychological strain, stress, the cost for the society and lastly the increased work assignment for the nurses and Healthcare personnel.

This assignment is a literature study which will base itself on nutrition, mobilization and varied types of help aids which will be talked about in the discussion section. The nursing theorist, Virginia Henderson, and her texts will be used to discuss the problem, with a hermeneutical stance. This paper can contribute to increased knowledge of decubitus prevention and help widen the focus on charting and prevention in the given care.

Keywords: Pressure ulcers, mobilizing, geriatric, nursing homes, prevention, charting.

Innholdsfortegnelse:

Obligatorisk erklæring	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning.....	7
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Relevans for sykepleie	7
1.3 Presentasjon av problemstilling	8
1.4 Begrunnelse og avgrensing av problemstilling	8
1.5 Oppgavens struktur.....	9
2. Metode	11
2.1 Vitenskapelig forståelse	11
2.2 Litteraturstudie	11
2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori	12
2.4 Litteratursøk og seleksjonsprosess	13
2.5 Kilde- og metodekritikk.....	14
2.5.1 Kritisk vurdering av «Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study» (2018)	15
2.5.2 kritisk vurdering av «The cost of preventing and treatment of pressure ulcers: a systematic review» (2015)	15
2.5.3 Kritisk vurdering av «Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: A pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports» (2010)	16
2.6 Ivaretagelsen av etiske retningslinjer	17
3. Teori.....	18
3.1 Virginia Hendersons behovsteori.....	18
3.1.1 Sykepleiedefinisjon	19
3.1.2 Grunnleggende prinsipper	19
3.2 Trykksår.....	20
3.2.1 Risikogruppe: hvem er utsatt?	21
3.3 Sykepleieprosessen.....	22
3.3.1 Sykepleiedokumentasjon	23
3.4 Sykehjemmet	23
3.4.1 Samhandlingsreformen.....	24

3.5	Forebyggende metoder	24
3.5.1	Hudpleie.....	25
3.5.2	I trygge hender 24/7	25
3.5.3	Leieendring og Mobilisering.....	26
3.5.4	Ernæring.....	26
4.	Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri.....	27
4.1	Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study (2018)	27
4.2	The cost of preventing and treatment of pressure ulcers: a systematic review (2015)	27
4.3	Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: A pilot study implementing standardized nurse aid documentation and feedback reports (2010)	28
5.	Drøfting.....	30
5.2	Trykksår – hvordan sikre kvalitet i det forebyggende arbeidet	30
5.2	Utfordringer med det forebyggende arbeidet.....	32
5.3	Forebyggende tiltak mot trykksår	33
6.	Konklusjon	37
7.	Implikasjoner for praksis	38
8.	Referanse	39

1. Innledning

Under skal det presenteres tema for oppgaven og begrunnelse for valg av dette temaet. Videre omtaler det hvilken relevans det har for sykepleie som et yrke. Deretter blir problemstillingen presentert og avgrensinger blir forklart. Oppgavens struktur og hvordan den skal angripes skal beskrives til slutt i kapitlet.

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Trykksår eller decubitus er en type sår som oppstår nokså ofte på sykehjem og sykehus. Såret oppstår ved langvarig trykk på hudområder med beinutspring for eksempel,; bakhodet, ører, skulderblad, albuen, ryggrad, sete/hofte og hæler (Norsk helseinformatikk, 2018) . Det forekommer oftest hos eldre og pasienter med nedsatt førlighet og lammelser (McInnes mfl., 2015). Utfra egne erfaringer fra praksis, er det viktig med stort fokus på forebygging på sykehjem og helsepersonell skal tilegne seg mer kunnskap om trykksår og forskjellige forebyggende metoder.

Valget av tema har blitt tatt på bakgrunn av min personlige interesse for geriatri og helhetlig sykepleie. Det er mange pasienter på sykehjemmet hvor jeg jobber som har fått trykksår grunnet dårlige rutiner eller har blitt utskrevet fra sykehus med store trykksår. Dette har gjort at jeg har blitt svært interessert i å undersøke hvilke muligheter man har til å forebygge slike unødvendige belastninger for pasientene.

Denne oppgaven skal se på ulike måter man kan forebygge trykksår hos eldre pasienter.

1.2 Relevans for sykepleie

Ifølge Norsk Sykepleierforbund er sykepleiere ansvarlige for å yte best mulig kvalitet i deres pleie til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Å sørge for at pasienten ikke utvikler trykksår, skåner pasienter for smerter og ubehag og dermed fremmer helse. God sykepleie innebærer blant annet å sikre god kvalitet i pleien som gis, dette kan enten måles i form av hendelser etterfulgt av dårlig sykepleie og hendelser etterfulgt av god sykepleie (Kirkevold, 2016, s. 301). Ifølge Kirkevold er det lettere å dokumentere forekomsten av dårlig sykepleie i kombinasjon med trykksår, i forhold til god sykepleie, som da gir fravær av trykksår. Men

sykepleie er avhengig av blant annet dokumentasjon, tilstrekkelig kunnskap om situasjonen og en god plan for fremdrift i kvalitetssikringen (Kirkevold, 2016, s. 301–302). Temaet for denne oppgaven er relevant for sykepleie da det har en affekt på grunnleggende sykepleie. Forebygging av trykksår er basert på kartlegging av pasienten og hans ressurser og dokumentasjon (Skaug, 2016a, s. 358). Dette i kombinasjon med kunnskap om trykksår som en tilstand, kan bidra til god sykepleie på sykehjem (Skaug, 2016b, s. 48). Trykksår er ofte et biprodukt hos skrøpelige eldre som trenger hjelp eller påminning om forflytning eller snuing (Skaug, 2016b, s. 55). Det er, ifølge Virginia Henderson, «...et kriterium på pleiekvalitet at sykepleieren kan klare å forebygge liggesår hos langvarig sengeliggende syke ved hyppig leieforandring og renslighet.» (Henderson, 1997, s. 38).

1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen er blitt utformet på grunnlag av valgt tema og tilgjengelig faglitteratur og er fremlagt slik;

«Hvordan kan sykepleie bidra til å forebygge forekomsten av trykksår hos eldre pasienter i sykehjem.»

1.4 Begrunnelse og avgrensning av problemstilling

Denne oppgaven skal ha fokus på forebygging av trykksår og ulike måter å bruke sykepleie for å hindre utviklingen av dette. Her skal det undersøkes om forskning og teori kan gi god læring og begrunnelse for viktigheten med forebygging og metoder som kan hindre utvikling av decubitus. Virginia Henderson, forskning og annen teori skal brukes for å drøfte problemstillingen.

Problemstillingen for oppgaven er forholdsvis tilspisset og klar på hva som skal drøftes. Det som eventuelt kan være litt uklart er pasientgruppen. Pasientgruppen som skal i hovedsak være fokuset for oppgaven er multisyke gamle. Multisyke gamle er pasienter med flere sykdommer på én gang (Ranhoff, 2014a, s. 85). Denne pasientgruppen er mer utsatt for å bli underernært eller feilernært, funksjonssvikt og inaktivitet (Ranhoff, 2014a, s. 85). Det er nettopp denne pasientgruppen jeg vil at oppgaven skal være rettet mot, deriblant også

slagpasienter, pasienter med lammelser, pareser eller nedsatt fysisk funksjon, skrøpelige eldre og pasienter med demens. Rettere sagt, pasienter som ikke er i stand til å kunne utjevne trykket som blir påført kroppen over en lengre tidsperiode. Forskning og litteratur kan gjøre det vanskelig å finne artikler som er basert på en spesifikk lidelse, derfor har oppgaven et mer vidt utgangspunkt i problemstillingen. Ved å avgrense problemstillingen enda mer, vil det kunne medføre at relevant forskning og teori vil bli ekskludert.

I problemstillingen står det spesifisert at tema omhandler pasienter i sykehjem. Valget mitt for å bruke sykehjem som en avgrensning er basert på egne erfaringer og kunnskapsgrunnlag. Jeg har selv jobbet flere år på somatisk avdeling på sykehjem og har derfor valgt å bruke somatisk langtidspost som utgangspunkt for oppgaven. Herunder vil også demens komme inn, men da siktes det til demente pasienter som har nedsatt fysisk funksjon. Kortidsposter, rehabilitering og forholdsvis demensposter vil ikke bli diskutert i denne oppgaven.

1.5 Oppgavens struktur.

I Metode delen vil oppgavens vitenskapelige fokus bli forklart, deretter vil Virginia Hendersons sykepleieteori bli fremlagt i sin helhet og hvordan det skal bidra til å fremme oppgavens struktur.

Deretter vil litteratursøk for oppgaven bli gjennomgått. Under samme delkapittel vil også seleksjonsprosessen bli diskutert og hvilke kriterier som har blitt satt for de ulike kildene. Ved metode- og kildekritikk vil de tre artiklene, som blir innlemmet under empiri, kritisk vurdert i forhold til relevans og innvirkning for oppgaven. Til slutt vil de etiske retningslinjene for oppgaven bli fremstilt.

Under teori vil deler av Virginia Hendersons sykepleieteori bli forklart i dybden, slik at det blir mer tilspisset opp mot temaet i problemstillingen. Hvem som er utsatt for å danne trykksår og hvordan det oppstår vil bli nærmere forklart. Begrepene sykepleieprosess, sykepleiedokumentasjon, sykehjem og kartlegging vil bli utdypet og satt i fokus for stoffet som hentes inn i teoridelen. Deretter blir samhandlingsreformen beskrevet, etterfulgt av ulike forebyggende metoder som vil bli utdypet til slutt. Oppgavens empiri og hoved artiklene som vil skape rammene for oppgaven vil bli introdusert i kapittel 4.

I diskusjonsdelen vil Virginia Hendersons sykepleieteori, annen litteratur som har blitt presentert tidligere i oppgaven og forskning bli drøftet opp mot problemstillingen. Drøftingen vil videre lede til en konklusjon, som vil bli fremlagt på slutten av oppgaven.

2. Metode

Herunder vil oppgavens vitenskapelige posisjon bli introdusert og det skal fremheve hvordan den vil prege og utheve oppgavens oppbygging. Deretter vil designet for oppgaven forklares etterfulgt av en generell presentasjon av Virginia Hendersons sykepleieteori. Litteratursøk og seleksjonsprosess etterfølger, samt kilde- og metodekritikk. Under kilde og metodekritikk vil også forskningsartiklene, som blir fremlagt under empiri, bli kritisk vurdert. Tilslutt blir de etiske retningslinjene gjennomgått.

2.1 Vitenskapelig forståelse

Temaet innebærer blant annet kartlegging og forebygging av trykksår, noe som man kan se og tolke med det blotte øyet, forbehold at man har en viss kunnskap om dens natur. Temaet for oppgaven passer derfor på mange måter inn med en hermeneutisk vitenskapelig forståelse og er derfor satt som oppgavens vitenskapelige grunnlag.

Fokuset i denne litterære studien skal ha en hermeneutisk fremtredning, en måte det kan bli beskrevet på er som en tolkning man gjør ved egen oppfatning av en situasjon (Lægreid & Skorgen, 2014, s. 10). Et hermeneutisk utgangspunkt vil forsøke å forklare det som ikke er forståelig med det første (Olsvik, 2016, s. 101). Den vil bli brukt i oppgavens forsøk på å tolke ulike artikler og forskning opp mot problemstillingen. Hermeneutikk er en metode som kan benyttes til å finne en forståelse på problemet vi søker svar på (Olsvik, 2016, s. 103). Ved å anvende ulik litteratur og forskning vil oppgaven få drøftet ulike synspunkt og forståelser, samtidig som hermeneutikken vil kunne ligge latent i stoffet som blir diskutert. Ved å bruke dette vitenskapelige grunnlaget, vil man aldri kunne få et klart svar, men en midlertidig forståelse av materiale. Dette på grunnlag av at vi er alle i konstant endring og vil derfor kunne tolke og sanse på ulike måter gjennom livet (Olsvik, 2016, s. 103).

2.2 Litteraturstudie

Bacheloroppgaven i sykepleiefaget er satt til å være en litteraturstudie ifølge emneheftet som er basert på faget; 3050 bachelor. En litteraturstudie baserer seg på å samle allerede eksisterende forskning, tolke det og gi en ny forståelse av stoffet (Thidemann, 2015, s. 80).

Kvantitativ forskningsmetode fremstiller informasjon i form av tall og grafer og gir et resultat av folkets gjennomsnittlige forståelse av en situasjon (Dalland, 2017, s. 52). En kvantitativ studie blir ofte satt sammen av flere spørreundersøkelser med to eller flere svaralternativ (Dalland, 2017, s. 52). Denne oppgaven skal, i all hovedsak, ha et kvantitativt utgangspunkt. I kvalitative studier er hensikten å få fram en person sin egen opplevelse eller tanker om en konkret situasjon. Det er mer fokus på informasjon i dybden i stedet for et bredt spekter (Thidemann, 2015, s. 78). Oppgaven kan foreta noen kvalitative utspring.

En litteraturstudie baserer seg på, som tidligere nevnt, forskning som har blitt utført av andre. Det er en egen fortolkning på andre sin forskning, satt i kontekst med annen litteratur. Det kan gi en samlet betegnelse eller konklusjon på den forskningen som har blitt brukt, men kan også bære preg av tolkningen til den som utfører litteraturstudien. Denne oppgaven vil gi meg en dypere forståelse og kunnskap om temaet oppgaven har fått, men den bygger ikke på ny forskning eller en revolusjonerende pleiemetode. Det vil dessuten være begrenset mengde artikler, forskning og litteratur som kan brukes i oppgaven, blant annet grunnet en gitt tidsramme og ikke minst kun et visst antall ord til rådighet.

2.3 Virginia Hendersons sykepleieteori

Jeg har valgt den Amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson som min sykepleieteoretiske vinkling i denne oppgaven. Henderson følger en samfunnsvitenskapelig og humanvitenskapelig forståelse i hennes tanke- og skrivemåter (Kirkevold, 1998, s. 108). Henderson tar utgangspunkt i de grunnleggende prinsippene ved sykepleie og har inspirert mange sykepleieteoretikere etter seg (Kirkevold, 1998, s. 100). Hennes grunn prinsipper passer godt til oppgavens problemstilling og gitte tematikk og kan gi gode argumenter i drøftingen. Hennes sykepleieteori og grunnleggende prinsipper vil bli belyst i teoridelen. Henderson ytrer derimot i starten av *nature of nursing*; «Jeg vil understreke at jeg ikke fremlegger mitt synspunkt og venter at dere skal være enige i det. Jeg vil heller oppfordre enhver sykepleier til å utvikle sitt eget begrep, ellers vil hun bare etterligne andre eller handle på ordre.» (Henderson, 1998, s. 9–10).

2.4 Litteratursøk og seleksjonsprosess

Ved starten av oppgavens utforming ble det satt noen kriterier for det stoffet som skulle anvendes til empiri og det som skulle nyttes i teoridelen. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble satt på bakgrunn av temaet og problemstillingen. PICO ble også benyttet for å finne artikler som relaterte til problemstillingen og skulle gjøre det enklere å ekskludere uønskede studier.

Inklusjonskriteriene er:

- Geriatiske pasienter – helst multisyke pasienter
- Sykehjem
- Forskning beregnet for sykepleiere/ skal anvendes av sykepleiere
- Forskning publisert etter år 2010, for å sikre at det er nyere og oppdatert forskning som blir inkludert.

Eksklusjonskriteriene var beregnet for stoff som var forbeholdt andre institusjoner enn sykehjem. Det er derfor mye godt stoff som ikke har blitt tatt med i denne studien, da arenaen for forskningen har befunnet seg på sykehus, bofellesskap eller i hjemmesykepleien.

Databasene som ble brukt i søkeprosessen var blant PubMed, SveMed+, Cinahl og Google Scholar. Det første søket ble foretatt i PubMed med søkeordet «Trykksår». Hensikten med å starte med noe så vidt var for å finne ut hvor mange artikler som inneholdt det temaet og i hvilken sammenheng det ble fremstilt. Resultatet var mange artikler, men få som var knyttet til sykehjem. Neste søk ble gjort på engelsk med «Pressure ulcer» og det ble langt flere treff. Dette knyttet jeg til MESH-termen «bedsores» og «nursing home». Andre MESH-termer som også ble med i senere søk var «prevention», «long-time facility» og «long-term care». Videre ble søkene også foretatt i de andre databasene som er nevnt ovenfor, der blant annet Cinahl gav mange treff på gode artikler. De ulike søkene ble koblet sammen med både AND og OR, men siden mange av treffene gav studier som utspilte seg på sykehus ble det i de neste søkene foretatt NOT på sykehus for å ekskludere disse artiklene.

Jeg ønsket mest mulig artikler som hadde et kvantitativt utgangspunkt, slik at informasjonen i artiklene ble mest gunstig opp mot problemstillingen i oppgaven. Jeg ville helst finne fram til studier som var kauskontrollstudier, kohortstudier eller randomisert kontrollerte studier, da dette er vanlige studiedesign for en kvantitativ forsknings artikkel (Thidemann, 2015, s. 73–74).

Artiklene som kom fram etter søke- og elimineringsprosessen ble videre delt opp i tre temaer jeg ville fokusere på til empirien; ernæring, kostnader og forebyggende tiltak. Dessverre var det vanskelig å finne artikler som omhandlet ernæring, uten at de inkluderte for mange ekskluderingskriterier, derfor er ikke ernæring tatt med i empirien. Overskriften til artiklene ble gjennomgått og visst den virket passende ble sammendraget for artikkelen gjennomgått. Gjennom denne seleksjonsprosessen fant jeg da tre artikler som blir presentert i kapittel 4 i denne oppgaven.

2.5 Kilde- og metodekritikk

Den ene artikkelen som har blitt benyttet i denne oppgaven er en litteraturstudie og er sammensatt av allerede eksisterende forskning som passer til temaet i studiet. Denne artikkelen baserer seg på kostnader fra ulike institusjoner, det faktum at det er en litteraturstudie er passende for den informasjonen den bringer til oppgaven. De to andre artiklene er forskningsartikler og blir kritisk vurdert under. Informasjonen i studiene er ikke nødvendigvis tilpasset til norsk sykepleiefaglig utførelse og utstyr som blir benyttet i Norge. Derfor kan det inneholde feilkilder ved anvendelse opp mot norsk sykepleiefaglig utøvelse. Det kan bidra til at denne oppgaven har noen begrensninger i forhold til troverdighet. Alle studiene er skrevet på engelsk, jeg har forsøkt å oversette artiklene etter beste evne slik at det skal bli mest mulig korrekt. Det er også benyttet avansert engelsk som også innebærer medisinske termer, noe jeg ikke er så kjent med. Her har det blitt brukt ordbok for at tekstene skulle bli riktig oversatt. Jeg er ikke godt kjent med kritisk vurdering av bøker og artikler, ikke minst tolkning av disse, slik at oppgaven vil få en svakhet derav.

Jeg har benyttet både primær- og sekundærlitteratur i min besvarelse. Sykepleieteoriene til Virginia Henderson har blitt tolket og skrevet ut ifra primærkilder. Noen av kildene som er anvendt i teoridelen er redigerte bøker, men har blitt kritisk gjennomgått slik at stoffet ikke har blitt for påvirket av forfatterne. Jeg er bevisst på at sekundærlitteratur ikke er av de beste kildene da forfatteren kan ha satt sitt eget preg på tolkingen og dermed kan gi en misvisende skildring av primærforfatterens budskap.

2.5.1 Kritisk vurdering av «Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study» (2018)

Denne forskningsartikkelen er en prevalensstudie med et tverrsnittdesign. Artikkelen tar utgangspunkt i å måle antall trykksårutsatte pasienter og hvor ofte det blir satt i verk forebyggende tiltak for risikopasientene. Artikkelen viser til at alle sykehjemmene som er med studien ble spurt på forhånd om å delta i studien og deltakelsen var frivillig. Videre informerer forfatterne at ved pasienter som hadde flere trykksår ble bare de mest alvorlige trykksårene tatt i betraktning, på bakgrunn av studiens design. Bare pasienter som var i moderat eller i høyrisiko gruppen for å utvikle trykksår ble tatt med i studien. Studien brukte Braden risiko skala, ved braden ernæringskår på 1 og 2 ble det igangsatt ernæringstiltak. Målingene ble utført hver 2-3 time ved høyrisiko pasienter og hver fjerde time for pasienter med moderat risiko. Pasienter som ikke var i risikogruppen fikk ikke hjelp til snuing eller trykkavlastning, noe som kan gi et dårlig utfall på tallene over tid i studien.

For å analysere tallene ble det brukt logistisk regresjon. I resultatet blir det opplyst at den ene tabellen mangler fire av pasientene sine resultater, noe som gir feilkilder. Forfatterne nevner blant annet at mengden sykehjem som deltok i studien gir en styrke i resultatene, noe som gir en god oversikt over antall trykksår utfall. Videre blir det nevnt at en svakhet i studien er pasienter som kom fra hjemmet eller sykehus og uvissheten om de hadde trykksår før innleggelse på sykehjemmene. Dette kan gi feilkilder i utfallet, da metoden ikke tar dette i betraktning. En annen svakhet som blir listet opp er at tverrsnittdesignet ikke tar for seg hvilken effekt intervensjonene har hatt. Det ble ikke satt av så mye tid til å trene opp sykepleierne før studien tok plass, noe som kan også være en feil alt tatt i betraktning. Studien finner sted i Geneva i Sveits og kan da gjøre det vanskelig å sammenligne det med andre land. Til slutt vil jeg bemerke at studien var skrevet på engelsk og oversettelsen kan bære preg av feiltolkninger.

2.5.2 kritisk vurdering av «The cost of preventing and treatment of pressure ulcers: a systematic review» (2015)

Artikkelens formål er klart beskrevet i starten av studien. Det står også innledningsvis at dette er en litteraturstudie. Opplysningene er hentet fra artikler som de har funnet på Chinal, Medline og web of science, for å nevne noen. De valgte i første omgang 2542 artikler og endte opp med 17 artikler til slutt etter en seleksjonsprosess. Studien inneholder fem artikler

som omhandler kostnader for både forebygging og behandling, tre artikler som har fokus på kostnader ved forebygging og ni artikler som takler kostnadene ved behandling. Studien opplyser også når artiklene ble utgitt og har et spenn mellom 2001 og 2013. Til slutt blir det også informert om at tallene som studien har kommet fram til vil gi et generelt utgangspunkt og vil derfor variere med tanke på økonomisk oppsett, perspektiv og helse utfall. I konklusjonen viser studien til at kostnadene varierte veldig fra de ulike artiklene som ble brukt, noe som kan gi en svakhet i tallene som blir gitt i sammendraget. Studien tar også for seg kostnader både på sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien, noe som antyder at de gjennomsnittlige tallene som er regnet ut i studien kan være misvisende. Andre svakheter er at jeg ikke er dreven på å tolke og lese tabeller som er i artikkelen, og derfor kan gi feil i tolkingen av artikkelen.

2.5.3 Kritisk vurdering av «Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: A pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports» (2010)

Forskningsartikkelen har som formål å undersøke om en plan for forebygging av trykksår har effekt. Det er en pilot studie som baserer seg på dokumentasjon og feedback fra deltakerne i studien. Dokumentasjonen ble foretatt med spesialtillagte dokumenter med ukentlig rapport til forfatterne om prosessen. Studien bruker en fremgangsmåte på syv steg fra start til slutt for å gjennomføre undersøkelsen, dette blir nærmere forklart i empirien.

Effekten av studien ble evaluert ved hjelp av fasilitetsdata som ble kombinert og deretter regnet ut gjennomsnittet. Effekten av implikasjonene ble målt ut ifra baseline fra 2003 før studien ble igangsatt. Mange av langtidspostene brukte programmet Centers for Medicare and Medicaid (CMS), dette ble tatt hensyn til. CMS trykksår kvalitets mål var et prevalent mål som inkluderte både trykksår fra deltakende avdeling, men også fra de andre avdelingene på sykehjemmet. Antall trykksår som oppstod på den deltakende avdelingen på sykehjemmet, ble derfor regnet ut av sykepleierne og deretter sendt inn til forfatterne. Dette i seg selv kan gi en svakhet til studien, da tallene som ble sendt inn kan være feil eller inneholder mangler.

Sykehjemmene som stilte i forskningen var frivillige og mange av de hadde erfaringer fra forskjellige kvalitetssikrende behandlingsforetak, ofte i kontekst med et team tilnærmet fokus. Som forfatterne selv implementerer så er bruken av frivillige en positiv vinkling i en mindre

studie. Studien hadde også som formål å se om denne formen for dokumentasjon ville minske forekomsten av trykksår og var ikke forbeholdt at det skulle bli en formell mal på metoder som kan forminske antall trykksår utfall. Igjen vil jeg også spesifisere at min tolkning av artikkelen kan inneholde feil og derfor gi en svakhet til informasjonen jeg henter ut fra denne studien.

2.6 Ivaretagelsen av etiske retningslinjer

Denne oppgaven følger VID vitenskapelige Høyskoles retningslinjer for bacheloroppgave og skrivestil. Eksempel på hvordan disse retningslinjene vil bli etterfulgt i oppgaven er korrekt kildehenvisning av all litteratur som benyttes. Type kildehenvisning som blir brukt er APA 6th.

Eksempler på opplevelser eller erfaringer vil holde pasientens identitet skjult, på grunnlag av taushetsplikt og personvern. Taushetsplikt vil bli overholdt gjennom hele oppgaven (Helsepersonelloven, 1999, avsn. 21). Oppgaven skal også følge NSF sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016), for å sikre rammene for sykepleiefaget.

3. Teori

I dette kapittelet skal først utdypelsen av den valgte sykepleieteorien til Virginia Henderson finne sted. Deretter vil annet litterært stoff bli innlemmet for å skildre hvem som er utsatt for å utvikle trykksår. Etterfulgt av sykepleieprosessen, sykepleiedokumentasjon, samhandlingsreformen og sykehjem som institusjon. Til slutt belyses ulike forebyggende metoder.

3.1 Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Henderson var en av de første sykepleierne som spesifiserte hva som er sykepleierens operative fagområde (Kirkevold, 1998, s. 100). Hun ble født i 1897 og døde i 1996 og hadde stort fokus på å definere hva god sykepleie innebar og tok utgangspunkt i Florence Nightingales sykepleieteori (Kirkevold, 1998, s. 100). Florence Nightingale var den første til å definere sykepleie og mente at pleien innebar «Å sette pasienten i den best mulige tilstand hvor Naturen kan virke på han» (Karoliussen, 2011, s. 100). Dette bygget Henderson videre på og hennes egen definisjon på sykepleie ble utgitt i først 1955 (Kirkevold, 1998, s. 100). Teorien til Henderson ble, i den tid den ble utgitt, brukt som lærebok i sykepleiefaget, der hun definerte rammeverket for sykepleie og 14 grunnprinsipper (Kristoffersen, 2016, s. 22). Kort oppsummert handler behovsteorien om hvordan ivareta pasientens behov ved sykdom og helsesvikt (Kristoffersen, 2016, s. 22). Hennes tidsperiode er plassert i 1950-1959 og er etterfulgt av blant annet Joyce Travelbee. Sykepleieteorien hennes vektlegger å «...hjelpen personen til størst mulig grad av selvstendighet» (Kristoffersen, 2016, s. 26). Sykepleieren skal da, ifølge Henderson, tre inn og utfylle de ressursene pasienten midlertidig har mistet eller har mistet permanent. Hun skal også ta ansvar for medisiner og ta vare på pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 26).

Henderson sin teori har blant annet svart på hva sykepleierens funksjon- og ansvarsområde er, og har dermed bidratt til sykepleieutdanningen til den dag i dag. Hennes valg for å begynne å definere sykepleie ble tatt på grunnlag av egne opplevelser under utdanning. Hun ble ferdig utdannet sykepleier i 1921 og jobbet senere som lærer på sykepleiefaglinjen (Kristoffersen, 2016, s. 36–37). Hennes sykepleiedefinisjon ble utgitt i 1955 og i 1960 kom sykepleiens grunnleggende prinsipper (Kristoffersen, 2016, s. 37).

3.1.1 Sykepleiedefinisjon

Henderson viser til at sykepleierens rolle er alltid i endring, det innebærer ikke bare fra en tidsepoke til en annen, men endrer seg også utfra hvilken situasjon man befinner seg i (Henderson, 2004, s. 11). Sykepleieren skal også assistere og hjelpe syke pasienter med å bli frisk igjen så fort som mulig eller hjelpe dem til en fredfull død (Henderson, 2004, s. 12). Henderson skriver i senere tid at hennes sykepleiedefinisjon hadde vært mye annerledes visst hun hadde mulighet til å skrive den om igjen. Forskning rundt sykepleie på 1950-tallet var det lite av, det var derfor noe hennes sykepleieteori mangler i følge henne selv (Henderson, 1998, s. 34).

Sykepleieren baserer seg på pasientens grunnleggende behov. Og det er gjennom disse behovene sykepleieren kan hjelpe pasienten til best mulig optimal helse (Kristoffersen, 2016, s. 38). Rollen er da at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å utføre handlinger som pasienten ellers ville utført selv, visst pasienten hadde hatt helse og ressurser til det (Kristoffersen, 2016, s. 38). Man skal hjelpe pasienten med å kunne utføre eller oppleve at de 14 grunnleggende prinsippene Henderson har satt, skal bli tilstrekkelig gjennomført (Kristoffersen, 2016, s. 38). Dette kan man gjøre ved å følge de grunnleggende prinsippene, men man må også observere og dokumentere arbeidsoppgavene og sine funn. I teorien blir det også skrevet om noen trinn Henderson har laget for god dokumentasjon og kan sees på som Hendersons egen vinkling på en sykepleieprosess (Kristoffersen, 2016, s. 39). Den består av fire trinn, datainnsamling, som skal ta utgangspunkt i de 14 grunnleggende prinsippene, bedømming, som skal gjøres på bakgrunn av pasientens ressurser og normalfunksjon. Trinn tre er å sette en pasientdiagnose eller et pasientproblem og trinn fire er å finne tiltak til å bedre denne ressursvikten eller finne andre tiltak som kan kompensere for det (Kristoffersen, 2016, s. 39).

3.1.2 Grunnleggende prinsipper

Virginia Hendersons behovsteori er basert på 14 grunnleggende prinsipper hun selv mener er viktige for at pasienten skal kunne oppleve eller gjenopprette optimal helse. Henderson ytrer også at det er ikke noe annet som er vanskeligere enn å sikre at alle disse punktene er tilstrekkelig oppfylt. Men det er ingen andre enn en sykepleier som jobber iherdig for å forsøke å oppfylle dem (Henderson, 1998, s. 47). De grunnleggende behovene skal forsøkes å opprettholdes av pasienten selv og visst han ikke klarer det, skal sykepleieren innta den rollen

pasienten trenger for å kunne utføre de etter beste evne. Sykepleieren skal da forsøke å hjelpe pasienten til å bli mest mulig selvstendighet, så langt det lar seg gjøre (Henderson, 1998, s. 46).

De 14 grunnleggende prinsippene til Henderson omfatter pasientens grunnleggende behov. De viktigste punktene for denne oppgaven blir punkt to, fire og åtte. Disse punktene er veldig relevant i forbindelse med forebyggende arbeid og vil bli definert dypere.

Sykepleieren skal hjelpe pasienten med å drikke og spise visst pasienten ikke klarer dette selv (Henderson, 2004, s. 27). Henderson mener at kunnskap om ernæring er avgjørende for sykepleiere og mulig det aller viktigste. Ikke nok med at det er viktig for pasienten, men sykepleieren er også med på å formidle kunnskap og viktigheten med riktig og god ernæring til pasientene. Man skal ta hensyn til hva pasienten liker og ikke liker og observere og dokumentere dette (Henderson, 2004, s. 27). Henderson påpeker at visst pasienten opplever stress, ikke sitter behagelig, ikke får spise slik han pleier og maten ikke virker tiltalende vil han ikke spise godt. Visst bare en av disse faktorene er til stede, vil pasienten spise dårligere enn visst ingen av de er tilstede (Henderson, 2004, s. 28).

Sykepleier skal hjelpe pasienten med å gå, sitte eller ligge visst pasienten ikke klarer dette selv. Hun skal også hjelpe pasienten til å bytte stillinger for å unngå langvarig press mot trykkutsatte punkter på kroppen (Henderson, 2004, s. 32). Dette skal man hjelpe til med enten om pasienten har blitt akutt syk og ressursene er midlertidig færre, eller om pasienten ikke klarer å fullføre dette selv grunnet kronisk sykdom eller lidelse (Henderson, 2004, s. 32–33). For å hindre trykksår skal pasienten snues ofte og ved å holde pasienten rein (Henderson, 2004, s. 33)

Som Henderson nevner i punkt 4, er reinhet en viktig faktor for henne for å kunne hindre trykksår tilfeller. I punkt åtte så nevner Henderson at reinhet kan bidra både på den fysiske og psykiske tilværelsen (Henderson, 2004, s. 37). Hver pasient bør få hjelp til, om de ikke er i stand til det selv, å få vaske seg og stelle huden slik at huden er frisk (Henderson, 2004, s. 38).

3.2 Trykksår

Trykksår eller decubitus kommer av langvarig trykk mot kroppen, spesielt ved beinutspring. Det er et trykk mot huden i en lengre tidsperiode slik at blodsirkulasjonen i området blir sterkt

reduisert eller opphører (Wyller, 2015, s. 420). Trykksår kan også resulteres fra en kombinasjon av trykk og friksjon (European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.) & Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014, s. 12).

Trykksår blir rangert fra grad 1-4. Grad 1 beskrives som hel hud med rødhet som ikke blekner ved trykk. Ved grad 2 blir deler av dermis påvirket og det kan sees som et overfladisk sår eller en blemme. Grad 3 har tap av både epidermis og dermis. Deler av sub cutis kan være synbart. Ved grad 4 trykksår er alle hudlagene påvirket og bein, muskler og sener kan være synlige (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 12–13).

Ved trykksår som inneholder nekrose, dødt vev eller sårbunnen er dekket med puss, er det vanskelig å fastsette hvilken grad det er (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 13). Nekrose og dødt vev bør fjernes slik at såret kan hele og man kan fastsette graden (Wyller, 2015, s. 420). Tørre sårskorper på hælene bør ikke fjernes, da det beskytter kroppen (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 13). Det er da viktig med trykkavlastning, mobilisering, god væske- og ernæringstilførsel og smertelindring. Ved inkontinens bør urinkateter vurderes for ikke å forverre såret (Wyller, 2015, s. 420–421).

I sår vil det alltid tilkomme bakterier, antibiotika er derfor ikke nødvendig med mindre det er klare infeksjonstegn (Wyller, 2015, s. 421). Rød, varm, irritert og hoven er infeksjonstegnene, visst allmenntilstanden til pasienten blir påvirket og det forekommer CRP stigninger er det derimot nødvendig med antibiotika for å forhindre større infeksjoner eller sepsis, i verste fall død (Wyller, 2015, s. 421).

3.2.1 Risikogruppe: hvem er utsatt?

I følge NPUAP, EPUAP og PPPIA er det pasienter som er sengeliggende eller rullestolbrukere som er størst utsatt for å utvikle trykksår. Disse pasienten bør anses som i risikogruppen og trenger forebyggende tiltak (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 14–15). Dernest bør pasienter med dårlig mobilitetsfunksjon vurderes og pasienter som allerede har utviklet trykksår (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 15).

Eldre pasienter har større sjanse for å utvikle trykksår. Dårlig allmenntilstanden, slik som nedsatt ernæringsstatus, sirkulasjon og våkenhetsgrad, er store faktorer (Lønseth &

Lindholm, 1997, s. 9). Tørr hud, inkontinent for både urin og avføring er også med å gjøre pasienten mindre utrustet mot trykksårdannelse (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 9).

Som sykepleier er man pliktig til å utøve kvalitet i eget arbeid. Hindre trykksår er en viktig oppgave for å bevare livskvalitet. Dette er et krav til pleien som gis og er nedfelt i helsepersonelloven, paragraf 4 : «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, § 4) Det er derfor veldig viktig at det forebyggende arbeidet fokuserer på å inspisere huden ofte og ta hudvurderinger (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 16).

3.3 Sykepleieprosessen

Problemløsende metode eller sykepleieprosessen som den også blir omtalt som består av målrettet sykepleie som jobber mot å bevare eller bedre funksjonen og livskvaliteten til pasienten (Ranhoff, 2014a, s. 85). Data blir hentet inn om pasienten og miljøet rundt han, både det som er nytt og det som vedvarer over tid. Problemer eller situasjoner som pasienten finner vanskelig eller er et hinder for utførelser i dagliglivet blir identifisert som problemet som skal løses eller finnes tiltak til. Mål blir opprettet for å lage en fremgangsspross for pasienten utfra ressurser han har og ressurser han kan opparbeide seg. En evaluering av tiltakene blir foretatt og avgjør om det har hatt effekt (Skaug, 2016a, s. 340).

Sykepleieprosessen blir også utfra NSF's faggruppe beskrevet som en «... mellommenneskelig- og samhandlingsprosess» (Norsk sykepleierforbund, 2017, s. 7–8). Her siktes det da til en samhandling mellom sykepleier og pasient. Så lenge målene ikke er oppfylte så er det en pågående prosess som starter forfra igjen til pasienten oppnår effekt, med enkelte endringer i tiltakene etter som data blir samlet inn (Norsk sykepleierforbund, 2017, s. 8).

En sykepleieprosess settes i gang hver gang sykepleier har interaksjon med pasienten og blir brukt både for å opprettholde ressurser, bedre situasjonen eller som et forebyggende tiltak (Skaug, 2016a, s. 340–341). Sykepleieren skal i all hovedsak tolke data og evaluere situasjonen før tiltakene blir i gang satt, basert på ressursene, noe som beskrives som en forebyggende handling (Heggdal, 2006, s. 66–67).

3.3.1 Sykepleiedokumentasjon

Dokumentasjon er et viktig redskap i det forebyggende arbeidet, det er med på å sikre kvaliteten i pleien som blir gitt (Heggdal, 2006, s. 15). Det er også et hjelpemiddel som kan vise for andre ansatte hvilke oppgaver som er gjort og hvordan de har blitt utført. Dette sikrer da en kontinuitet, slik at andre sykepleiere eller helsepersonell kan sikre at prosedyrer blir likt gjennomført (Heggdal, 2006, s. 18). Dokumentasjon av tiltakene og deres virkning er avgjørende for å se om det gir effekt eller om prosedyren bør endres, dette sikrer at pasienten får en tett oppfølging (Heggdal, 2006, s. 19).

Dokumentasjon av pasientens personlige opplysninger har en viss innvirkning på både etiske og juridiske aspekter. Det er derfor viktig at dokumentasjonen følger disse retningslinjene for korrekt form (Heggdal, 2006, s. 69). De etiske rammen omfatter både pasientens rett til medvirkning, som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og ivaretagelsen av pasientens integritet og verdighet (Heggdal, 2006, s. 69). Det er derfor viktig å ta hensyn til dette når man skal dokumentere personlig informasjon om pasienten. I tillegg til de etiske overveielserne man skal ta til etterretning, er det også en rekke lover og forskrifter som går på dokumentasjon (Heggdal, 2006, s. 81–82).

3.4 Sykehjemmet

Kommunen er lovpålagt å tilby helsehjelp til pasienter som trenger det, og andre som trenger helsehjelp som oppholder seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, avsn. 3.1). Sykehjem er en av tilbudene kommunen bidrar med, og er den satte arenaen for denne oppgavens problemstilling. Ved rett til nødvendig helsehjelp betyr det ikke at man kan velge at helsehjelpen skal ytes på sykehjem, det er ulike krav som skal dekkes før pasienten får innvilget en sykehjemsplass (Hauge, 2014, s. 223). Sykehjem består av to typer avdelinger, korttids- og langtidsavdeling. En langtidsavdeling skal være en bolig eller et hjem for pasienten, samtidig som han får omsorg, pleie og den behandlingen han trenger døgnet rundt. I langtidsavdelingen eller den somatiske avdelingen er hovedbestanddelen ofte geriatriske pasienter, altså de skrøpelige, multisyke eldre pasientene (Hauge, 2014, s. 224).

3.4.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 i norsk helsevesen. Den har som mål at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide. Det er i all hovedsak alle delene av helsetjenesten som er lovpålagt at skal samarbeide (Molven, 2016, s. 104).

Kommunen skal sikre at innbyggerne skal få den hjelpen de trenger og et godt helsetilbud, samt at alle helseforetakene skal tilby sine tjenester etter beste evne (Molven, 2016, s. 104). I samhandlingsreformen er det fastsatt punkter som helseforetakene er pålagt å følge, relevant for denne oppgaven er punkt 6 og 11. Der punkt 6 sier at helseforetakene er pliktig til å dele kunnskap og informasjon om pasienten og oppholdet. Punkt 11 konstaterer at det skal være et samarbeid om forebygging (Molven, 2016, s. 105).

3.5 Forebyggende metoder

Den eldre pasienten har ofte flere sykdommer på en gang og kan utvikle sykdommer og infeksjoner raskere og mer alvorlig enn yngre pasienter. I tillegg til sykdommene er det ofte komplikasjoner fra både sykdommen og legemidler som man må ta høyde for hos den eldre. De er lettere utsatt og er ofte dårligere utrustet visst noe skulle oppstå (Kirkevold, 2014, s. 113). En god ressurs for sykepleierne er da at man kartlegger pasienten systematisk. Det innebærer å kartlegge pasientens helsetilstand, funksjonsnivå samt de behovene han har derav (Kirkevold, 2014, s. 114). Systematisk kartlegging utføres med både pasientsamtale og observasjoner sykepleier bemerker seg (Kirkevold, 2014, s. 115). Kartlegging kan da være en god bidragsyter til å finne ut om pasienten er i faresonen for å utvikle trykksår og om det trenger å bli satt i verk forebyggende eller behandlende tiltak.

Forebyggende sykepleie blir delt opp i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging handler om å sette i verk tiltak som hindrer skader eller unødvendige situasjoner som kan gå utover pasienten sin livsstil (Ranhoff, 2014b, s. 137–138). Sekundærforebygging går ut på å sette i verk handlinger som forebygger nye hendelser hos pasienten (Ranhoff, 2014b, s. 141). Tertiærforebygging er forebygging av andre negative hendelser knytt opp til sykdommen han har (Ranhoff, 2014b, s. 143). Forebygging av trykksår vil da være en kombinasjon av sekundær- og tertiærforebyggende sykepleie. Godt fokus på kartlegging er viktig for den eldre pasienten, samt de andre forebyggende tiltakene som blir nevnt under.

3.5.1 Hudpleie

En grundig inspeksjon av huden er viktig for tidlig oppdagelse eller forebygging (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12). En tørr hud med sprekker har et dårligere utgangspunkt siden hudbarrieren er svekket. Det er mindre elastisitet i en eldre hud, noe som gjør at friksjon og rifter kan lettere oppstå (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12). Man skal vaske med en pH-balansert såpe og passe på at huden er tørr og fin (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 17). Huden bør ikke vaskes for ofte, slik at den blir sår, men tilsøling av urin, avføring og lignende bør vaskes bort umiddelbart (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12). Fuktighetskrem er bra for å holde huden frisk og velpleid, barrierekrem kan brukes i områder der fuktighet lett oppstår (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 18).

Spesial madrasser som skal fordeler trykket på kroppen eller trykkavlastende pute er gode forebyggende tiltak (National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), 2014, s. 18). Enkelte madrasser beholder varmen mye bedre enn andre og er veldig negativt i forbindelse med trykksår. Høy temperatur i huden vil kunne bygge opp under trykksårutviklingen og bør unngås (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12).

3.5.2 I trygge hender 24/7

I trygge hender 24/7 er et pasientsikkerhetsprogram som blant annet er tilspisset til kommunale helseforetak, deriblant sykehjem. Det er utarbeidet av helsedirektoratet og skal bidra til å redusere pasientskader og sette opp tiltak for de ulike situasjonene innenfor det valgte helseforetaket. For sykehjem er det en tiltakspakke som inneholder de viktigste tiltakene for sykehjem (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). En av disse tiltakspakkene er for trykksår og gjør at sykehjem som bruker programmet får stort fokus på forebygging og kartlegging. Pasientsikkerhetsprogrammet belyser også viktigheten med forebyggingen med blant annet pasientens livskvalitet, smerter, infeksjon og verste fall død. Pakken inneholder risikovurdering, undersøkelser av huden og leieendring for risikopasienter.

3.5.3 Leieendring og Mobilisering

Hos pasienter som er i risikogruppen for å utvikle trykksår er det ytterst viktig å opprette et snuregime for pasienter som ikke klarer dette selv. Pasienter som ligger lenge i ryggleie vil kunne utvikle trykksår på os sacrum og hæler blant annet. Leieendring vil da bidra til å fordele trykket utover kroppen og sirkulasjonen i de trykkutsatte områdene kan få sirkulere igjen (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 8). Mobilisering er en god ressurs for pasienter som har mulighet til det. Pasienter som er sengeliggende eller rullestolbrukere og ikke har mulighet til mobilisering bør får hjelp av helsepersonell til å leieendre og trykkavlaste kroppen ofte (Wyller, 2015, s. 420).

Fysisk aktivitet for eldre skrøpelige er en viktig egenskap mange pasienter fortsatt besitter, men trenger å opprettholde for å kunne utføre daglige aktiviteter (Hauge, 2014, s. 232). For eldre pasienter som er ustø i gangen, finnes det hjelpemidler som fysioterapeut kan tilpasse til han (Helbostad, 2014, s. 300). Både gåstol og rullator kan bidra til støtte for pasienten ved fysisk aktivitet (Helbostad, 2014, s. 301). Ved forflytning finnes det flere hjelpemidler som hjelper helsepersonell til å forflytte pasienten skånsomt og enkelt. Det er alltid lettere å flytte pasienten horisontalt framfor å løfte (Helbostad, 2014, s. 302).

3.5.4 Ernæring

Ved underernæring øker trykksår faren betraktelig, beinutspringene er tydeligere, det er tynnere hud og det er mindre ressurser for å hele såret når det først har oppstått (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12). For eldre øker den ideale kroppsvekten hele tiden, da er de bedre utrustet visst det skulle oppstå noe akutt (Brodtkorb, 2014, s. 255). Kaloribehovet for eldre er sirka en fjerdedel mindre enn det yngre personer trenger for å dekke dagsbehovet. Det er likevel noen hensyn man må ta utfra om pasienten er sengeliggende eller ikke. En geriatrisk pasient over 70 år trenger 23 kcal/kg, for sengeliggende pasienter er det 29 kcal/kg. Pasienter som er magre skal ha 10% mer for hver kilo og ved feber trenger pasienten 10% mer per kilo per grad over 37 grader celcius (Brodtkorb, 2014, s. 255). For å sikre at pasienten spiser godt og tilstrekkelig bør maten være velsmakende og det bør være en god atmosfære (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12).

4. Presentasjon og begrunnelse for valg av empiri

Under blir to forskningsartikler og en litteraturstudie presentert. Den ene forskningsartikkelen har fokus på antall trykksårtilfeller i et gitt tidsrom. Litteraturstudien tar for seg kostnader ved forebygging og behandling av trykksår. Den siste forskningsartikkelen har laget et dokumentasjonsprosjekt som har som formål å redusere decubitus forekomstene på sykehjem.

4.1 Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study (2018)

Studie av: Courvoisier, Righi, Béné, Rae og Chopard

Denne forskningsartikkelen har som formål å evaluere hvor stor andel som er i risikogruppen for å utvikle trykksår på sykehjem og hvor ofte forebyggende metoder blir satt i verk. Studien er utført i Geneva i Sveits og sendte ut forespørsler til 51 sykehjem hvorav 33 av disse sykehjemmene valgte å delta. Studien omfatter da 2671 pasienter som ble med i undersøkelsen. Studien ble utført på bare en dag november 2015. Forfatterne startet med å velge ut en sykepleier per sykehjem som skulle få en to timers opplæring på observasjon, dokumentasjon og forebyggende metoder ved trykksår. Gjennomsnittsalderen på pasientene som deltok var 85,6 år med et gjennomsnittsopphold på sykehjemmet på 2,1 år.

Studien fant at det var store forskjeller i tallene de fikk til resultat. Det varierte alt fra 0% antall pasienter som hadde trykksår til 19,6%. Gjennomsnittet av antall pasienter med trykksår ble utregnet til å være 5,7%.

Artikkelen avslutter med at det var lav forekomst av trykksår generelt i forhold til forventningene. Derimot var variablene høye knyttet til mengden forebyggende metoder hos de ulike sykehjemmene. Forfatterne konkluderer med at bruk av jevnlig dokumentasjoner og målinger av pasientene vil i lengden kunne redusere omfanget av antall pasienter som utvikler trykksår.

4.2 The cost of preventing and treatment of pressure ulcers: a systematic review (2015)

Studie av: Demarré, Van Lancker, Van Hecke, Verhaeghe, Grypdonck, Lemey, Annemans, Beeckman

Denne litteraturstudien har som formål å formidle kostnadene ved både forebygging og behandling av trykksår. Innledningsvis understreker de at artikkelen vil belyse hvilken innvirkning kostnadene har for pasienten, pleien som blir gitt og samfunnet. Dette er en litteraturstudie fra 2015 og har 17 artikler de har hentet informasjon fra. Det ble først utvalgt 3633 artikler hvor 1133 av disse var duplikater. Ut fra dette ble det uttrekket 17 artikler som ble godkjent for å være med i studien. Det er uvisst hvor mange sykehjem eller pasienter som er med i studien, og har derfor ikke et klart utgangspunkt for lokasjon. Tabellene i studien lister opp artiklene alfabetisk og hvilke kostnader de har kommet fram til. Det er listet opp etter kostnader for hver pasient per dag. Tabellene er også listet opp ut ifra om det er kostnader knyttet til sykehus, sykehjem eller hjemmesykepleie og har et veldig oversiktlig preg. Halvparten av studiene som ble brukt i artikkelen var delvis sensurert, slik at det var vanskelig for forfatterne å finne ut hva kostnadene og helse utfallet bestod av.

Konklusjonen for studien var at kostnadene varierte betraktelig fra de ulike studiene. Det er likevel kommet fram et resultat som viser at kostnadene for behandling av trykksår er desidert høyere enn kostnadene som blir brukt på forebygging.

Jeg har valgt å ta med denne studien da jeg mener tematikken er veldig relevant for å understreke viktigheten med godt arbeid i forbindelse med forebygging. Dette vil gi en økonomisk interesse da studien konkluderer med at forebyggingen var av langt mindre økonomisk tap enn behandling.

4.3 Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: A pilot study implementing standardized nurse aid documentation and feedback reports (2010)

Studie av: Horn, Sharkey, Hudak, Gassaway, James og Spector

Forskningsartikkelen har som formål å lage og sette i verk en plan over trykksårforebyggende handlinger og dokumentasjon for langtidsavdelinger på sykehjem. Artikkelen starter med å informere om trykksår og hvilken kostnad det har for samfunnet. Deretter opplyser forfatterne om handlingsplanen som er utviklet for dette studiet; «Real-Time Optimal Care Plan for Nursing Home QI» (Real-Time). Dette designet innebærer kurs-læring for helsepersonellet, tilbakemeldinger og konsultasjoner med gerontologisk sykepleier. Studien tar plass i USA og har tatt for seg elleve langtidsposter ved sykehjem i syv forskjellige stater; Michigan, New

York, Pennsylvania, South Dakota, Texas og Wisconsin. Det ble også utvalgt fem langtidsposter i Ohio. Langtidspostene hadde et gjennomsnitt på 48 sengeplasser og hadde et gjennomsnitt på 11 deltakende sertifiserte sykepleiere. Prosjektet varte i tre år, 2003-2005, der det første året gikk ut på planlegging, startfasen tok seks måneder, de neste seks månedene ble brukt til finpussing av hjelpemidler og ni måneder ble forbeholdt evaluering av handlingsgjennomføring av personalet.

Real-Time prosessen ble delt opp i syv steg, der steg 1-3 var forberedelser og steg 4-7 bestod av iverksettelsen. Det første steget gikk ut på å lage et team som bestod av sykepleier, sårsykepleier, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut og en pedagog for de ansatte. Steg to ble viet til å innføre en ny dokumentasjonsmåte for sykepleierne. Dokumentasjonene skulle blant annet inneholde matinntaket, om pasienten var inkontinent, observasjoner av huden og eventuelle endringer i vekt. Steg tre baserte seg på å lage en klinisk beslutningsprosess med tilbakemeldinger. Her skulle det inkludere ukentlig dokumentasjon på ukens prosess, ernæringsrapport, rapport på hvilke pasienter som var i høyrisiko gruppen for å utvikle trykksår, hudstatusrapport og prioritetsrapport. Steg fire var å sette i gang den nye utformede planen som ble laget for prosjektet. Den ukentlige rapporten på hver pasient skulle da skrives inn i et eget spesial tillaget dokument. Steg fem skulle revurdere dokumentasjonen som hadde blitt foretatt og nøyaktigheten av utførelsen. Ved steg seks skulle dokumentasjonen bli tatt i bruk daglig slik at det skulle gi en god oversikt over ukentlige progresser. Steg syv baserte seg på personalmøte og evaluering av prosjektets effekt på forebyggingen.

Resultatene var at personalet på sykehjemmene likte bedre den nye planen som ble satt i verk i steg fire, da den spare tid på dokumentasjon. Heftet inneholdt bobler de skulle sjekke av, noe som gjorde dokumentasjonen raskere. Personalet var også veldig fornøyd med oversikten denne formen for dokumentasjon gav. De negative tilbakemeldinger innebar at det tok lang tid å fylle ut et nytt dokumentasjons ark med pasientens ID.

Konklusjonen i studien var at prosentandelen sank i antall trykksårtilfeller fra 9,6 til 4,6 i tidsspennet studien holdt på. Sykehjemmene som deltok i undersøkelsen ønsket å fortsette med Real-Time dokumentasjonen og fra 2007-2009 var det 69 langtidsposter som også startet med Real-Time dokumentasjonen i USA.

5. Drøfting

I drøftingen vil all stoffet fra teoridelen, inklusivt Virginia Hendersons grunnleggende prinsipper og artiklene fra empirien bli drøftet opp mot problemstillingen;

«Hvordan kan sykepleie bidra til å forebygge forekomsten av trykksår hos eldre pasienter i sykehjem.»

5.2 Trykksår – hvordan sikre kvalitet i det forebyggende arbeidet

Florence Nightingale viste oss et utgangspunkt der kvalitet i pleien var avgjørende for resultater (Kirkevold, 2016, s. 268). Sykepleieprosessen er et hjelpemiddel som kan bidra til å sikre kvalitet i pleien vi gir (Skaug, 2016a, s. 340). Sykepleieprosessen er en problemløsende metode, med det er ikke en kvalitetssikring i seg selv. Det kan derimot bedre fokuset på oppgavene som skal utføres i pasientens favør (Skaug, 2016a, s. 340–341). Henderson utgav de grunnleggende prinsippene og presiserte med dette at de grunnleggende behovene er det viktigste i pleien, uansett diagnose (Henderson, 2004, s. 17). Gjennom disse behovene kan man sette et fokus på hva pasienten trenger ekstra oppmerksomhet på for helhetlig sykepleie (Henderson, 2004, s. 20–21). Sykepleieprosessen i kombinasjon med Henderson sin sykepleieteori kan resultere i tidlig oppdagelse av problemer pasienten sliter med, enten bevisst eller ubevisst (Skaug, 2016a, s. 341). I samspill med pasienten vil sykepleieprosessen kunne fatte informasjon og bygge på et utgangspunkt (Heggdal, 2006, s. 67). Problemløsingen består av en relasjon mellom pasient og sykepleier og er avhengig av innhenting av nyttig informasjon for å gi utslag i tiltakene (Skaug, 2016a, s. 341).

Sykehjem er en plass som skal tilby pasientene et form for hjem, samtidig som det blir gitt kontinuerlig pleie og oppfølging (Hauge, 2014, s. 221). Pasienter på sykehjem har et godt tilbud i forhold til tidlig oppdagelse og avvik fra normen (Hauge, 2014, s. 221). De grunnleggende prinsippene til Henderson er for pasientens individuelle behov kan brukes som en plan på sykehjem, med mindre institusjonen har andre rutiner (Henderson, 2004, s. 24). Kvalitet i pleien som gis på et sykehjem vektlegger ikke bare observasjoner og tiltak, men at pasientens integritet og autonomi blir ivaretatt (Molven, 2016, s. 30). Det er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienter som har rett til opphold i sykehjem skal få dette innvilget med tilrettelagte heldøgntilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, avsn. 2–1e). Loven konstaterer videre at pasienter har rett til medvirkning i behandlingen og rett til informasjon,

så fremt de ikke er umyndiggjort (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, avsn. 3–1) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, avsn. 3–2). På den annen side er helsepersonell pliktig til å sikre at informasjonen som blir gitt blir forstått av pasienten (Molven, 2016, s. 174). Pasienter som ikke er umyndiggjort og trenger forebyggende tiltak, men ikke ønsker dette, kan velge å frastå helsehjelpen (Molven, 2016, s. 181–182). Sykehjem bidrar til trygghet og sosial kontakt med helsepersonellet, i tillegg til rask og kvalifisert hjelp (Hauge, 2014, s. 227).

Pasientgruppen som er innlemmet i problemstillingen er eldre, skrøpelige pasienter, dette inkluderer også kognitivt svekkede pasienter. Den eldre pasient gruppen er letter utsatt for funksjonssvikt og derfor mer disponibel for unødvendige plager (Kirkevold, 2014, s. 113). Det er studier som viser at opptil 16% pasienter som er innlagt på langtidsavdelinger utvikler trykksår (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 7). Det er derfor viktig med kartlegging av utsatte pasienter og utføre gode dokumentasjoner (Kirkevold, 2014, s. 114). God kunnskap hos pleierne bidrar til kvalitet i det forebyggende arbeidet (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 7). En god dokumentasjon skal inneholde vurderinger og hvilke tiltak som er satt i verk (Heggdal, 2006). Helsepersonell plikter til forsvarlig yrkesutøvelse, kartlegging og dokumentasjon inngår i forsvarlig pleie (Kirkevold, 2016, s. 277–278). Kartleggingen av pasienten består av å innhente informasjon om han, Hendersons 14 punkt kan være til hjelp her (Kirkevold, 2014, s. 114). Observasjon er et viktig hjelpemiddel i kartleggingen, da eldre pasienter ofte ikke viser klare symptomer eller plager (Kirkevold, 2014, s. 116). Undersøkelser viser til at sykepleier bruker 30% av arbeidstiden på rapporter og dokumentasjon, det er da viktig at dokumentasjonen gir viktig informasjon og er konkret for valg og vurderinger (Heggdal, 2006, s. 18). Henderson sin sykepleieteori bør ifølge henne selv bli tilpasset den enkelte eldre pasient, visst pasienten trenger ekstra oppfølging av enkelte punkter ved akutt endring i helsen (Henderson, 2004). Om pasienten har utviklet en dårligere allmenntilstand er dette noe å vurdere i forhold til utvikling av trykksår (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 7). Det skal ifølge samhandlingsreformen være et fokus på forebygging (Molven, 2016, s. 10). Eldre pasienter kan endre seg fort og dokumentasjon og oppfølging er viktig for en helhetlig pleie (Kirkevold, 2014, s. 113).

I helse- og omsorgstjenesteloven står det skrevet at det skal være kvalitet i pleien som gis (Molven, 2016, s. 30–31). I helsepersonelloven er det nedfelt at man skal føre relevant og

nødvendige opplysninger, noe som kan vise til viktigheten med dokumentasjon om pasientens tilstand og mulig risikogruppe i forhold til trykksår (Helsepersonelloven, 1999, avsn. 40).

5.2 utfordringer med det forebyggende arbeidet

Mitt inntrykk av forskningen og teorien som er anvendt i oppgaven er at de alle støter på noen utfordringer eller problemer med det forebyggende arbeidet. De utfordringene som jeg selv har pekt ut og ønsker å fokusere på er arbeidsutførelsen og tilgang på utstyr.

Når jeg tenker på arbeidsutførelse så vil jeg da trekke fram to temaer jeg ønsker å diskutere. Dette er personalets evne til å opprettholde tiltakene som er satt og personalets måter å utføre oppgavene på. Når jeg skriver måter så sikter jeg til at det er veldig forskjellig hvordan de ulike tilsette utfører arbeidsoppgavene på og det kan være en utfordring i forhold til å oppnå optimal effekt av tiltakene. Dette er også noe jeg har lagt merke til i praksis. For at et forebyggende arbeid skal kalles nettopp det, er det avhengig av at de tilsette utfører det gitte programmet kontinuerlig og likt (Kirkevold, 2014, s. 117). Det er flere pleietiltak som er viktig å dekke og visst noen av disse ikke blir tilstrekkelig oppfulgt kan det ha negative konsekvenser for pasienten. Virginia Henderson skriver at en sykepleier skal vite at pasienter som ikke er i stand til å snu seg, trenger hjelp til å utføre dette (Henderson, 2004, s. 33). En sykepleier skal være i stand til å forstå at det er en nødvendig handling for både velvære og god sirkulasjon. Leieendring er blant annet en av tiltakene som bør utføres kontinuerlig av alle tilsette. Henderson har bemerket at en risikopasient bør snues hver time (Henderson, 2004, s. 33) men artikkelen fra 2018 mener at det er tilstrekkelig med hver 2-3 time hos høyrisikopasienter og hver fjerde time hos moderate risiko pasienter (Courvoisier, Righi, Béné, Rae & Chopard, 2018, s. 47). Den desidert beste forebyggingen er trykkavlastning i følge Wyller og bør være en prioritet hos pasienter med nedsatt førlighet og lammelser (Wyller, 2015, s. 420). Det er derfor viktig at helsepersonell følger opp at trykkutsatte pasienter blir snudd jevnlig.

Den forebyggende handlingsplanen som blir iverksatt på institusjonen skal bli likt utført av helsepersonellet. I artikkelen fra 2010 brukte sykehjemmene ulike målingsverktøy. Nøyaktigheten med de ulike verktøyene er ukjent og kan variere i graden den virker. For en lik dokumentasjon krever det at institusjonen forholder seg til kun et måleverktøy for mest

mulig korrekte målinger (Heggdal, 2006, s. 18). For å sikre kvalitet i pleien og at effekten og dokumentasjonen er korrekt, krever det kontinuerlig og lik utførelse av helsepersonellet (Heggdal, 2006, s. 18). Artikkelen fra 2018 trekker frem at den forebyggende kunnskapen ikke er lik hos de ansatte. Henderson viser til at sykepleier skal inneha kunnskap om trykkavlastning og mobilisering og skal derfor lære annet helsepersonell og pasienter viktigheten med dette (Henderson, 2004, s. 33).

Henderson påpeker at sykepleier skal kjenne til hjelpemidler som er tilgjengelig på sykehjemmet. Hun nevner blant annet stikkklaken som et hjelpemiddel ved leieendring av pasienten (Henderson, 2004, s. 33). Både artikkelen fra 2010 og 2018 baserer seg på å utvide kunnskapshorisonten til de ansatte samt observere og dokumentere. Min forståelse av disse artiklene er at de har et godt utgangspunkt og viktige punkter i forhold til temaet. Det jeg savner er imidlertid fokuset på hjelpemidler. Som Henderson påpeker er hjelpemidler viktig for å kunne flytte en pasient ordentlig (Henderson, 2004, s. 33). I følge artikkelen fra 2015 er det svært ulikt hvor mye hvert sykehjem bruker på forebyggende hjelpemidler, men kostnadene for behandling blir vist i artikkelen som adskillig høyere (Demarré mfl., 2015).

5.3 Forebyggende tiltak mot trykksår

Observasjoner og vurderinger av pasientens hudstatus kan føre til tidlig oppdagelse av trykksårutvikling (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 23). Dokumentasjon av pasientens hud kvalitet kan gi en pekepinn på hvilke pasienter som er mest utsatt. Pasienter som har høy alder og er underernært har mindre fettvev og elastisitet og er derfor mer utsatt (Skaug, 2016b, s. 48–49). Likevel vil en sengeliggende pasient med lavt mobilitetsnivå være mest sårbar (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 23). Observasjoner artikkelen fra 2010 bermer er hudstatus, rødhet, åpne rifter og lignende (Horn mfl., 2010, s. 122).

Pasientsikkerhetsprogrammet verdsetter derimot at varme, ødemer, hvite områder og fortykkelse av huden er observasjoner man bør bemerke seg (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 16). Begge kildene opplyser likevel at dette er informasjon man bør innhente seg ofte. Spesielt skal det være økt fokus på hudstatusen visst pasienten får dårligere allmenntilstand (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 16).

Mobilisering kan være et omdiskutert tema når det kommer til eldre, skrøpelige pasienter. Det er veldig gunstig i forbindelse med trykkavlastning og sirkulasjon, men aktivitetene er veldig avhengig av pasientens fysiske funksjon. Pasienten bør få igangsatt en aktivitetsplan som er tilpasset pasienten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 27). Henderson viser til at en pasient bør prøve å tilegne seg små dagligdagse aktiviteter (Henderson, 2004). Aktiviteten bør bli tilpasset pasientens tidligere interesser og førlighet før han ankom sykehjemmet og sette seg mål utfra det (Helbostad, 2014, s. 296).

Det finnes flere typer hjelpemidler som skal bidra til å gjøre både aktivisering og forflytning lettere. Ved forflytning er det ulikt hva som blir foretrukket, Virginia Henderson viser blant annet til stikkklaken og nevner også at enhver sykepleier bør vite hvordan man skal forflytte eller transportere en pasient (Henderson, 2004, s. 33). Helbostad viser til søsterhjelp, stikkklaken og heis, dette bør anvendes korrekt for ikke å skape unødvendig belastning for både pleier og pasient (Helbostad, 2014, s. 302). Utfra egne erfaringer har jeg opplevd at hjelpemidler kan hjelpe til en bedre reposisjonering av pasienten og lettere komme i gang med mobilisering. Fysioterapeut har kunnskap om hvilke hjelpemidler som er tilgjengelig og kan være en ressurs i sykepleien, tverrfaglig samarbeid er svært praktisk når det kommer til leieendring og mobilisering (Helbostad, 2014, s. 302). Henderson viser til fysioterapeuter som et hjelpemiddel i pasientens mobilisering og rehabilitering og kan innføre sykepleier i viktige momenter ved aktivitetene (Henderson, 2004, s. 33).

Ved leieendring og forflytning skal sykepleier tenke på om hvor pasienten får trykket i den posisjonen han befinner seg i, og om det eventuelt avlaster nok (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 23–24). Rullestolbrukere skal i følge pasientsikkerhetsprogrammet sitte vippet litt forover, men ikke såpass at han sklir ut og bena hviler på gulv eller fotstøtter (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 25). ConvaTec bemerker at rullestolbrukere ikke bør være mye vippet bakover i stolen, slik at sitteknutene får mye trykk (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 8). I praksis har rullestolbrukere som viser tegn til trykksårutvikling, holdt sengen og blitt avlastet fra side til side for å gi setet litt avlastning og sirkulasjon, noe pasientsikkerhetsprogrammet også referer til (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 26). Rullestolbrukere bør uansett avlastes når de har sittet en lengre tidsperiode i rullestol i løpet av dagen (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 25). Trykkavlastende puter kan også være av god nytte for rullestolbrukere (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 11). Sengeliggende pasienter bør leieendres jevnlig og sykepleier må se til at pasienten ikke får

drag, strekk eller skjærende effekt på huden (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 23–25). Eldre pasienter som er i risikogruppen bør få trykkavlastende madrasser som luftmadrass eller fibermadrass. Helbostad viser også til temperaturfølsom skummadrass og fibermadrass som bra for eldre, da det bevarer varmen bedre (Helbostad, 2014, s. 302), derimot mener ConvaTec at varme er svært uheldig i forbindelse med trykksårforebygging, da det øker sjansen betraktelig (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12). På den annen side støtter ConvaTec bruken av luftmadrasser, men bemerker at ingen hjelpemidler vil kunne erstatte leieendring som et tiltak (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 11). Sengeliggende bør imidlertid ikke få hevet hjertebrettet mer enn 30 grader, da det gir trykk på setet, bare ved matsituasjoner og medisinske årsaker (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 11) (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 24).

Ernæring er en av faktorene som skal følges opp hos pasienter som er i risikogruppen i følge pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24/7 (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). Et av punktene i tiltakspakken konstaterer at ernæringsstatusen skal kartlegges og vurderes. I følge Brodtkorb mister eldre pasienter fra 70 års alderen sirka 10 kilo av kroppsvekten sin (Brodtkorb, 2014, s. 255). Det er derfor ønskelig med økt fokus på kartlegging av ernæringsstatusen og eventuell oppfølging av næringstett kost for de som skulle trenge det. Videre bemerker Brodtkorb at det skal tas hensyn til om pasienten er sengeliggende eller ikke, i forhold til mengden kilokalorier pasienten trenger (Brodtkorb, 2014, s. 255). Sengeliggende trenger imidlertid mindre kcal i løpet av en dag, men behovet for proteiner i kosten er likt. Det er derfor avgjørende at pasienten får tilstrekkelig med næring i forhold til dagsbehovet, men det er avhengig av at pasienten får velsmakende mat som ser innbydende ut i følge ConvaTec (Lønseth & Lindholm, 1997, s. 12). Henderson mener at kunnskap om ernæring i sykepleiefaget er det viktigste man kan tilegne seg for god sykepleieutøvelse (Henderson, 2004, s. 27). Hun mener også at det er sykepleieren sin jobb å informere pasienten om viktigheten med riktig og god ernæring.

Kartlegging av ernæringsstatusen til pasienten er en viktig dokumentasjon i handlingsplanen i både artikkelen fra 2010 og 2018. I artikkelen fra 2010 blir jevnlig vekt av pasienten og kartleggingen satt som en ukentlig oppgave (Horn mfl., 2010, s. 122). Næringsinntaket til pasienten er også et av observasjonene sykepleierne i artikkelen fra 2018 skal være oppmerksom på, men det blir ikke sagt noe om vekt (Courvoisier mfl., 2018, s. 46–47). Min egen erfaring i henhold til kartlegging er at en månedlig vekt av pasientene gir et

målbart resultat av næringsinntaket. Næringsinntaket varierer utfra pasientens allmenntilstand og behov og kan variere sterkt fra en situasjon til en annen. Brodtkorb mener at ernæringsstatusen er et resultat av inntaket, forbruket og tapet av næringsstoffer (Brodtkorb, 2014, s. 256). I forbindelse med vekten kan man regne ut kroppsmasseindeks (KMI), som kan gi et mer generelt svar på om pasienten er underernært eller ikke. En KMI på 24-27 hos eldre er ønskelig (Brodtkorb, 2014). Brodtkorb nevner også mini nutritional assessment (MNA) og både MNA og KMI bør måles 1-2 ganger i året (Brodtkorb, 2014, s. 257).

Pasientsikkerhetsprogrammet vektlegger også at man bør kartlegge protein-, energi- og væskeinntaket (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2016, s. 20). I tillegg til underernæring er også høy alder en tilleggsopplysning som bør vektlegges i kartleggingen (Wyller, 2015, s. 420). Etter egen erfaring å bedømme er eldre skrale pasienter de som oftest utvikler trykksår grad 1 regelmessig og må få satt i gang forebyggende tiltak.

6. Konklusjon

Jeg har forsøkt å besvare denne oppgaven etter beste evne i forhold til problemstillingen. Jeg har nyttet sykepleieteoretiker, forskningsartikler og annen litteratur, der alle på ulike måter kommer fram med forebyggende tiltak. Det er mye man skal holde styr på for å utøve et aktivt forebyggende arbeid, likevel viser artikler at en plan og klare målsettinger gir resultater. Dette i kombinasjon med økt kunnskap om trykksår kan kunne bidra til en vesentlig endring i antall trykksårtilfeller på sykehjem.

Teorien viser også til at grundig kartlegging av pasienten med jevne mellomrom bidrar til en økt forståelse om hvem som trenger forebyggende tiltak. Her kan sykepleier bidra med mye kunnskap til både opplæring av kollegaer og pasienter. Trykkavlastning kommer tydelig fram at det er det viktigste tiltaket mot trykksår. Derimot vil god ernæring til pasienter bidra til mer energi og mindre fare for trykksårdannelse, noe som kan gi økt mobilisering og økt matlyst. Sykepleieren innehar mye kunnskap om ernæring og er en rik kilde i det forebyggende arbeidet.

7. Implikasjoner for praksis

Jeg har benyttet Virginia Henderson som et sykepleiefaglig ståsted både i teorien og i drøftingen. Hennes teori har vært med å belyse hvor viktig de grunnleggende behovene er for god omsorg. Sykepleieteorien i samråd med oppgavens teori og forskning viser hvor viktig det er med grunnleggende sykepleie. Hennes helhetlige sykepleie og fokus på grunnleggende prinsipper, danner et godt utgangspunkt i det forebyggende arbeidet mot trykksårdannelse. En konkret teori som handler om jevnlig kontroll, observasjon og konklusjon, dette er et godt holdepunkt for å danne oversiktlig, spesifiserte oppgaver for sykepleierettet omsorg og er en verdig påminnelse på et hvert sykehjem.

Etter min formening velger jeg å tro at fagartiklene og teorien som har blitt flettet sammen i drøftingen kan ha en god innvirkning for helsepersonell som jobber på sykehjem. Dette kan bidra til at noen kan tilegne seg mer kunnskap om forebyggende arbeid og andre kan oppfriske kunnskapen sin. Oppgaven inkluderer også noen studier og nettsider som har gode planer for å hindre blant annet trykksår, men også mye annet, noe som er et positivt innskudd i den sykepleien som allerede gis.

8. Referanse

- Brodtkorb, K. (2014). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 301–315). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Courvoisier, D. S., Righi, L., Béné, N., Rae, A.-C. & Chopard, P. (2018). Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study. *Applied Nursing Research*, 42, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.001>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Demarré, L., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Lemey, J., ... Beeckman, D. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1754–1774. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265–283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helbostad, J. L. (2014). Bevegelse og aktivitet: Aldersendringer og svikt i bevegelsesfunksjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 340–359). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper* ([Nytt] oppl. [i.e. ny utg.], Bd. 3.97). Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009070601018
- Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforl.
- Henderson, V. (2004). *ICN's basic principles of nursing care* (6th ed.). Geneva: International Council of Nurses.
- Horn, S. D., Sharkey, S. S., Hudak, S., Gassaway, J., James, R. & Spector, W. (2010). Pressure Ulcer Prevention in Long-Term-Care Facilities: A Pilot Study Implementing Standardized Nurse Aide Documentation and Feedback Reports. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(3), 120. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000363516.47512.67>
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122–144). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1, Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 267–309). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lægreid, S. & Skorgen, T. (2014). *Hermeneutikk: en innføring*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Lønseth, R. & Lindholm, C. (1997). *Forebyggende tiltak og behandling av trykksår: moderne sårbehandling* (Bd. 3). Høvik: ConvaTec Norge.
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S. E., Dumville, J. C., Middleton, V. & Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.). (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Hentet fra https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/_attachment/3373?_download=false&_ts=1508f7e6f8a
- Norsk helseinformatikk. (2018, 20. juli). Trykksår. Hentet 1. mars 2019, fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/diverse/trykksar/>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk sykepleierforbund. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ* (Versjon 5.1). Hentet fra [https://www.nsf.no/vis-artikkel/3258399/17036/Veileder-for-klinisk-dokumentasjon-av-sykepleie-i-EPJ-\(2017\)](https://www.nsf.no/vis-artikkel/3258399/17036/Veileder-for-klinisk-dokumentasjon-av-sykepleie-i-EPJ-(2017))
- Olsvik, E. H. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie: tenkemåter i kunnskapsstyrt profesjonsutøvelse*. Drammen: Vett & viten.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2016). Tiltakspakker for sykehjem og hjemmetjenester. Hentet 19. mars 2019, fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomr%C3%A5dene-i-kommunene/tiltakspakker-for-sykehjem-og-hjemmetjenester>
- Pereira, A. G. S., Santos, C. T. dos, Menegon, D. B., Mello, B. S., Azambuja, F., Lucena, A. de F., ... Lucena, A. de F. (2014). Mapping the nursing care with the NIC for patients in risk for pressure ulcer.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(3), 454–461. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300010>

Ranhoff, A. H. (2014a). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 79–91). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2014b). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162–173). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skaug, E.-A. (2016a). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1, Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 337–376). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skaug, E.-A. (2016b). Kroppspleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2, Grunnleggende behov* (3. utg., s. 45–86). Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wyller, T. B. (2015). *Geriatry: en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.