

KANDIDAT

43

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:29
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

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

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

 JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

 JA, jeg samtykker NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn: Bacheloroppgave 43, 107.pdf

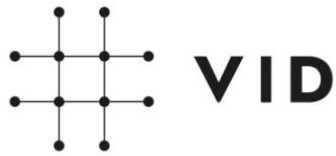
Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 398.55 KB

Opplastingstidspunkt: 08.04.2021 11:53

Status: Lagret

Besvart.



Innlagt på sykehus – I trygge hender?
Admitted to Hospital – In Safe Hands?

Kandidatnummer: 43, 107

VID vitenskapelige høyskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BISB-2018

Antall ord: 10 994

Dato 08.04.2021

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Selv om trykksår i stor grad kan forebygges, får en av fem pasienter innlagt på sykehus trykksår. Eldre er mer utsatt for trykksår. Det vil dermed være viktig å undersøke hvilke faktorer som kan fremme forebygging av trykksår hos eldre.

Problemstilling

Hvordan fremme forebygging av trykksår hos eldre innlagt på sykehus?

Metode

Dette er en litteraturstudie der det er tatt i bruk både relevant forskning, samt annen teori for å belyse problemstillingen fra ulike sider.

Resultat

Resultatene fra forskningsartikler underbygger at det er flere ulike faktorer som kan føre til bedre forebyggende praksis.

Drøfting

Teorien og resultatene fra forskningsartiklene blir sammenlignet og satt opp mot Virginia Hendersons sykepleieteori. Trykksårforebygging ses i sammenheng med risikovurdering, kunnskap og holdninger hos sykepleier og pasientinvolvering.

Konklusjon

Funnene viser interessante sammenhenger rundt forebyggende praksis på sykehus, men det er imidlertid behov for ytterligere forskning.

Abstract

Although pressure ulcers largely are preventable, one in five hospitalized patients develop this complication. Elderly are more prone to pressure ulcers. Therefore, it will be important to investigate which factors can promote the prevention of pressure ulcers in the elderly.

Objective

How to promote prevention of pressure ulcers in elderly admitted to hospital?

Method

This is a literature study where both relevant research articles and theory have been used to shed light on the problem from different angles.

Results

The results of research articles substantiate that there are several different factors that can lead to better preventive practices.

Discussion

The theory and results from research articles are compared both with each other and Virginia Henderson's nursing theory. Pressure ulcer prevention is seen in connection with risk assessment, knowledge and attitudes of nurses and patient involvement.

Conclusion

The findings show interesting connections around preventive practice in hospitals, but there is a need for further research.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Avgrensning.....	2
1.3	Begrepsavklaring	2
2	Metode.....	4
2.1	Vitenskapsteori.....	4
2.2	Metode	4
2.3	Litteratursøk	5
2.4	Kildekritikk.....	7
2.5	Etiske overveielser.....	8
3	Teori.....	9
3.1	Trykksår	9
3.2	Den eldre pasient	10
3.3	Risikovurdering.....	10
3.4	Forebygging.....	11
3.5	Sykepleiers forebyggende funksjon	12
3.6	Virginia Hendersons sykepleieteori	14
4	Resultat.....	16
4.1	Does Conducting a Risk Assessment Facilitate Better Care for Patients at Risk of Pressure Injuries?	16
4.1.1	Kildekritikk.....	17
4.2	Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative study survey in Norway and Ireland.....	17
4.2.1	Kildekritikk.....	18
4.3	Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle- and older-aged medical inpatients in Norway	19
4.3.1	Kildekritikk.....	20
4.4	Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals	20
4.4.1	Kildekritikk.....	21

4.5	Patients' Perceptions of a Pressure Ulcer Prevention Care Bundle in Hospital: A Qualitative Descriptive Study to Guide Evidence-Based-Practice	21
4.5.1	Kildekritikk.....	23
5	Drøfting	24
5.1	Risikovurdering.....	24
5.2	Kunnskap og holdninger hos sykepleier.....	28
5.3	Pasientinvolvering	31
6	Konklusjon	36
	Litteraturliste.....	38

1 Innledning

En av fem pasienter får trykksår på sykehus (I trygge hender, 2019). To tredjedeler av trykksår oppstår hos pasienter over 70 år (Bredesen et al., 2015, s. 153). Eldre er altså særlig utsatt for trykksår, og det er viktig å være klar over denne risikoen for å ivareta pasientsikkerheten. De fleste trykksår kan forebygges (I trygge hender, 2019). Dette betyr at det er en alt for høy trykksårprevalens på sykehus i dag. Majoriteten av innlagte på sykehus er eldre, og de bruker ca. halvparten av sykehussengene (Romøren, 2010, s. 29). Med tanke på at andelen eldre vil øke ved den omtalte eldrebølgen, er det viktig å utvikle bedre metoder for å fremme trykksårforebygging. I tillegg ser man en økende sykepleiermangel som gjør tilstrekkelig trykksårforebygging enda vanskeligere (Lindholm, 2020, s. 171). Hvem som har ansvaret for denne forebyggingen er omdiskutert, og trykksår har lenge blitt sett på som et resultat av utilstrekkelig sykepleie. Florence Nightingale skrev i 1859 «If he has a bedsore, it's generally not the fault of the disease, but of the nursing» (Lindholm, 2020, s. 171). I dag vet man at trykksår er mer enn dårlig sykepleie, og at flere faktorer som mangelfull kunnskap, ledelse og organisasjon kan spille inn.

Etter Nightingales tid har det blitt mer fokus på forebygging og brukermedvirkning. Det forebyggende arbeidet ses nå i sammenheng med faktorer på både pasient-, sykepleier- og systemnivå. Henderson hadde mer fokus på dette i sin teori fra 1966 der hun trakk frem viktigheten av å inkludere pasienten, for eksempel ved å undervise om hvordan liggesår kan forebygges (Henderson, 1986, s. 38). Likevel har forebygging og tidlig innsats ofte blitt nedprioritert i helsetjenesten, der fokuset lenge har vært på behandling (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13). Både i vårt arbeid i helsetjenesten, samt i gjennomførte praksisperioder har vi som sykepleierstudenter følt på- og observert en utilstrekkelighet innen trykksårforebyggende arbeid. Det fremstår ofte som opp til den enkelte sykepleier om forebyggende tiltak igangsettes eller ikke. Dette kan gjerne resultere i skyld og skam dersom det ikke blir gjort (Lindholm, 2020, s. 231).

Med en økende sykepleiermangel og en økende andel eldre er det nødvendig med et økt fokus på forebygging av trykksår. Hva må til for å fremme forebygging? Har sykepleier nok

kunnskap til å identifisere risikopasienter, og igangsette forebyggende intervensjoner på eget initiativ? Bør det implementeres standardiserte risikovurderingsverktøy som hjelpemiddel? Spiller den enkelte sykepleiers holdninger en rolle for forebygging? Blir pasientene informert og inkludert i forebyggingsarbeidet? I denne besvarelsen vil disse spørsmålene drøftes ved hjelp av relevant teori og forskning for å best mulig belyse problemstillingen.

1.1 Problemstilling

Hvordan fremme forebygging av trykksår hos eldre innlagt på sykehus?

1.2 Avgrensning

Hovedfokuset i denne besvarelsen vil være hvordan sykepleier kan fremme forebygging, ikke behandling av allerede oppståtte trykksår. Oppgaven tar ikke for seg forebygging i form av spesifikke forebyggende tiltak og utstyr. Det nedprioriteres blant annet psykososiale behov og dokumentasjon i denne besvarelsen. Besvarelsen vil heller ikke ha fokus på systemfaktorer som bemanning, økonomi og ledelse. Oppgaven avgrenses også til å omhandle innlagte på sykehus og vil dermed ikke ta for seg forebygging i hjemmet, sykehjem eller på poliklinikk.

1.3 Begrepsavklaring

I tillegg til at begrep fra problemstillingen avklares, vil også andre sentrale begrep som benyttes senere i besvarelsen avklares for å hindre misforståelser.

Å fremme forebygging omhandler hvordan forebygging kan bedres gjennom ulike faktorer eller fenomener.

Trykksår defineres i teoridelen. Begrepene **trykkskade** og **liggesår** brukes om det samme, ettersom noen av kildene har benyttet disse begrepene.

Eldre defineres som de over 65 år (Lindholm, 2020, s. 177).

Trykksårforebyggende arbeid og **trykksårforebyggende praksis** er begge begreper som brukes om forebygging. Med det menes igangsetting av forebyggende tiltak, både gjennom sykepleiers og pasientens utøvelse.

Trykksårforebyggende intervensjoner og **trykksårforebyggende tiltak** er begreper som brukes om det samme, og omhandler hva som gjøres for å forebygge trykksår.

Pasientopplæring og **pasientundervisning** brukes for å beskrive det samme formålet. Dette i form av å lære opp pasienter til å bli kompetente for å delta i egen forebygging.

Klinisk vurdering er en uformell risikovurdering som baseres på sykepleiers tidligere erfaring og kunnskap om risikofaktorer for trykksår (Bemark & Melby, 2014, s. 60). **Klinisk blikk**, **klinisk observasjon** og **klinisk ekspertise** brukes alle om klinisk vurdering.

2 Metode

Vår metodiske tilnærming er litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode som tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur for å belyse en problemstilling (Grønseth & Thon, 2019, s. 80). Man samler inn ulike former for litteratur og gjennomgår den kritisk og systematisk for å gi leseren en helhetlig og oppdatert forståelse (Thidemann, 2019, s. 77).

2.1 Vitenskapsteori

I denne oppgaven er det brukt ulike former for kunnskap for å belyse problemstillingen. Det er benyttet naturvitenskapelig kunnskap som informasjonskilde til faktakunnskap.

Naturvitenskapelig kunnskap er den forklarende kunnskapen som består av sykdomslære, fysiologi, patofysiologi og farmakologi (Thidemann, 2015, s. 62). Videre er det brukt

samfunnsvitenskapelig kunnskap for å belyse hvordan ulike forhold påvirker

trykksårforebyggende arbeid. Samfunnsvitenskapelig kunnskap er kunnskap som utforsker

hvordan ulike forhold influerer og bidrar til muligheter, utfordringer og begrensninger hos

mennesket (Thidemann, 2015, s. 63). Humanvitenskapelig kunnskap er den forstående

kunnskapen, som gir en innsikt i pasientens opplevelse og erfaring (Thidemann, 2015, s. 63).

Det er brukt i oppgaven for å inkludere pasienters opplevelser og erfaringer med deltakelse i trykksårforebyggende arbeid.

2.2 Metode

Det er innhentet relevant litteratur fra ulike kilder for å få et nyansert perspektiv på hvordan

trykksårforebygging kan fremmes. Ved å dele opp de ulike leddene i problemstillingen,

belyses de ulike delene på ulike måter. For å få informasjon om trykksår, risikofaktorer og

aldersbetingede forandringer er det brukt pensumlitteratur, fagbøker og en internasjonal

veileder. For å danne et bakteppe om hvordan det i Norge arbeides med å forbedre

helsevesenet er det benyttet samhandlingsreformen og et pasientsikkerhetsprogram. For å

underbygge sykepleiers rolle i forebyggingen er det inkludert aktuelle lover, yrkesetiske retningslinjer, anbefalinger og rammeplan, samt fagartikler fra ulike tidsskrift. I tillegg er det belyst hvilke rettigheter pasienter har gjennom lovverk, anbefalinger og et pasientsikkerhetsprogram. Den teoretiske referanserammen som brukes er Virginia Hendersons sykepleieteori. Hennes synspunkter innen forebyggende og pasientrettet sykepleie vurderes som relevant for problemstillingen. Videre er relevante forskningsartikler innhentet via søk i ulike databaser.

2.3 Litteratursøk

I startfasen av søkingen brukte vi tid på å bli kjent med de ulike søkemotorene. Vi utførte noen innledende litteratursøk i Google Scholar, tidsskrift, databaser og generelt på internett, der vi fikk innblikk i omfanget av artikler og annen litteratur som finnes på feltet. For å komme videre i prosessen brukte vi PEO-skjema for å avansere søket til systematisk litteratursøk ved å utarbeide relevante søkeord. Vi har gjennomført søk i databasene CINAHL, PubMed og SveMed+. Etter hvert som vi søkte dokumenterte vi søkehistorikken vår i skjema for å få oversikt over hvilke resultater vi fikk fra de ulike kombinasjonene av søkeord. Noen ganger genererte søket relevante artikler, andre ganger ble mange artikler inkludert som var utenfor vårt tema. Dette førte til at vi ekskluderte ord som gav for mye irrelevante resultater, som for eksempel "Aged, hospitalized", "Prevention and control" og "Pressure ulcer prevention". Vi justerte på søkeordene etter de ulike standardiserte emneordsystemene for databasene, og brukte hovedsakelig MeSH. I tillegg fikk vi veiledning av bibliotekar for å finne best mulig søkeord for vår problemstilling. Da kom vi frem til følgende emneord: "Pressure Ulcer", "Primary prevention" og "Hospitals". Vi fant etter hvert ut at det var nødvendig å benytte enkelte tekstord i tillegg til emneord for å utvide søket i enkelte databaser. Tekstordene vi brukte var: "prevention" og "hospitals". Vi har bevisst valgt å bruke de samme søkeordene i de ulike databasene. Ettersom databasene har ulikheter i emneordsystem har vi tatt dette i betraktning og brukt forskjellige kombinasjoner av emneord og tekstord, men søkene var tilsvarende like. For eksempel fant vi ikke "Primary prevention" som emneord i CINAHL, og har derfor kun brukt tekstordet "prevention" her. For å få oppdaterte artikler la vi på filteret "publikasjonsdato 2010-2021". I tillegg brukte vi

filteret "alder 65+" for å tilpasse artiklene til å omhandle ønsket aldersgruppen ut fra vår problemstilling.

Inklusjonskriterier var at hovedandelen av utvalget i studiene var over 65 år, studien var gjennomført på sykehus og hadde fokus på fremming av forebygging. Eksklusjonskriterier var studier som omhandlet behandling av allerede oppståtte trykksår, artikler som ikke kan overføres til problemstillingen, studier som evaluerte spesifikke forebyggende intervensjoner og artikler som var skrevet på andre språk enn engelsk eller norsk. I tillegg ønsket vi hovedsakelig å ha flest mulig oppdaterte artikler, og plukket ut artikler publisert etter 2016. Vi hadde ikke dette som inklusjonskriterie, slik at vi selv kunne vurdere studienes relevans, samt om de fortsatt var aktuelle.

I søkemotoren CINAHL brukte vi ["Pressure ulcer" (MeSH-ord)] AND ["prevention" (tekstord)] AND ["Hospitals" (MeSH-ord) OR "hospitals" (tekstord)]. Etter vi la på publikasjons- og aldersfilter satt vi igjen med 125 artikler. Da vi søkte i PubMed brukte vi ["Pressure ulcer" (MeSH-ord)] AND ["Primary prevention" (MeSH-ord) OR "prevention" (tekstord)] AND ["hospitals" (tekstord)]. Etter vi la på publikasjons- og aldersfilter satt vi igjen med 122 artikler. I søket vårt i SveMed+ måtte vi i tillegg søke på "pressure Ulcer" som tekstord for å få nok treff. Det var heller ikke mulig å kombinere søket med "hospitals" ettersom det ble for spesifikt. Vi har heller ikke begrenset etter aldersgruppe her. Søket ble derfor ["Pressure ulcer" (MeSH-ord) OR "pressure ulcer"] AND ["Primary prevention" (MeSH-ord) OR "prevention" (tekstord)]. Etter begrensning på publikasjonsdato satt vi igjen med 13 artikler. På grunn av at vi måtte gjennomføre søket på denne måten har vi manuelt ekskludert artikler som ikke passer til vår problemstilling.

Etter at vi hadde gjennomført de ulike søkene gikk vi systematisk gjennom alle de 260 artiklene. Først på et overfladisk nivå der vi leste alle titlene, etterfulgt av en lesning av abstract på de 120-130 som fremsto relevant. Etter gjennomgang av artiklenes abstract i lys av inklusjons- og eksklusjonskriterier satt vi igjen med ca. 20 artikler som var aktuelle. Selv om flere utenfor disse 20 var relevante, valgte vi de artiklene som etter vår mening hadde interessante innfallsvinkler på problemstillingen. I tillegg kikket vi på "similar articles" og på

referanselisten hos de artiklene som var særlig aktuelle. Vi fant to av de endelige artiklene på denne måten. Videre fordelte vi artiklene og skrev sammendrag for å få en oversikt. I fellesskap vurderte vi artiklene kritisk ut fra form og innhold. Da kom vi frem til fem artikler som var relevante for oss. Vi endte opp med tre artikler fra CINAHL (Beeckman et al., 2011; Hödl et al., 2019; Roberts et al., 2017), en fra PubMed (Børsting et al., 2017) og en fra SveMed+ (Moore et al., 2015). Noen av artiklene kom opp i flere databaser.

2.4 Kildekritikk

Vi har gjennomgående forholdt oss kritisk til litteraturen i forhold til relevans for vår problemstilling og pålitelighet. Vi har forsøkt å få bredde i oppgaven ved å bruke forskjellige kunnskapskilder. Vi tar for oss kildekritikk til forskningsartiklene i resultatdelen.

I teoridelen har vi brukt en del primærlitteratur, dette hovedsakelig gjennom teorien til Virginia Henderson og de oppdaterte internasjonale anbefalingene til European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel og Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP et al.). Sistnevnte vurderes som en pålitelig kilde ettersom det er anerkjente internasjonale organisasjoner som arbeider for å fremme forebygging av trykksår. Vi har benyttet de delene av Hendersons teori som vi anser relevant i forhold til vår problemstilling. Vi har for det meste benyttet boken der Henderson selv kommer med refleksjoner etter 25 år, der hun har kritisert og oppdatert enkelte aspekter ved teorien sin. Vi har også tatt i betraktning at teorien hennes er fra en tid der sykepleiers rolle var annerledes enn den er i dag.

Videre har vi benyttet sekundærlitteratur mer som et supplement til dette. For å sikre at innholdet i sekundærlitteratur er pålitelig har vi kontrollert at flere fagbøker skriver det samme. Når vi har brukt litteratur har vi også forholdt oss kritisk til hva som er fakta og hva som er antakelser fra bokens forfatter. Vi har også prioritert å bruke pensumbøker som oppslagsverk, ettersom skolen har gjennomgått og vurdert denne som pålitelig. Noen av fagbøkene vi har brukt er noen år gamle, og noe av informasjonen er gjerne utdatert. Blant annet har vi registrert at det er kommet oppdaterte anbefalinger fra EPUAP et al. etter at

bøkene ble utgitt, og vi har dermed benyttet EPUAP et al. sine anbefalinger direkte. Ved eldre litteratur har vi vært kritiske til hvilket stoff som fortsatt kan brukes, og hva som er utdatert. I teoridelen har vi bevisst valgt å bruke de norske yrkesetiske retningslinjene revidert i 2019, fremfor de internasjonale retningslinjene fra 2005.

2.5 Etiske overveielser

Vi har tatt hensyn til VID sine retningslinjer for oppgaveskriving. Vi har benyttet Norsk APA 7.-manual, kildekompasset og *søk og skriv* for å kontrollere korrekt henvisning og sitering etter referansestilen APA 7. Ved bruk av egne erfaringer er vi bevisst på å bevare personvern.

3 Teori

I teoridelen presenteres kunnskap om trykksår, eldre pasienter på sykehus, risikofaktorer, forebygging og sykepleiers forebyggende funksjon, samt sykepleieteorien til Virginia Henderson. Dette for å gi et teoretisk grunnlag for den videre besvarelsen.

3.1 Trykksår

Trykksår defineres ifølge EPUAP et al. som «En avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev, vanligvis over et benfremspring, som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter» (2014, s. 12). Når huden utsettes for trykk og forskyvning vil det oppstå smertefull iskemi i vevet fordi blodårene klemmes av (Langøen & Gürgen, 2018, s. 328). Det kan være ulike grunner til at trykket ikke oppheves, som at pasienten ikke reagerer på smerte eller at han ikke evner å bevege seg. Det kan da utvikles et trykksår, og det kan skje i løpet av få timer (Bemark & Melby, 2014, s. 57). Gjennom et internasjonalt klassifiseringssystem kan trykksår graderes fra grad 1 til 4 ut fra dybde i vevet (EPUAP et al., 2019, s. 38). De mest utsatte stedene for trykksår er over korsbenet og hælene (Lindholm, 2020, s. 175). En utvikling av trykksår kan medføre fysiske og psykososiale konsekvenser for pasienten. Det kan gi smerter, begrensninger og en avhengighet av helsepersonell (Lindholm, 2020, s. 171).

Trykksår er en tilleggskomplikasjon som ofte oppstår i forbindelse med sykdom, pleie og behandling, og de fleste kan forebygges (Lindholm, 2020, s. 171). I litteraturen er det beskrevet mer enn 200 risikofaktorer for utvikling av trykksår (Bemark & Melby, 2014, s. 39). Noen sentrale faktorer er nedsatt mobilitet og aktivitet, høy alder, diabetes, smerter, tidligere trykksår, endret hudstatus, endret kognitiv tilstand og redusert perfusjon (EPUAP et al., 2019, s. 14). Det er kombinasjonen av flere risikofaktorer, sammen med et ytre trykk som er avgjørende for om trykksår utvikles (Lindholm, 2020, s. 188).

3.2 Den eldre pasient

Eldre innlagt på sykehus er en pasientgruppe som er utsatt for trykksår (Lindholm, 2020, s. 177). Særlig etter fylte 75 år begynner mange å få økt funksjonstap og en generell økt sårbarhet for stresspåvirkninger (Jastrup, 2016, s. 184). Eldre er dermed mer utsatt for sykdom og videre sykehusinnleggelse. Under innleggelsen har de økt risiko for komplikasjoner grunnet deres aldersforandringer (Jastrup, 2016, s. 185). Blant annet endres huden i form av redusert perfusjon av vevet og tynnere hud. Det betyr at trykkskader lettere kan oppstå, særlig i kombinasjon med akutt sykdom og sengeleie (Jastrup, 2016, s. 188). I tillegg tapes hjerneceller med alderen, og eldre kan lettere bli påvirket kognitivt. Dette kan påvirke deres evne til å formidle subjektive symptomer (Jastrup, 2016, s. 185). Med alderen svekkes også sanser, noe som kan hindre kommunikasjon (Jastrup, 2016, s. 188).

3.3 Risikovurdering

For å fremme trykksårforebygging må man først identifisere pasienter som er i risiko (Johansen et al., 2017). En tidlig risikovurdering kan øke sjansen for at forebyggende tiltak prioriteres og igangsettes hos utsatte pasienter (Lindholm, 2020, s. 185). Dette kan gjøres gjennom en klinisk vurdering eller ved hjelp av et standardisert risikovurderingsverktøy. Et standardisert verktøy er en skala som utfylles av sykepleier, som kan være til hjelp for å identifisere risikopasienter (Bermark & Melby, 2014, s. 60). Bradens skala er et risikovurderingsverktøy som er hyppig brukt på verdensbasis (Ingebretsen et al., 2016, s. 382). Verktøyet består av seks parametere, og en skår lavere enn 19 indikerer risiko for trykksår (Bermark & Melby, 2014, s. 66). Resultatet skal brukes for å lage en forebyggingsplan med tiltak (Bermark & Melby, 2014, s. 61). Verktøyet kritiseres for å være for overfølsomt, og at for mange som ikke er i risiko kan havne i risikogruppen (Langøen & Gürgen, 2020, s. 332). Klinisk vurdering er et viktig supplement til et risikovurderingsverktøy (Bermark og Melby, 2014, s. 68).

Ifølge anbefalingene til EPUAP et al. (2019, s. 16) er det god praksis å gjennomføre en risikovurdering av alle pasienter så raskt som mulig etter innleggelse, og videre med jevne mellomrom ved endring i pasientstatus. Det anbefales også å utføre en hudobservasjon. Uavhengig av hvilken metode som brukes i risikovurderingen, anbefales det å bruke en strukturert tilnærming. Hvis et standardisert verktøy benyttes må ytterligere risikofaktorer som faller utenfor verktøyet vurderes. Resultatet fra verktøyet må tolkes ved hjelp av klinisk vurdering. Hvis en sykepleier har mangelfull kunnskap eller lite klinisk erfaring er det stor sannsynlighet for at risikopasienter ikke blir identifisert (Ingebretsen et al., 2016, s. 384).

I Norge har bruk av risikovurderingsverktøy lenge ikke vært utbredt (Ingebretsen et al., 2016, s. 384). Skjemaet *Trygg Pleie* ble innført på flere norske sykehus i 2011 som et resultat av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* (Holvik et al., 2017). Et av tiltakene fra programmet var at alle pasienter skal vurderes for trykksårrisiko ved innleggelse (I trygge hender 24-7, u.å). Ved bruk av *Trygg Pleie* skal alle pasienter over 18 år risikovurderes for trykksår innen fire timer etter innleggelse (Helse Vest, u.å). På området trykksår består skjemaet av tre spørsmål: «Har pasienten trykksår ved innleggelse/overflytting? Trenger pasienten hjelp til stillingsendring i stol og/eller seng? Tror du det er sannsynlig at pasienten kan utvikle trykksår under innleggelsen?» (Helse Vest, u.å). Hvis svaret er ja på ett eller flere av spørsmålene indikerer det risiko, og individuelle tiltak skal inkluderes i en behandlingsplan. Ved innføring av skjemaet ønsket man å bevare sykepleiers kliniske dømmekraft (Johansen., 2017, s. 54). Det er i etterkant kritisert for å undergrave sykepleiernes egen kompetanse og handling, samt for at verdifull tid går tapt grunnet den økte mengden dokumentasjon (Holvik et al., 2017).

3.4 Forebygging

Trykksår er enklere å forebygge enn å behandle (Langøen & Gürgen, 2018, s. 333). Tidligere har forebygging vært for lite prioritert. Forebygging har de siste årene fått et økt fokus i helsevesenet gjennom samhandlingsreformen (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 83).

Hovedbudskapet med reformen var rett behandling, på rett sted, til rett tid. Det anbefales fra EPUAP et al. (2019, s. 16) at forebyggende tiltak iverksettes hos alle pasienter i risiko for å utvikle trykksår, gjerne gjennom en individuelt tilpasset plan. Pasientopplæring inngår som en av de anbefalte intervensjonene (EPUAP et al., 2019, s. 36).

Pasienter har en lovfestet rett til å medvirke i egen helse og omsorg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I pasientsikkerhetsprogrammet står det at pasienter skal involveres i planlegging og gjennomføring av trykksårforebyggende tiltak (I trygge hender 24-7, u.å). Et av hovedtiltakene i samhandlingsreformen (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13) er at pasienter skal få en klarere pasientrolle, og at tjenester skal rettes mot at den enkelte kan mestre eget liv og gjenopprette funksjoner i størst mulig grad. Den enkelte pasient skal ha mulighet til å ivareta egne interesser og autonomi tross sykdom (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 103).

3.5 Sykepleiers forebyggende funksjon

Det finnes både lover, retningslinjer og rammeplaner som beskriver sykepleiers plikter og ansvarsområder. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleier har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019, 2.1). I rammeplan for sykepleierutdanningen står det at sykepleiere etter endt utdanning skal forstå risikofaktorer og ha handlingskompetanse i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). I loven står det at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlig arbeid (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2019, 1.3).

Et mål med sykepleien er å styrke pasientens ressurser (Kristoffersen, 2016, s. 351). For å inkludere pasienten må sykepleier etablere et samarbeid der pasienten anses som en likeverdig samarbeidspartner (Kirkevold, 2010, s. 125). Pasienten bør motiveres for å være trygg og kompetent til å utøve egenomsorg i det forebyggende arbeidet (Kirkevold, 2010, s. 125). Man kan motivere til forebyggende tiltak via tilpasset undervisning (Ranhoff, 2010, s. 138). Motivasjon er en tilstand som driver oss mot en handling (Renolen, 2015, s. 65). Det

skilles mellom indre motivasjon der aktiviteten ses på som en belønning i seg selv, og ytre motivasjon der man gjør noe for å få en belønning eller unngå straff (Renolen, 2015, s. 66).

Sykepleier har ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Det skal gis tilpasset informasjon, og sykepleier skal så langt som mulig sikre at pasienten har forstått innholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). En nyutdannet sykepleier vil ha behov for kunnskap og erfaring for å kunne utøve undervisning og veiledning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). En studie gjennomført av Tallier et al. (2017, s. 109) påpekte viktigheten av undervisning til sykepleiere fordi det ble funnet en korrelasjon mellom kunnskap og forebygging. Undervisningen som gis må være tilgjengelig, velstrukturert og inneholde informasjon om risikofaktorer, risikovurdering og forebyggende tiltak (Lindholm, 2020, s. 211). Studien viste også at positive holdninger bør foreligge for at sykepleierne skal være mottakelig for slik informasjon (Tallier et al, 2017, s. 110).

Holdninger kan defineres som «En underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter overfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter (personer)» (Raaheim, 2019, s. 169). Holdninger kan gi uttrykk for en persons kunnskap eller mangel på kunnskap (Raaheim, 2019, s. 178). Jo mer personlig en holdning er, jo sterkere er den og vil bedre kunne forutsi atferd (Raaheim, 2019, s. 194). På grunn av dette kan det være utfordrende å få folk til å endre sine holdninger og atferd (Raaheim, 2019, s. 199). Hvis den personlige involveringen er lav kan informasjon og økt kunnskap føre til en holdningsendring. I noen tilfeller er dette ineffektivt, og man må tvinge noen til en atferd for å endre holdning (Raaheim, 2019, s. 225). Dette kan eksemplifiseres med myndighetenes bruk av fartsdumper, der de tvinger folk til å senke farten, noe som indirekte kan fremprovosere en holdningsendring (Raaheim, 2019, s. 226). Mennesket har et behov for en overensstemmelse mellom holdninger og atferd. Hvis disse er i ubalanse vil det generere et ubehag hos individet, og man forsøker å gjenvinne balanse ved å endre på atferd eller holdning (Raaheim, 2019, s. 201).

3.6 Virginia Hendersons sykepleieteori

Virginia Avenel Henderson har gjennom sitt arbeid opparbeidet seg tanker rundt sykepleiens prinsipper og egenart, og videreformidlet dette gjennom bøker og foredrag (Henderson, 1998, s. 5). Noe av det Henderson er mest kjent for er hennes definisjon på sykepleie:

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendig styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. (Henderson, 1998, s. 45).

Sykepleieren må ta initiativ til, og beherske eget arbeid (Henderson, 1986, s. 10). Henderson mente at det var viktig med personrelaterte opplegg der man kontinuerlig kartlegger og evaluerer pasientens behov i samarbeid med pasienten (Henderson, 1998, s. 41). For å kunne kartlegge behov tilstrekkelig understreket hun at sykepleier må interessere seg for pasienten (Henderson, 1998, s. 59). Skriftlige planer om pasientenes behov kan brukes for å øke sykepleiers oppmerksomhet og føre til igangsetting av sykepleietiltak (Henderson, 1986, s. 22). Pasienten er hovedpersonen i teamet og dersom pasientene ikke forstår eller ønsker det planlagte opplegget er det bortkastet arbeid (Henderson, 1998, s. 45). Henderson satt opp en liste med punkt som beskrev hva sykepleier skal hjelpe pasienten med. Eksempler på disse var:

- Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger. Sykepleier skal bistå med, samt undervise pasienten i å skifte stilling og forebygge liggesår (Henderson, 1986, s. 38). Sykepleier bør anskaffe trykksårforebyggende utstyr om nødvendig (Henderson, 1986, s. 39).
- Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten. Sykepleier skal bistå og gi veiledning i renhold av hud og bruk av kremer (Henderson, 1986, s. 49).

- Hjelp pasienten å lære. Sykepleier har en viktig rolle for helseveiledning, undervisning og for å sørge for at informasjonen er forstått (Henderson, 1986, s. 64).
Pasienter mangler ofte kunnskap om dette selv (Henderson, 1986, s. 63).

En forutsetning for å kunne hjelpe pasienten med disse gjøremålene er at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap (Henderson, 1998, s. 47). Effektive sykepleiere er evige studenter (Henderson, 1998, s. 76).

4 Resultat

Her presenteres forskningsartiklene fra søket for å styrke drøfting av problemstillingen. Artiklene er vurdert kritisk, og det er tilført kildekritikk til hver artikkel.

4.1 Does Conducting a Risk Assessment Facilitate Better Care for Patients at Risk of Pressure Injuries?

(Hödl et al., 2019)

Artikkelen ble publisert i 2019 i Østerrike. Formålet med studien var å evaluere om en risikovurdering ved innleggelse var assosiert med hyppigere bruk av EPUAP sine anbefalte intervensjoner hos pasienter i risiko for trykkskader.

Designet var tverrsnittsprevalensstudie. Østerrikske sykehus ble kontaktet via e-post og spurt om å delta. Data ble samlet inn av to sykepleiere per pasient, og totalt 1 767 pasienter over 65 år deltok. På måledagen brukte sykepleierne Bradens skala som risikovurderingsverktøy. Sykepleierne ble i tillegg spurt om de hadde risikovurdert pasientene ved innleggelse, enten med risikovurderingsverktøy eller klinisk blikk. Bruk av anbefalte intervensjoner ble vurdert, og videre analysert ved hjelp av SPSS 24,0.

På måledagen avdekket Bradens skala 532 pasienter som var i risiko for å utvikle trykkskader. Av disse ble 81,8% risikovurdert ved innleggelse, og de viste seg å være eldre og mer pleietrengende. Videre viste studien en positiv korrelasjon mellom risikovurdering ved innleggelse og hyppigere bruk av anbefalte forebyggende intervensjoner. Pasientopplæring var en intervensjon som sjeldnere ble igangsatt enn andre.

Funnene viste viktigheten av å risikovurdere ved innleggelse, noe som særlig var viktig for pasienter med mild- og moderat risiko, da de lett kan overses. I diskusjonsdelen kom det frem at noen tiltak ble hyppigere brukt enn andre, trolig grunnet kunnskapsmangel hos

sykepleierne. Studien konkluderte med at risikovurdering bør utføres ved å kombinere verktøy og klinisk ekspertise. En svakhet med studien er at designet hindret forskerne i å dra kausale konklusjoner mellom risikovurdering og intervensjonsbruk. Likevel gir studien en dypere forståelse for kvaliteten av trykkskadehåndtering.

4.1.1 Kildekritikk

Studien er fra Østerrike, noe som kan begrense overførbareheten til andre land. I tillegg er begrepet trykkskade uspesifikt, da studien ikke kommer med en begrepsavklaring. Det er også uklart hvordan datainnsamlingen om intervensjonsbruk ble utført. Til tross for dette viser studien en interessant sammenheng mellom risikovurdering ved innleggelse og igangsetting av intervensjoner.

4.2 Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative study survey in Norway and Ireland

(Moore et al., 2015)

Studien ble gjennomført i Norge og Irland og publisert i 2015. Et av formålene var å utforske om valg av risikovurderingsmetode påvirker forebygging og prevalens av trykksår. Dette grunnet manglende bevis for om den ene er bedre enn den andre. Studien sammenlignet Norge som opererte med klinisk vurdering, og Irland som brukte standardiserte risikovurderingsverktøy rutinemessig.

Designet var en tverrsnittsundersøkelse. I hvert land ble datainnsamling gjennomført på en dag ved en valgt sykehusavdeling. Det var totalt 180 pasienter som deltok i studien, 59 fra Norge og 121 fra Irland. 70% av pasientene var over 60 år. Sykepleiere brukte en sjekklister som innhentet data om risikovurdering, forebyggingspraksis og pasientopplæring. I tillegg

ble Bradens skala brukt for å kartlegge risikopasienter. Analysen ble gjennomført ved hjelp av SPSS 21,0.

Studien fant ut at 85% av pasientene i Irland ble risikovurdert ved innleggelse. I Norge ble 8% risikovurdert. Resultatene viste blant annet at 62% av risikopasientene i Irland fikk en forebyggingsplan, og 24% i Norge fikk det. To av risikopasientene i Norge fikk tilbud om pasientopplæring, mens ingen i Irland fikk et slikt tilbud. I Norge ble det hovedsakelig igangsatt mindre intervensjoner enn i Irland.

Forebyggende intervensjoner var ikke tilfredsstillende i noen av landene, og det ble funnet en avstand mellom risikovurdering og forebygging. Selv om personalet forsto risikofaktorer og forebyggingstiltak, ble de ikke brukt konsekvent. Studien stilte spørsmål til bruk av standardiserte verktøy, og påpekte at ingen er 100% korrekt. Likevel er risikovurdering en forløper til det videre arbeidet, og et verktøy kan gi økt bevissthet og øke sannsynligheten for at sykepleier igangsetter forebyggende intervensjoner. En svakhet med studien er at det er vanskelig å sammenligne landene, noe som kan skyldes dårligere pasienter i Norge. Likevel gir studien en unik innsikt i de to landene og kan brukes til å forbedre trykksårforebyggende praksis.

4.2.1 Kildekritikk

Det var få pasienter inkludert i studien og tydelige forskjeller i utvalgenes utgangspunkt. Forskjeller mellom helsevesenet i landene kan ha påvirket blant annet klassifisering av trykksår. Studien er fra 2015, og mye kan ha endret seg siden den gang. Likevel gir studien god innsikt i hvordan risikovurderingsmetoder brukt alene påvirker forebygging.

4.3 Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle- and older-aged medical inpatients in Norway

(Børsting et al., 2017)

Studien ble publisert i 2017, og gjennomført på en medisinsk sykehusavdeling i Oslo. Formålet var å kartlegge forekomst av trykksår blant middelaldrende- og eldre pasienter innlagt på sykehus. Dette for å beskrive sammenhengen mellom trykksår og potensielle risikofaktorer, både de inkludert i Bradens skala, samt de som faller utenfor.

Designet var tverrsnittsstudie, der innlagte pasienter på ti forhåndsbestemte dager ble spurt om å delta. Totalt deltok 242 pasienter, der gjennomsnittsalderen var 71,4 år og fleste hadde mer enn en komorbiditet. Sykepleiere og sykepleierstudenter fikk opplæring i, og utførte datainnsamlingen. Den besto av hudundersøkelse, trykksårklassifisering og risikovurdering ved hjelp av Bradens skala. Det ble også innhentet data via egenrapport fra pasientene. Resultatet ble analysert ved hjelp av SPSS 22,0.

Resultatet viste at 24,3% av pasientene var i risiko for å utvikle trykksår. Studien viste en trykksårprevalens på 14,9%. Mer enn en tredjedel av pasientene med trykksår ble vurdert til å ha ingen risiko for trykksår etter Bradens skala. Faktorer som ofte var assosierte med trykksår var høyere alder, undervekt, lengre liggetid, diabetes og lav Bradenskår.

Omfanget av potensielle risikofaktorer gjør det vanskelig å utvikle generiske risikovurderingsverktøy. Studien viste at risikovurderingsverktøy ikke må brukes alene, men som et supplement til klinisk observasjon. Verktøyene kan føre til en tidligere identifikasjon av risiko og en økt oppmerksomhet, men god forebygging krever alltid kunnskap og klinisk blick hos sykepleierne. Studien påpekte at verktøy som Bradens skala har forbedringspotensial, og at faktorer som vekt, diabetes og alder burde inkluderes. En svakhet med studien er at det gjerne ikke er overførbart grunnet begrenset utvalg og få datainnsamlingsdager. I tillegg gir studiedesignet begrenset informasjon om pasientene utviklet trykksår på et senere tidspunkt under innleggelsen.

4.3.1 Kildekritikk

Selv som studien ikke kan generaliseres, kan studien gi et nyttig innblikk ettersom den er utført i Oslo. En feilkilde kan være variasjoner i om pasientene ble vurdert i tidlig eller sen fase av oppholdet, noe som kan ha spilt inn på resultatet. Selv om studien er fra 2015 vurderes den som relevant for nåtidens trykksårforebygging.

4.4 Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals

(Beeckman et al., 2011)

Studien ble gjennomført på Belgiske sykehus i 2011. Formålet var å undersøke sykepleiers kunnskap og holdninger, og hvordan dette korrelerer med trykksårforebygging.

Designet var multisenter tverrsnittsstudie. Det ble plukket ut 14 tilfeldige sykehus i Belgia. 553 sykepleiere og 2 105 pasienter deltok der ca. 80% av pasientene var over 60 år. Det ble gjennomført to datainnsamlinger, en for å måle kunnskap og holdninger hos sykepleierne og en for å registrere pasientdata. Kunnskaps- og holdningsnivå hos sykepleierne ble kartlagt via kvalitetssikrede instrumenter. Pasientdata ble samlet inn via klinisk observasjon av sykepleiere. Dataen omfattet blant annet trykksårrisiko etter Bradens skala, samt om det var blitt igangsatt forebyggende intervensjoner. Intervensjoner som ble registrert var bruk av trykkavlastende madrass eller pute, leieendring og avlastning av hælene. Data ble analysert ved hjelp av SPSS 15.0.

Resultatet viste at 23,5% av sykepleierne hadde tilfredsstillende kunnskapsnivå. De hadde minst kunnskap om risikovurdering. Halvparten av sykepleierne viste positive holdninger om trykksårforebygging. Pasientdataen viste at 30% av pasientene var i risiko for å utvikle trykksår. Av pasientene i risiko mottok 13,9% tilstrekkelig forebygging ved at alle de tre nevnte intervensjonene var igangsatt. 71,5% mottok delvis forebygging og 14,6% mottok

ingen forebygging. Forebyggende intervensjoner ble igangsatt hos mer enn 70% av pasienter som ikke var i risiko. Studien fant en signifikant korrelasjon mellom holdninger og tilstrekkelig forebygging. Det ble også funnet en korrelasjon mellom kunnskap og holdninger, men ingen uavhengig korrelasjon mellom kunnskap og forebygging.

Studien konkluderte med at kunnskapsnivået hos sykepleierne var utilstrekkelig. Tilstrekkelig kunnskap er avgjørende for å vite hvilke pasienter som skal motta forebygging, hvilke tiltak som skal igangsettes og hvordan det skal gjennomføres. Studien påpekte at kunnskap og holdninger henger sammen. En positiv holdning er en forutsetning for å utføre forebygging. Behovet melder seg for opplæringsmetoder rundt trykksårforebygging som forbedrer både holdning og kunnskap. En svakhet er at sykepleierne ble informert om hensikten med studien på forhånd, som kan ha ført til at de ga sosialt aksepterte svar i holdningstesten.

4.4.1 Kildekritikk

Det kan stilles spørsmål til studiens vurdering på hva som er tilstrekkelig forebygging, da flere viktige intervensjoner ikke ble inkludert. I tillegg varierer sykepleiers utdanningslengde i Belgia som kan ha påvirket kunnskaps- og holdningsresultatet. Det savnes også en vurdering på holdningsnivået hos sykepleierne. Selv om studien er fra 2011, kan sammenhenger mellom kunnskap, holdninger og forebygging fortsatt være aktuelle i dag. Hovedsakelig vurderes kilden som anvendelig etter at nevnte svakheter er tatt i betraktning.

4.5 Patients' Perceptions of a Pressure Ulcer Prevention Care Bundle in Hospital: A Qualitative Descriptive Study to Guide Evidence-Based-Practice

(Roberts et al., 2017)

Studien ble utført i Australia i 2017, og tok utgangspunkt i en tidligere studie som forsket på effektiviteten av en "trykksårforebyggende pakke". Den inneholdt brosjyre, plakat og dvd,

der målet var å inkludere pasientene i egen trykksårforebygging. Komponentene i pakken hadde følgende hovedbudskap: se på huden din, beveg deg og spis sunt. Resultatene fra studien viste uklare mål på om trykksårprevalens gikk ned eller ikke. Dermed ble formålet med denne studien å undersøke hva som var viktig fra pasientens perspektiv for å delta i egen trykksårforebygging.

Metoden var kvalitativ beskrivende studie via semistrukturerte intervju av totalt 19 pasienter fra fire sykehus. Gjennomsnittsalderen var 68,8 år, og alle hadde deltatt i den forrige studien. Hvert sykehus fikk en intervjuer som fikk tilstrekkelig opplæring, og intervjuguiden var kvalitetssjekket i forkant. Data ble samlet inn over en periode på fem måneder og ble analysert ved tematisk analyse.

Pasientene beskrev tilretteleggere og barrierer for egen deltakelse i trykksårforebygging, der tre hovedtema gikk igjen. 1) Viktighet av personlig kontakt. En menneskelig informant, motivator og påminner var mer effektivt enn bare bruk av elementene fra pakken. 2) Forståelse av trykksårforebygging øker egen deltakelse. Pakken økte kunnskap, bevissthet og motivasjon, samt satt dem i stand til å gjennomføre forebygging. Det var blant annet motiverende med økt kunnskap om mulige konsekvenser av trykksår. Mange manglet kunnskap om egen risiko og potensiale for trykksårforebygging, og forventet ofte at dette var sykepleiers ansvar. 3) Individuelle faktorer påvirker pasientens involvering. Liten forståelse og manglende engasjement grunnet slapphet, medisiner, høy alder, kognisjon og mobilitet var vanlige barrierer.

Studien viste at de fleste pasientene var positive til å delta i egen forebygging. For å sikre etterlevelse av intervensjoner var viktige faktorer personlig kontakt, lett forståelig budskap, timing for overlevering av informasjon og opplevelse av mening. Det bør tas utgangspunkt i at innlagte pasienter har lav helsekompetanse. En svakhet med studien er at den muligens ikke kan generaliseres til andre land. I tillegg kan det lave utvalget ha ført til at noen synspunkt uteble. Til tross for dette gir studien innsikt i pasienters tilretteleggere og barrierer for egen deltakelse.

4.5.1 Kildekritikk

Grunnet at studien er utført i Australia er det begrenset hvor overførbare resultatene er til andre land. I tillegg har noen yngre pasienter også deltatt i studien, likevel kan det antas at deres synspunkter kan overføres til eldre. Til tross for enkelte nevnte svakheter gir studien god innsikt i pasientenes perspektiv innen trykksårforebygging.

5 Drøfting

Flere faktorer spiller inn i trykksårforebyggende arbeid og de overnevnte artiklene tar for seg noen av disse. Noen studier mener at trykksårforebygging kan ha sammenheng med risikovurdering av pasientene (Moore et al., 2015; Hödl et al., 2019; Børsting et al., 2017). En artikkel peker på kunnskap og holdning hos sykepleier (Beeckman et al., 2011), og en fokuserer på pasienters tilretteleggere og barrierer for egen deltakelse i det forebyggende arbeidet (Roberts et al., 2017). Ut fra forskningsartiklens funn og aktuell teori drøftes det hvordan forebygging av trykksår kan fremmes hos eldre innlagt på sykehus.

5.1 Risikovurdering

For å fremme trykksårforebygging bør sykepleier først identifisere pasienter i risiko gjennom en risikovurdering (EPUAP, 2019). Risikovurdering er nemlig forløperen til det videre arbeidet (Moore et al., 2015, s. 333). Etter at man har avdekket at en pasient er i risiko skal sykepleier igangsette forebyggende tiltak (EPUAP et al., 2019, s. 16). Henderson (1998, s. 41) påpekte viktigheten av risikovurdering ved at sykepleier skal kartlegge den enkelte pasients behov, for videre å kunne bidra med forebyggende tiltak hos de i risiko. En risikovurdering kan gjennomføres ved hjelp av standardiserte verktøy eller klinisk vurdering (Bemark & Melby, 2014, s. 60). Uansett valg av metode bør det ifølge EPUAP et al. (2019, s. 16) gjennomføres med en strukturert tilnærming, og risikoen bør vurderes jevnlig for å avdekke eventuelle forverringer eller forbedringer i pasientens tilstand. Dette underbygges av Henderson (1998, s. 41) som sier at behovene må vurderes kontinuerlig. Pasientens behov kan nemlig endre seg i løpet av sykehusoppholdet, og det må da fanges opp. For eksempel kan enkelte ha behov for bistand til trykksårforebygging en periode, men etter hvert mestre å skifte stilling og beskytte hudoverflaten på egenhånd. For at sykepleier skal kunne forebygge trykksår er det rimelig å anta at sykepleier først må vite hvem som er i risiko og ikke. En strukturert risikovurdering kan hjelpe sykepleier til å avdekke pasienter i risiko, og dermed gjøre sykepleier mer bevisst på hvem som bør motta forebyggende tiltak.

Bruk av et standardisert verktøy i risikovurderingen har vist seg å ha flere positive følger. Børsting et al. (2017, s. e540) og Moore et al. (2015, s. 338) påpeker at bruk av verktøy kan føre til en tidligere identifikasjon av risikopasienter grunnet den økte oppmerksomheten hos sykepleierne. Hendersons teori støtter bruk av verktøy ved å si at skriftlige planer kan øke oppmerksomheten til sykepleier (Henderson, 1986, s. 22). En annen positiv konsekvens ved bruk av verktøy er at en større andel pasienter blir risikovurdert ved innleggelse (Moore et al., 2015, s. 336). EPUAP et al. (2019, s. 16) anbefaler at en risikovurdering skal utføres innen få timer etter innleggelse. Bruk av verktøy i risikovurderingen har også vist seg å kunne plukke opp pasienter som ellers lett kan overses (Hödl et al., 2019, s. 367). En annen fordel med slike verktøy er at det kan fungere som en ytre motivasjon for sykepleierne (Renolen, 2015, s. 66). Dette i form av at det blir en del av arbeidsoppgavene, og at man dermed utfører en risikovurdering for å unngå konsekvenser av å ikke gjøre det. I vår praksisperiode har noen avdelinger brukt belønning som en ytre motivasjon til ansatte som har brukt verktøyet *Trygg pleie* hyppig. Erfaringsmessig har bruken av verktøyet også gjort oss mer oppmerksom på risikovurdering i vårt arbeid. Ettersom verktøyet skal anvendes innen fire timer etter innleggelse har vi trolig gjennomført risikovurdering i større grad enn vi ellers ville gjort. Dette har medført en økt intervensjonsbruk hos oss, antakeligvis også hos de vi ellers ikke hadde oppdaget. Vi har dermed selv observert og erfart hvordan bruk av et verktøy kan bidra positivt i en risikovurdering.

Selv om et risikovurderingsverktøy kan være nyttig, bør det brukes kritisk. Studien utført av Moore et al. (2015, s. 333) sier at ingen risikovurderingsverktøy er 100% korrekt, og stiller seg derfor kritisk til slike verktøy. Det er over 200 risikofaktorer for trykksår (Bemark & Melby, 2014, s. 39). Studien til Børsting et al. (2017, s. e541) påpekte at dette gjør det vanskelig å utvikle generiske risikovurderingsverktøy, og at flere faktorer bør inkluderes i verktøy for å gjøre de mer anvendelige. Studien konkluderte med at faktorer som vekt, diabetes og alder bør inkluderes i slike verktøy. Men hvem skal avgjøre hvilke faktorer som skal inkluderes når omfanget av risikofaktorer er så stort? En utvidelse av slike verktøy vil dessuten medføre ytterligere tidkrevende registrering og dokumentering hos sykepleiere, noe verktøyene allerede kritiseres for (Holvik et al., 2017). I studien til Børsting et al. (2017, s. e541) ble det videre presisert at det mye brukte verktøyet Bradens skala var mangelfullt,

da en tredjedel av pasientene med allerede oppståtte trykksår ikke ble fanget opp av verktøyet (Børsting et al., 2017, s. e540). Bradens skala er også kritisert for å være overfølsomt, gjennom å klassifisere pasienter uten risiko til å være i risiko (Lindholm, 2020, s. 186). For praksis kan dette bety at feil pasienter identifiseres, og videre at forebygging ikke gis til rett pasienter. Med tanke på at slike verktøy er anvendt i stor grad på verdensbasis er dette bekymringsverdig. Grunnet nevnte mangler, unøyaktigheter og omfanget av risikofaktorer bør man dermed forholde seg kritisk når slike verktøy benyttes.

Bør klinisk vurdering brukes som et supplement til standardiserte verktøy? EPUAP et al. (2019, s. 16) anbefaler at faktorer som faller utenfor verktøyet vurderes, og at resultatet bør tolkes ved hjelp av klinisk dømmekraft. Sykepleier bør altså ikke blindt stole på et tall, men bruke sunn fornuft og klinisk erfaring i tillegg. Dette underbygges av rammeplanen der det står at sykepleier etter endt utdanning skal ha kompetanse til å forstå risikofaktorer og iverksette forebyggende tiltak (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Henderson sa at tilstrekkelig kunnskap var en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten med å dekke behovene sine (Henderson, 1998, s. 47). I forebyggingsarbeidet kan dette forstås som at sykepleier trenger tilstrekkelig kunnskap for å kunne benytte klinisk blikk i sin risikovurdering, og videre igangsette intervensjoner hos de med behov for det. Hvis kunnskapen er mangelfull er det dermed sannsynlig at risikopasienter ikke blir identifisert (Ingebretsen et al., 2016, s. 384). Studien til Beeckman et al. (2011, s. 171) avdekket at sykepleiere hadde dårligst kunnskap på området risikovurdering, noe som kan være bekymringsverdig. Uten kunnskap om risikovurdering, vil det heller ikke kunne tas en god risikovurdering. Et verktøy kan derfor brukes som et hjelpemiddel i dette arbeidet. Børsting et al. (2017, s. e540) påpekte at risikovurderingsverktøy og klinisk vurdering bør supplere hverandre. For å oppnå best mulig risikovurdering, og videre øke sannsynligheten for forebyggende intervensjoner, bør metodene brukes i kombinasjon.

Kan en risikovurdering bestående av et verktøy og klinisk vurdering i kombinasjon bidra til å fremme forebygging av trykksår? I studien til Moore et al. (2015, s. 338) ble verktøy og klinisk vurdering brukt hver for seg. Der viste resultatet at ingen forebygget tilstrekkelig. Kunne resultatet ha vist mer igangsatte intervensjoner dersom de to metodene hadde blitt

brukt i kombinasjon? Studien til Børsting et al. (2017, s. e540) påpekte at bruk av verktøy kan være nyttig, men at det bør brukes klinisk blikk i tillegg. *Trygg pleie* er et eksempel på hvordan begge metodene har blitt implementert. Verktøyet bevarer sykepleiers kliniske dømmekraft gjennom det siste spørsmålet (Johansen., 2017, s. 54). Spørsmålet utfordrer sykepleier til å bruke egen kunnskap og erfaring for å vurdere om pasienten er i risiko for trykksår i løpet av sykehusoppholdet. Hvis ikke klinisk observasjon inkluderes i verktøy slik *Trygg pleie* har gjort, bør det sikres at personalet har nok ressurser til å kunne anvende klinisk ekspertise i kombinasjon med verktøy. Et verktøy kan trolig ikke erstatte sykepleiers kliniske kompetanse som har blitt opparbeidet gjennom utdanning og erfaring. Metodene bør dermed brukes i kombinasjon for å sikre en god risikovurdering. Videre skal resultatet fra risikovurderingen benyttes for å lage en forebyggingsplan med tiltak (EPUAP et al., 2019, s. 16).

Selv om klinisk blikk og verktøy bør brukes i kombinasjon, er det omdiskutert om en risikovurdering medfører hyppigere igangsetting av forebyggende tiltak. Studien fra Moore et al. (2015, s. 339) fant ut at en risikovurdering ikke nødvendigvis førte til mer forebygging. Uansett om det ble brukt klinisk vurdering eller standardiserte verktøy, var ikke forebyggende intervensjoner tilfredsstillende. Selv om 85% av pasientene ble risikovurdert ved innleggelse i Irland fikk bare 62% en forebyggingsplan. Studien til Hödl et al. (2019, s. 367) fant derimot en positiv korrelasjon mellom risikovurdering ved innleggelse og hyppigere bruk av anbefalte forebyggende intervensjoner. Funnene fra de to studiene er uklare, og viser at en risikovurdering ikke nødvendigvis vil medføre forebyggende tiltak. Hva er grunnen til dette? Kan det skyldes mangelfulle rutiner for igangsetting av forebyggende tiltak? Kanskje sykehusene i studien til Hödl et al. (2019) hadde bedre rutiner på avdelingene for å igangsette slike tiltak? Det kan tenkes at det er behov for utbedring av rutiner for forebygging, slik at intervensjoner blir igangsatt etter hvert som man avdekker pasienter i risiko. Først da vil en risikovurdering være hensiktsmessig og kunne bidra til å fremme forebygging. En risikovurdering vil ha lav verdi dersom pasienter i risiko ikke mottar etterfølgende intervensjoner.

Alle eldre pasienter bør risikovurderes ved innleggelse på sykehus. Eldre er særlig utsatt for trykksår grunnet aldersforandringer som medfører risikofaktorer og hyppigere innleggelser. I tillegg til høy alder er eldre ofte rammet av undervekt, diabetes og lengre liggetid på sykehus (Jastrup, 2016, s. 188). Dette er alle faktorer som ofte er assosiert med trykksår (Børsting et al., 2017, s. e538). Henderson (1986, s. 10) sa at sykepleier må beherske eget arbeid. Sykepleier bør beherske både å identifisere risikopasienter og igangsatte nødvendige tiltak for å dekke deres behov. Sykepleiere bør derfor anse eldre som i risiko for trykksår, noe mange tilsynelatende gjør ifølge studien til Hödl et al. (2019, s. 367). Her var de som oftest ble risikovurdert ved innleggelse eldre og mer pleietrengende. Grunnet Eldres økte risiko for trykksår bør en risikovurdering være standard rutine når de innlegges på sykehus. En forutsetning for at dette skal være hensiktsmessig er at det blir godt nok etterfulgt av forebyggende intervensjoner. Siden det i enkelte studier er funnet en avstand mellom risikovurdering og forebyggende tiltak, er det grunn til å tro at trykksårforebygging er mer kompleks og avhenger av flere faktorer. Det er dermed vanskelig å utarbeide et enkelt verktøy eller en enkel teknikk for å oppnå tilstrekkelig forebygging av trykksår. Trykksårforebygging bør dermed arbeides med fra flere hold grunnet dens kompleksitet.

5.2 Kunnskap og holdninger hos sykepleier

Er kunnskap nødvendig for å fremme trykksårforebyggende arbeid? Etter Hendersons definisjon er sykepleiers enestående funksjon å hjelpe mennesket (Henderson, 1998, s. 45). For å vite hva man skal hjelpe mennesket med må kunnskap foreligge (Henderson, 1998, s. 47). Etter endt utdanning skal sykepleier ha handlingskompetanse i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Yrkesetiske retningslinjer underbygger dette ved å si at sykepleiere har ansvar for å forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019, 2.1). Det er rimelig å anta at sykepleier trenger kunnskap for å utfylle dette ansvaret. Studien til Beeckman et al. (2011, s. 171) fant imidlertid ingen uavhengig korrelasjon mellom kunnskap og igangsetting av forebyggende tiltak. Til tross for at bare 23% av sykepleierne hadde tilfredsstillende kunnskapsnivå i studien, fikk hele 85% av pasientene en form for forebyggende tiltak. Videre viste studien til Moore et al. (2015, s.

337) at selv om sykepleiere forstår risikofaktorer og forebyggingstiltak, brukes de likevel ikke konsekvent. Dermed er det grunn til å anta at kunnskap alene ikke er nok for å fremme forebygging.

Selv om det ikke ble funnet en uavhengig korrelasjon mellom kunnskap og forebygging i studien til Beeckman et al. (2011, s. 171), påpekes det at kunnskap likevel er avgjørende for at tilstrekkelig forebygging blir utført. Tallier et al. (2017, s. 106) fant ut at kunnskap var en forutsetning for sykepleiers trykksårforebyggende atferd. Børsting et al. (2017, s. e540) støttet oppunder dette, ved å si at en god forebygging alltid krever kunnskap hos sykepleierne. Tilstrekkelig kunnskap er nødvendig for å vite hvilke tiltak som skal igangsettes og hvordan disse skal gjennomføres (Beeckman et al., 2011, s. 172). Det kan dermed spekuleres i om økt kunnskap rundt trykksårforebygging indirekte kan føre til bedre forebyggende atferd, og at mangelfull kunnskap kan få konsekvenser for forebyggende praksis. I studien til Hödl et al. (2019, s. 368) kom det frem at enkelte intervensjoner ble sjeldnere igangsatt, trolig grunnet kunnskapsmangel hos sykepleierne. Manglende kunnskap kan resultere i en feilprioritering av forebyggende tiltak. Studien fra Beeckman et al. (2011, s. 170) fant ut at en form for forebyggende tiltak var igangsatt hos mer enn 70% av pasientene som ikke var i risiko. Av de som faktisk var i risiko mottok bare 13,9% tilstrekkelig forebygging. Funnene tyder på at sykepleier må ha riktig kunnskap for å sikre at risikopasienter får de nødvendige tiltakene, og at pasienter utenfor risiko ikke mottar unødvendig forebygging. Dette er noe samhandlingsreformen har til hensikt å forbedre, ved at rett pasienter skal motta rett behandling (St.Meld. nr. 47 (2008-2009)). Erfaringsmessig er det lite tid til å gjennomføre unødvendige arbeidsoppgaver i en travel sykehushverdag, og det må derfor prioriteres rett. Man ser dermed at kunnskap er nødvendig for å vite hvordan forebyggende tiltak skal gjennomføres og hvem som skal motta slik forebygging.

Kan positive holdninger hos sykepleier bidra til å fremme forebygging? Studien til Beeckman et al. (2011, s. 174) viste at en positiv holdning er viktig for å utføre forebyggende tiltak. Sjansen øker for at sykepleier utfører forebyggende atferd dersom holdningen er sterk og personlig (Raaheim, 2019, s. 194). Henderson sa at man må interessere seg for- og samarbeide med pasienten for å bli kjent med pasientens behov (Henderson, 1998, s. 59).

Dette er med på å underbygge viktigheten av positive holdninger og personlig involvering i pasientarbeidet. Det kan likevel diskuteres om positive holdninger alene alltid fører til tilstrekkelig forebygging. Som man så i studien til Beeckman et al. (2011, s. 170) fikk bare 13,9% tilstrekkelig forebygging, til tross for at over halvparten av sykepleierne hadde positive holdninger. Det kan tenkes at årsaken til dette kan ligge i den manglende kunnskapen rundt forebygging. Kunne økt kunnskap i kombinasjon med positive holdninger ført til mer forebyggende atferd hos sykepleierne? Det kan også spekuleres i om studien hadde funnet en direkte korrelasjon mellom kunnskap og forebygging dersom sykepleierne hadde hatt et tilfredsstillende kunnskapsnivå. Selv om en sykepleier har positive holdninger om trykksårforebygging, vil likevel kunnskap om blant annet spesifikke forebyggende intervensjoner være nødvendig for at tilstrekkelig forebygging skal utføres.

Kunnskap og holdninger har vist seg å korrelere. Det er en sammenheng mellom hva man vet og hva man føler (Beeckman et al., 2011, s. 174). Kunnskap og holdninger kan påvirke hverandre gjensidig. Blant annet kan økt kunnskap føre til en endring av holdninger (Raaheim, 2019, s. 225). Kanskje flere sykepleiere i Beeckman et al. (2011) sin studie hadde hatt positive holdninger hvis kunnskap lå i bunn? I tillegg hevder noen at positive holdninger kan gjøre at man blir mer mottakelig for ny kunnskap (Tallier et al., 2017, s. 110). Dermed vil læring kunne være mer effektiv hvis en positiv holdning allerede eksisterer. Dette er noe man bør være bevisst på ved undervisning og opplæring om trykksårforebygging. Det har også vist seg at holdninger kan eksistere på bakgrunn av kunnskap, eller som et resultat av kunnskapsmangel (Raaheim, 2019, s. 178). Grunnet de flytende overgangene mellom kunnskap og holdning kan det være vanskelig å vite hva som påvirker hva, samt hva som fører til handling. Likevel kan korrelasjonen mellom kunnskap og holdninger være nyttig for å utarbeide metoder for å fremme forebygging av trykksår på sykehus.

Hvordan kan kunnskap, holdninger og videre forebyggende atferd forbedres? For å forbedre kunnskapsnivået til sykepleier bør det tilbys undervisning som er velstrukturert og som inneholder informasjon om risikofaktorer, risikovurdering og forebyggende tiltak (Lindholm, 2020, s. 211). Henderson underbygger at sykepleiere må holde seg oppdatert gjennom sin påstand om at effektive sykepleiere er evige studenter (Henderson, 1998, s. 76). Studien til

Beeckman et al. (2011, s. 174) påpekte at undervisning kan føre til et bedre kunnskapsnivå, men at det gjerne har lite påvirkning på sykepleiers atferd. Det vil dermed også være hensiktsmessig å finne metoder for å påvirke holdninger hos sykepleiere. Å påvirke noen til en holdningsendring kan imidlertid ofte være vanskelig (Raaheim, 2019, s. 199). I tilfeller med lav personlig involvering kan informasjon og påfølgende ny kunnskap kunne føre til en holdningsendring (Raaheim, 2019, s. 178). Andre ganger vil ikke undervisning være nok, og man kan være nødt til å pålegge arbeidsoppgaver for å nærmest tvinge frem ønsket atferd (Raaheim, 2019, s. 225). Et eksempel på hvordan en atferd kan fremprovoseres er dersom en avdeling innfører rutinemessig risikovurdering ved bruk av verktøy. Grunnet menneskets iboende behov for at atferd og holdninger skal stemme overens, vil en atferdsendring indirekte kunne fremprovosere en holdningsendring (Raaheim, 2019, s. 201). Sykepleier kan på denne måten bli mer positiv til bruk av verktøy. Med bakgrunn i funnene kan man se at kunnskap, holdninger og videre forebyggende atferd henger tett sammen. Funnene fra Beeckman et al. sin studie (2011, s. 174) viste at tilstrekkelig forebygging krever opplæringsmetoder som fremmer både kunnskap og holdninger. Oppsummert kan det antas at trykksårforebyggende arbeid ikke kan optimaliseres hvis bare en av dem er tilstrekkelig. Selv om sykepleier har både høyt kunnskapsnivå og positive holdninger, kan det antas at andre faktorer vil være avgjørende. Sykepleie bør blant annet ha kunnskap om viktigheten av å involvere pasienten, for å gjøre pasienten mest mulig selvstendig og deltakende i egen trykksårforebygging.

5.3 Pasientinvolvering

De fleste pasienter er positivt innstilt til å delta i egen trykksårforebygging (Roberts et al., 2017, s. 392). Henderson påpekte viktigheten av pasientinvolvering ved å si at pasienten skal være hovedpersonen i teamet (Henderson, 1986, s. 45). I tillegg har pasienter en lovfestet rett til å medvirke i egen omsorg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette vil være gjeldende for både helsefremmende- og forebyggende arbeid.

Pasientsikkerhetsprogrammet fra 2011 (I trygge hender 24-7, u.å) påpeker også at pasienter skal involveres i planlegging og gjennomføring av trykksårforebyggende arbeid.

Pasientopplæring er videre en av de anbefalte forebyggende intervensjonene som bør igangsettes hos risikopasienter (EPUAP et al., 2019, s. 36). Med tanke på at det er en anbefalt forebyggende intervensjon, vil pasientopplæring kunne være med på å fremme forebygging av trykksår. For å inkludere pasienten bør sykepleier etablere et samarbeid der pasienten ses på som en likeverdig samarbeidspartner (Kirkevold, 2010, s. 125). Henderson (1998, s. 59) underbygger at samarbeid er viktig for å kartlegge pasientens behov tilstrekkelig. Erfaringsmessig har vi opplevd at forebyggende tiltak igangsettes av sykepleiere uten at pasienten inkluderes. Pasientopplæring kan være viktig både for å sikre pasientdeltakelse under innleggelsen, men også for å øke pasientens bevissthet rundt forebygging videre i fremtiden. Oppsummert peker pasientens ønsker, rettigheter, samt internasjonale anbefalinger på at pasientinvolvering er en viktig faktor i det forebyggende arbeidet.

Sykepleier bør inkludere pasienten i forebyggingsarbeidet, men er dette godt nok implementert i dagens praksis? Studien fra Hödl et al. (2019, s. 368) viser at pasientopplæring er en av de anbefalte intervensjonene som sjeldnest blir utført. I tillegg viste studien fra Moore et al. (2015, s. 337) at kun to av 34 risikopasienter fikk tilbud om pasientopplæring. Studiene underbygger at pasientopplæring ikke prioriteres i like høy grad som andre anbefalte intervensjoner. Med tanke på at målet med sykepleien er å hjelpe pasienten til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s. 45), kan det anses problematisk at pasienten ikke inkluderes. Samhandlingsreformen underbygger viktigheten av inkludering ved å si at pasienten skal motta tjenester som gjenoppretter deres funksjon i størst mulig grad, slik at de kan mestre eget liv (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 14). Dermed må man ikke gjøre pasienten mer hjelpetrengende enn han er, men heller fremme selvstendighet og egenmestring. Pasienten kan ikke oppnå selvstendighet i trykksårforebygging dersom de selv ikke får mulighet til å delta i arbeidet. Så hvordan kan sykepleier legge forholdene til rette for å inkludere pasienten i forebyggingsarbeidet?

For at pasienten skal inkluderes i det trykksårforebyggende arbeidet, bør både sykepleier og pasient ha tilstrekkelig kunnskap. I studien til Roberts et al., (2017, s. 389) var det mange pasienter som ikke visste at de var i risiko, samt manglet kunnskap om eget potensiale for å

forebygge trykksår. I tillegg antok flere at forebygging utelukkende var sykepleier sitt ansvar. Henderson (1986, s. 63) mente at pasienter ofte mangler kunnskap om forebygging. Dette er med på å understreke nødvendigheten av å gi informasjon til pasientene for å øke deres kunnskap. Henderson (1986, s. 38) mente også at pasienter bør få informasjon om hvordan tiltak som stillingsendring og mobilisering kan forebygge trykksår. Videre sa hun at sykepleier bør gi veiledning i hudpleie for å holde huden ren, velpleid og beskytte hudoverflaten. Hudobservasjon er nemlig et viktig supplement i trykksårforebyggende arbeid (EPUAP et al., 2019, s. 16). Pasienten bør også få informasjon om konsekvensene et trykksår kan medføre (Lindholm, 2020, s. 171). Dette kan ses på som en form for ytre motivasjon, ved at man gjennomfører forebyggende tiltak for å hindre "straffen" som konsekvenser av et trykksår kan medføre. Roberts et al., (2017, s. 389) underbygger dette da pasienter anga at de ble mer motivert til trykksårforebygging ved økt kunnskap og forståelse for potensielle konsekvenser. For å kunne gi pasienten informasjon om de ovennevnte tiltak, egne ressurser og konsekvenser må sykepleier selv ha kunnskap om dette. Rammeplanen underbygger dette ved å si at kunnskap er nødvendig for å oppfylle ansvaret om å informere, undervise og veilede pasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). Av erfaring har vi sett at pasienter mottar store mengder informasjon på sykehus, men at det dette ikke nødvendigvis blir forstått. Er informasjonen nyttig dersom den ikke blir forstått av pasienten?

For at pasienten skal ha nytte av informasjonen som gis, og videre kunne delta i egen trykksårforebygging er forståelse avgjørende. I studien til Roberts et al. (2017, s. 389) rapporterte pasientene at en av de viktigste tilretteleggerne for å delta i egen forebygging var forståelse. Gjennom økt forståelse for trykksårforebygging ble pasientene mer bevisste og motivert for handling. Henderson (1986, s. 64) påpekte at sykepleier har en viktig rolle i å sørge for at informasjonen er forstått, noe som også er nedfelt i loven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Henderson (1986, s. 22) påpekte også at hvis ikke pasienten forstår eller ønsker det planlagte opplegget er det bortkastet arbeid. Ettersom pasientene i studien til Roberts et al. (2017) i hovedsak ønsket å delta, viser dette viktigheten av å forbedre pasientens forståelse. Av erfaring har vi flere ganger opplevd pasienter som tilsynelatende ikke forstår eller ønsker forebyggende tiltak. For eksempel kan det oppleves frustrerende for sykepleier hvis pasienten snur seg tilbake til opprinnelig stilling

kort tid etter gjennomført leieendring. I disse tilfellene kan det tenkes at pasienten gjerne har manglende forståelse for tiltakene, og dermed ikke opplever intervensjonene som meningsfulle. For å øke forståelse hos pasienten bør dermed sykepleier formidle et forståelig budskap, samt kontrollere at pasienten har forstått det. Pasientene i studien til Roberts et al. (2017, s. 388) mente at personlig kontakt var en viktig tilrettelegger for egen deltakelse, og at det var mer effektivt enn bruk av andre informasjonskilder alene. Derfor bør informasjonen som gis, overleveres gjennom direkte kontakt mellom sykepleier og pasient. Når informasjonen gis bør det også tas utgangspunkt i at pasienten har lav helsekompetanse, for å sikre at flest mulig forstår budskapet (Roberts et al., 2017, s. 390). På sykehuset har vi observert at informasjonsskriv og brosjyrer blir mye brukt. Dette kan være et nyttig supplement, men det bør ikke erstatte den menneskelige kontakten. Det er viktig at sykepleier tar seg tid til å gi god informasjon og opplæring, fremfor å bare dele ut en brosjyre. Noen har også behov for påminnelser og gjentakelse for å opprettholde forståelsen av budskapet.

For å sikre best mulig forståelse bør individuelle faktorer tas i betraktning. Henderson (1998, s. 41) var opptatt av å ta hensyn til individuelle forskjeller. Hun mente at man bør lage personrelaterte opplegg og kontinuerlig kartlegge pasientens behov i samarbeid med pasienten. I studien til Roberts et al. (2017, s. 389) kom det frem ulike barrierer som kan hindre pasientdeltakelse i forebygging. Liten forståelse og manglende engasjement grunnet slapphet, medisiner og kognitiv svekkelse er eksempler på angitte barrierer (Roberts et al. 2017, s. 389). Aldersforandringer kan medføre barrierer for deltakelse, og det kan dermed antas at eldre kan være særlig utsatt for slike barrierer. For eksempel kan barrierene utarte seg som nedsatt kognitiv funksjon eller svekkede sanser, noe som kan hindre kommunikasjon og forståelse (Jastrup, 2016). Grunnet slike individuelle forskjeller vil tidspunktet variere for når pasienten er mottakelig for informasjon og opplæring (Roberts et al., 2017, s. 389). Samhandlingsreformen underbygger viktigheten av timing gjennom sitt hovedbudskap om rett behandling til rett tid (St.Meld. nr. 47 (2008-2009)). Eksempelvis kan det være lite hensiktsmessig å gi pasienten informasjon hvis pasienten er døsig etter en operasjon, og det bør da utsettes til et tidspunkt der pasienten er mer mottakelig. Grunnet ulikt utgangspunkt hos pasienter kan det være utfordrende å inkludere pasienten i det

trykksårforebyggende arbeidet. Man bør fange opp den enkeltes ressurser, og videre tilpasse undervisning og opplæring for å motivere til deltakelse i forebyggende arbeid (Ranhoff, 2010, s. 138). For å oppnå dette har personlig kontakt, timing, opplevelse av mening og individuell tilpasning vist seg å være viktig (Roberts et al., 2017). Ingen pasienter er like, og sykepleier bør derfor tilpasse hvor stor rolle pasienten skal ha i egen forebygging ut fra den enkeltes tilstand og ressurser. Ved å ta hensyn til slike barrierer vil man kunne kartlegge hva pasienten er i stand til, og dermed tilrettelegge for best mulig deltakelse til tross for barrierer.

Kan et økt fokus på pasientinvolvering utgjøre en forskjell for det trykksårforebyggende arbeidet? Det er manglende bevis på om pasientinvolvering reduserer trykksårprevalens (Roberts et al., 2017, s. 386). Likevel kan en deltakelse ha flere fordeler. Blant annet er noen risikofaktorer for trykksår subjektive, og kan av den grunn være vanskelig for sykepleier å fange opp. I studien til Børsting et al. (2017, s. e537) ble det samlet inn data fra pasientenes egenrapport. Dette kan ha gitt sykepleierne tilgang på subjektive risikofaktorer som ellers faller utenfor risikovurderingsverktøy, som for eksempel tidligere trykksår eller smerter. Ved at pasienter involveres i egen forebygging vil deres rett til medvirkning og autonomi, tross sykdom bevares (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 103). Selv om det er usikkert om en pasientdeltakelse reduserer trykksårprevalens, er det likevel noe sannhet i Hendersons utsagn om at hvis pasienten ikke er med på laget er det bortkastet arbeid. Pasienten er hovedpersonen i egen behandling, og pasientdeltakelse bør dermed fremmes i forebyggende praksis. Den eldre pasient bør inkluderes og delta i eget trykksårforebyggende arbeid.

6 Konklusjon

Trykksår kan ha store konsekvenser for pasienten, likevel fremstår trykksårforebygging på sykehus utilstrekkelig slik den er i dag. Eldre er en særlig utsatt pasientgruppe, og er i tillegg hyppigere innlagt på sykehus. Denne litteraturstudien hadde som formål å belyse problemstillingen: Hvordan fremme forebygging av trykksår hos eldre innlagt på sykehus?

For å besvare problemstillingen er det benyttet aktuell teori og forskningsartikler. Funnene viste at trykksårforebygging er kompleks, men viser likevel hvordan ulike faktorer kan hjelpe oss å komme nærmere en tilstrekkelig forebygging. En risikovurdering har vist seg å være en viktig forløper til det videre forebyggende arbeidet, og bør gjøres i kombinasjon med bruk av verktøy og klinisk vurdering. Flere sykehus har de siste årene implementert strukturerte risikovurderingsmetoder for å gjennomføre en risikovurdering. Likevel er det omdiskutert om det faktisk har medført økt igangsetting av forebyggende tiltak. En risikovurdering vil kunne avdekke pasienter i risiko, men hvis det skal ha en hensikt bør det utvikles bedre rutiner slik at etterfølgende forebyggende tiltak igangsettes i høyere grad. Videre ble det funnet at positive holdninger spiller en rolle for det forebyggende arbeidet. Det ble også funnet sammenheng mellom holdninger og kunnskap. Dette bør tas i betraktning når undervisning om trykksårforebygging gis, og det bør tas sikte på å forbedre både sykepleiers kunnskap og holdninger. Hvis begge optimaliseres kan sjansen økes ytterligere for god forebyggende atferd. Til tross for at pasientinvolvering blir lite implementert som en forebyggende intervensjon, har det vist seg å være fordelaktig i forebyggende arbeid. Sykepleier bør øke pasientens egne forutsetninger for å delta i egen trykksårforebygging ved å ta hensyn til pasientens tilretteleggere og barrierer. Pasienten skal være hovedperson i egen behandling. Mye peker på at pasienten derfor må få en større og mer aktiv rolle i det trykksårforebyggende arbeidet.

Både implementering av risikovurdering, forbedring av kunnskap og holdninger hos sykepleiere, samt pasientinvolvering viste interessante funn. De nevnte faktorene henger sammen med hverandre, og de må ses i kombinasjon for å fremme forebygging. Faktorene kan utfylle hverandre ved å være viktig i ulike deler av det forebyggende arbeidet.

Risikovurdering kan hjelpe sykepleier til at rett pasient mottar forebygging. Kunnskap og holdninger hos sykepleier er viktig for å vite hvilke tiltak som skal igangsettes og prioriteres. En inkludering av pasienten kan medføre bedre etterlevelse av forebyggende tiltak. Alle faktorene i kombinasjon vil være viktig for at rett pasient mottar rett behandling til rett tid, og kan gjøre både sykepleier og pasient mer kompetente i trykksårforebyggende arbeid. Likevel innser vi at det er behov for mer forskning for å kunne si med sikkerhet hva som bør gjøres for å fremme forebygging. Litteraturstudien har underveis medført undring rundt ytterligere spørsmål. Har innføring av *Trygg pleie* ført til mer trykksårforebygging i norske sykehus? Hvordan er sykepleieres kunnskaps- og holdningsnivå i Norge i dag? Hvis pasienter involveres i større grad, kunne man da sett en nedgang i trykksårprevalens på sykehus? Trykksårforebygging er en kompleks problemstilling bestående av flere faktorer enn denne oppgaven har drøftet. Dermed er det vanskelig å finne en spesifikk løsning eller metode for hvordan trykksårforebygging hos eldre kan fremmes på sykehus.

Litteraturliste

Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L. & Vanderwee, K. (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 166-176.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x>

Bermark, S. & Melby, B. Ø. (2014). *Tryksår*. Munksgaard.

Bredesen, I. M., Bjørro, K., Gunningberg, L. & Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 149-156.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.005>

Børsting, T. E., Tvedt, C. R., Skogesta, I. J., Granheim, T. I., Gay, C. L. & Lerdal, A. (2017). Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle- and older-aged medical inpatients in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e535-e543.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14088>

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide>

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injury: Quick Reference Guide 2019*.

<http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick Reference Guide-10Mar2019.pdf>

Grønseth, R. & Thon, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Fagbokforlaget.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Helse Vest. (u.å). *Trygg Pleie* [Brosjyre]. Øye sengepost, Haukeland universitetssjukehus.
Hentet 19. mars 2020 fra
<https://www.nsf.no/Content/3398899/cache=20171905125309/Trygg%20pleie.pdf>

Henderson, V. (1986). *ICN : Sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk Sykepleierforbund.

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur: Refleksjoner etter 25 år*. Gyldendal Akademisk.

Holvik, M. G., Boge, J. & Petersen, K. A. (2017). Helsevesenet detaljstyres utenfra. *Sykepleien*, 105(63826):(e-63826). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63826>

Hödl, M., Eglseer, D. & Lohrmann, C. (2019). Does Conducting a Risk Assessment Facilitate Better Care for Patients at Risk of Pressure Injuries? *Advances in skin & wound care*, 32(8), 365-369. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000559611.98442.40>

Ingebretsen, H., Storheim, E & Gundersen, S. C. (2016). Sykepleie ved sykdommer og skader i huden. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, s. 361-396). Gyldendal Akademisk.

I trygge hender 24-7. (u.å). *Forebygging av trykksår*. Hentet 19. mars 2020 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/forebygging-av-trykksar>

I trygge hender 24-7. (2019). *Stopp Trykksår-dagen 2019*. Hentet 05.april 2020 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/stopp-trykksar>

Jastrup, S. (2016). *Akut sygepleje* (2. utg.). Munksgaard.

Johansen, E. (2017). The 3-risk approach to pressure ulcer assessment in Norway - safe or a risky business? *Wounds UK*, 13(4), 50-54. <https://www.wounds-uk.com/journals/issue/450/article-details/3-risk-approach-pressure-ulcer-assessment-norway-safe-risky-business>

Johansen, E., Juritzen, H., Monsen, B., Engebriksen, E. & Bakken, L. (2017). Samarbeider om å forebygge trykksår. *Sykepleien*, 105(64711):(e-64711). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64711>

Kirkevold, M. (2010). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 123-136). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 349-406). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg, s. 89-137). Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Langøen, A. & Gürgen, M. (2018). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling. I A. Langøen (Red.), *Sårbehandling og hudpleie* (5. utg., s. 293-384). Gyldendal Akademisk.

Lindholm, C. (2020). *Sår* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 51-56). Gyldendal Akademisk.

Moore, Z., Johansen, E., van Etten, M., Strapp, H., Solbakken, T., Eskerud Smith, B. & Faulstich, J. (2015). Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative survey in Norway and Ireland. *Journal of Wound Care*, 24(8), 333-339.
<https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.8.333>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>

Ranhoff, A. H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 137-147). Gyldendal Akademisk.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Roberts, S., Wallis, M. McInnes, E, Bucknall, T., Banks, M., Ball, L. & Chaboyer, W. (2017). Patients perception of a pressure ulcer prevention care bundle in hospital: A qualitative descriptive study to guide evidence-based practices. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 385-393. <https://doi.org/10.1111/wvn.12226>

Romøren, T. I. (2010). Eldre, helse og hjelpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-37). Gyldendal Akademisk.

St.Meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Tallier, P. C., Reineke, P. R., Asadoorian, K., Ghonoo, J. G., Campo, M. & Malmgreen-Wallen, C. (2017). Perioperative registered nurses knowledge, attitudes, behaviours, and barriers regarding pressure ulcer prevention in perioperative patients. *Applied Nursing Research*, 36, 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.06.009>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.