



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling  
(Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 60

Leveringsfrist: 22.2 2013, kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Veileder: Bodil Nesse

# Forebygging av decubitus



<http://www.med.uio.no/forskning/vi-forsker-pa/bilder/eldreomsorg300x225colourbox.jpg>

## **Hva kan sykepleier gjøre for å forebygge decubitus hos eldre pasienter på sykehjem som er sengeliggende?**

Bacheloroppgave i sykepleie  
Antall ord: 8718

## **Sammendrag**

**Tittel:** Forebygging av decubitus.

**Bakgrunn for valg av tema:** Flere kilder peker på at det er manglende fokus på forebygging og risikovurdering, og mangel på kunnskap om forebygging av decubitus blant helsepersonell i dag. Decubitus oppstår hyppig, men det hevdes likevel at 95 % av alle tilfeller kan forebygges.

**Problemstilling:** Hva kan sykepleier gjøre for å forebygge decubitus hos eldre pasienter på sykehjem som er sengeliggende?

**Oppgavens hensikt:** Oppgaven ønsker å belyse hvordan sykepleie kan forebygge decubitus, og hvorfor det er så viktig å øke fokus på forebygging av decubitus.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie.

**Resultater:** Funnene i denne oppgaven vektlegger at det er manglende fokus på forebygging og risikovurdering av decubitus i dag. Manglende kunnskap hos helsepersonell er også vesentlig og går igjen i funnene. Decubitus gir pasienten tilleggsbelastninger som smerter og det å være avhengig av andre. I tillegg påvirker også decubitus pasientens helse og livskvalitet.

**Oppsummering:** Forebygging er en viktig del i utøvelsen av sykepleie, og riktig forebygging kan spare både pasienten og helsevesenet for unødvendige belastninger og kostnader. Forskningen viser at det er mangel på kunnskap blant helsepersonell, og at det er for lite fokus på risikovurdering og forebygging av decubitus. Sykepleier må øke sin kunnskap om forebygging, og bli mer bevisst på risikovurdering og forebyggende tiltak. Slik vil sykepleier kunne vite hvilke pasienter som er i risikozonen, observere, sette i gang tiltak og også ivareta den sengeliggende pasienten på sykehjemmet.

**Nøkkelord:** forebygging, decubitus, sykehjem.

## Summary

**Title:** Preventing decubitus

**Background:** Several sources indicate that there is a lack of focus on prevention and risk assessment, and also a lack of knowledge about preventing decubitus among nurses today. Decubitus occurs frequently, but it's claimed that 95 % of all cases can be prevented.

**Question:** What can nurses do to prevent decubitus in elderly, bedridden patients in nursing homes?

**Aim:** The aim of this study is to illuminate how nurses can prevent decubitus, and why it's so important to increase the focus on preventing decubitus.

**Method:** This thesis is a literature review.

**Results:** The findings in this study emphasize that there is a lack of focus on prevention and risk assessment of decubitus. Lack of knowledge among nurses is also significant and recurs in the findings. Decubitus gives the patient additional loads such as pain and the feeling of being addicted to other people. Decubitus also affects the patients' health and quality of life.

**Summary:** Prevention is an important part of nursing practice, and proper prevention can save both the patient and the health system from unnecessary burdens and costs. Research shows that there is a lack of knowledge among nurses, and also too little focus on risk assessment and preventative initiatives. Nurses must increase their knowledge about preventing decubitus, and must become more aware of the risk assessment and preventative initiatives. In this way the nurses could identify patients that are at risk, observe, initiate actions and also take care of the bedridden patient at the nursing home.

**Keywords:** preventing, decubitus, nursing home.

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling .....	2
2.0	Teori .....	3
2.1	Kari Martinsen sin sykepleieteori .....	3
2.2	Decubitus og risikofaktorer.....	4
2.3	Forebygging av decubitus.....	5
2.4	Sykehjem.....	6
3.0	Metode.....	7
3.1	Definisjon av metode .....	7
3.2	Litteraturstudie som metode.....	7
3.3	Fremgangsmåte .....	7
3.5.1	SveMed+ .....	8
3.5.2	CINAHL .....	8
3.5.3	CINAHL .....	9
3.4	Kildekritikk og metodekritikk.....	9
3.5	Etikk.....	11
4.0	Resultat.....	13
4.1	Oppsummering av hovedfunn .....	13
4.2	Artikkel 1 .....	13
4.3	Artikkel 2.....	14
4.4	Artikkel 3.....	15
4.5	Artikkel 4.....	15
4.6	Artikkel 5.....	16
5.0	Drøfting .....	18
5.1	Helsepersonells kompetanse og kunnskap om forebygging .....	18
5.2	Risikofaktorer og vurdering .....	20
5.3	Sykepleie og omsorg .....	23
6.0	Avslutning .....	26
	Referanseliste .....	27
	VEDLEGG 1 Resultattabell .....	29
	VEDLEGG 2 Resultattabell .....	29
	VEDLEGG 3 Resultattabell .....	30
	VEDLEGG 4 Resultattabell .....	31
	VEDLEGG 5 Resultattabell.....	32

Vedlegg 6: Nortons skala .....	33
--------------------------------	----

## 1.0 Innledning

Temaet for denne oppgaven er forebygging av decubitus hos eldre som bor på sykehjem. Decubitus, også kalt trykksår, er misfarging av huden eller sår dannelse som oppstår ved trykk og friksjon på vevet, og som ikke er forsvunnet 30 minutter etter at trykket oppheves. Risikofaktorer for utvikling av decubitus er blant annet alder over 70 år, nedsatt bevegelighet, dehydrering og inkontinens. Det hevdes at så mye som 95 % av alle tilfeller decubitus kan forebygges. (Langøen, 2006. s. 193 - 195).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt dette temaet da det er et aktuelt tema innen sykepleie til eldre pasienter, og fordi decubitus er en negativ konsekvens av nedsatt helse og funksjonsnivå hos denne pasientgruppen. Temaet har vekket interesse hos meg etter å ha vært i sykehjempraksis og etter å ha jobbet på sykehjem i ferier og helger de siste årene. Jeg har gjennom praksis og jobb fått erfart hvor vanskelig det kan være å behandle decubitus, og hvor viktig det er med forebygging for å hindre at decubitus oppstår. Mange eldre bor på sykehjem i dag, og de er ofte pleietrengende og avhengige av hjelp fra helsevesenet (Brodtkorb, Kirkevold og Ranhoff 2008. s. 225). De eldre som av ulike grunner er sengeliggende og inaktive er kanskje spesielt utsatt for å utvikle decubitus, da to faktorer som øker risikoen er høy alder og immobilitet (Langøen, 2006 s. 197-198). De har også mindre egne ressurser enn pasienter som har normalt aktivitets- og funksjonsnivå. Jeg mener det er viktig at sykepleiere får god kunnskap og fokus på hva som kan gjøres for å forhindre decubitus, da min erfaring er at det er vanskeligere å behandle enn å forebygge. Dessuten vil decubitus kunne påføre pasientene smerter og nedsatt livskvalitet (Cullum, Iglesias, Nelson, Nixon og Spilsbury, 2006). Derfor mener jeg at det må fokuseres mer på forebygging av decubitus, og dette både er nyttig og viktig for meg som ferdig utdannet sykepleier å kunne i utøvelsen av sykepleie til eldre pasienter. Denne oppgaven er en litteraturstudie, og det sykepleieteoretiske perspektivet er forankret i Kari Martinsens omsorgsteori.

## 1.2 Problemstilling

**Hva kan sykepleier gjøre for å forebygge decubitus hos eldre pasienter på sykehjem som er sengeliggende?**

## 1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Jeg velger å forholde meg til eldre pasienter som bor på sykehjem, da det er dette praksisområde jeg har erfaring fra. Jeg velger å fokusere på pasienter som er sengeliggende, og vil derfor ikke ta eldre som har normalt aktivitets- og funksjonsnivå med i oppgaven. Jeg fokuserer heller ikke på noen spesiell diagnose, da det gjør oppgaven for vid i forhold til ord og tidsramme. Jeg har også forebygging som fokus, og utelukker derfor å skrive om sårbehandling av decubitus i oppgaven.



## 2.0 Teori

### 2.1 Kari Martinsen sin sykepleieteori

I denne oppgaven benyttes Kari Martinsen sin sykepleieteori. Dette fordi hennes teori bygger på omsorg som grunnholdning, og fordi hennes teori ikke stiller krav til at den som får hjelp skal yte noe tilbake i form av egenomsorg eller uavhengighet (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005 s. 60).

Begrepet omsorg er forbundet med å ta hånd om og å hjelpe. Omsorgsbegrepet er relasjonelt, der det grunnleggende i menneskesynet er at vi er avhengige av hverandre. Omsorg er også et praktisk begrep, konkrete handlinger, der hjelpen ikke begrunnes ut fra forventet resultat men ut i fra den hjelpetrengende sin tilstand. En sørger for den andre uten å forvente noe tilbake, og en setter seg inn i den andres situasjon. Den tredje siden ved omsorgsbegrepet er moralsk. Her er kvaliteten i relasjonen viktig, og det handler både om hvordan vi lærer å bruke makt, og om hvordan vi er i relasjonen med den andre gjennom våre praktiske handlinger (Martinsen, 2003 s.14 -17 ).

Prinsippet om ansvaret for de svake er et forbilde, et verdiprinsipp. Vi er alle avhengige av hverandre, og vi kan alle havne i situasjoner der vi vil trenge hjelp fra andre. Derfor bør vi handle slik at alle har lik mulighet til å leve et så godt liv som mulig (Martinsen, 2003 s. 14).

Det og ikke klare seg selv, å være avhengig av andre, er i vår kultur forbundet med negative holdninger. Det blir vurdert som noe negativt, når det å være selvhjulpne er et ideal. De sosiale omgivelsene har forventinger og holdninger som påvirker ens egen selvoppfatning. Vi søker anerkjennelse fra andre og oss selv. Uavhengighet og selvstendighet blir vurdert høyt fra omgivelsene, og ut i fra disse vurderingene blir alderdom noe negativt. Alderdommen er den perioden av livet der det er større sjanse for og bli avhengig av andre, som følge av sykdom og svekkelse (Martinsen, 2003 s. 43-44).

Omsorgsbegrepet er sentralt i sykepleien. Den viser seg gjennom vårt praktiske arbeid med redskaper og ting omkring oss. I omsorgsarbeidet handler det om å gi omsorg for ikke selvhjulpne mennesker, som eldre. Deres velferd er avhengig av at noen har omsorg for dem. Arbeidet bestemmes ut i fra mottakerens situasjon. Selve omsorgsarbeidet kjennetegnes ved at mottakeren er i en ikke-selvhjulpne situasjon, omsorgsutøveren har ansvar og forpliktelse som varer ved, og relasjonen går ut på at vi sørger for den andre uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003 s. 71-75).

Medisinsk kunnskap og sykepleielære er viktig, men kunnskapene vi tilegner oss gjennom teori må samtidig praktiseres for at vi skal bli faglig dyktig. Praktiske erfaringer og teorikunnskap må bli en enhet. Dette gjør at vi kan vise omsorg gjennom bruken av hjelpemidler som for eksempel vaskeklut (Martinsen, 2003 s.75-76).

Vedlikeholdsomsorg handler om å knytte omsorgen til tilstand og vedlikehold, men også til forverring. Her er ikke målet å bli uavhengig og selvhjulpen. En av de typiske virksomhetene for denne typen omsorg er sykehjem for eldre. Målet med vedlikeholdsomsorg er å opprettholde et visst funksjonsnivå og å unngå forverring av situasjonen. En fokuserer på å gjøre det så godt som mulig for pasienten her og nå, og relasjonen mellom pleier og pasient går over tid og er ikke en relasjon som snart skal opphøre (Martinsen, 2003 s.78)

## **2.2 Decubitus og risikofaktorer**

Årsakene til decubitus er at arteriolene presses sammen på grunn av drag i huden der huden forskyves i forhold til muskler og fascier eller at blodtrykket i de perifere arteriolene er lavere enn trykket mot huden. Det er viktig å huske på at friske mennesker ikke kan utvikle decubitus selv om de blir liggende i samme stilling over lang tid. Samtidig forskyvning og trykk av huden øker faren for å utvikle decubitus (Langøen, 2006. s.196 -197).

Faktorer som anses for å øke risikoen for å utvikle decubitus er en alder over 70 år, inkontinens, avmagring og dehydrering, immobilitet, bevisstløshet og lammelse. Når to eller flere av disse faktorene er til stede, foreligger det en risiko for å utvikle decubitus. Da skal forebyggende tiltak iverksettes. De mest utsatte stedene for utvikling av decubitus er hælene, halebeinet, albuer, skuldre og sittebeinsknokkene (Langøen, 2006. s. 197- 198).

Det finnes hjelpemidler som kan brukes til vurdering av pasientens risiko for å utvikle decubitus. Vi kaller disse hjelpemidlene predikatorer, og de viser seg å være til god hjelp for å fange opp pasienter som er i risikozonen. Det er blandete meninger om bruken av predikatorer, og noen mener de vil føre til at for mange vil komme i risikozonen da de er for lite sensitive. Det anbefales likevel å ta i bruk slike predikatorer, fordi det kan få helsearbeidere til å få økt fokus på forebygging, bli mer observante på pasienter i risikozonen og iverksette tiltak når det er nødvendig. Predikatorene kartlegger pasientenes allmenne risiko, og er det nødvendig med mer inngående test av pasienten, kan for eksempel Nortons

skala brukes (Vedlegg, 6). Den har vært mye brukt i Skandinavia, og pasienter med skår under 14 er i risikozonen. (Langøen, 2006. s.197).

### 2.3 Forebygging av decubitus

De fleste som jobber i helsevesenet, vet hva årsakene til decubitus er og det er stor enighet om at man kan og bør forebygge slike sår. Forebygging av trykksår blir definert som et aktuelt sykepleiefaglig ansvar, men til tross for at kunnskapen er tilgjengelig sees det at decubitus oppstår hyppig. Dette kan komme av at det ikke iverksettes forebyggende tiltak tidlig nok, eller at helsepersonell har for smalt perspektiv på hvem som er risikopasienter (Oland, 2001. s.125).

Det å bli eldre påvirker huden. Nydanning av vev går langsommere jo eldre en blir, arteriene blir mindre elastiske, kapillærmengden blir redusert og vevet blir mindre elastisk. Subcutis, underhuden, vil også reduseres og den eldre blir utsatt for sårutvikling relatert til trykk. Disse faktorene er med på å gjøre huden mer var for skade, det skal mindre påvirkning til før huden skades. En kan ikke reversere aldringsprosessen, men det finnes tiltak for å forebygge skade (Oland, 2001. s.56-57).

Forebyggende tiltak når det gjelder pleie av sår og hud handler om å vurdere om pasienten som legges inn har utviklet sår eller er i risikozonen for å utvikle trykksår. Dersom pasienten er i risikozonen er det en rekke forebyggende tiltak som må settes i gang. Disse tiltakene omfatter å sikre god hydrering og ernæring hos pasienten, å snu pasienten ofte når de ligger, og holde huden hel ved bruk av hudkrem. Observering av særlig utsatte områder som hæler, sete, albuer og rygg og inspisering av hud under bryst og mellom tær er også viktige tiltak i det forebyggende arbeidet med trykksår (Brodtkorb, Kirkevold og Ranhoff, 2008. s. 192).

Forebygging av decubitus skal både være basert på systematisk vurdering av risiko og klinisk skjønn. På den aktuelle arbeidsplassen skal trykkavlastende hjelpemidler være tilgjengelige, og disse skal være tilpasset pasientens behov, enten det er liten, middels eller stor risiko for utvikling av decubitus. Ved forebygging er det å benytte seg av flere virkemidler samtidig som gir best resultat. Vi deler forebyggende metoder inn i tre kategorier; manuelle metoder, madrasser og lokale trykkavlastende hjelpemidler. Det viktigste i bruken av manuelle metoder er at pasientens plassering i stol eller seng er gunstig, og å unngå trykk på de mest utsatte stedene. En kan unngå friksjon i forflytning ved å løfte pasienten godt istedenfor å skyve i

forflytning. Såkalte snu-regimer er effektive, men ressurskrevende, og for at den skal være gunstig må pasienten snus på hver annen time dersom det er total okklusjon av blodårene. Ved subtotal okklusjon kan pasienten snus sjeldnere. Det å holde huden hel og ren er også viktig, og den skal beskyttes mot uttørking, fuktighet og sprekkdannelser. Pasienten skal ikke masseres på de utsatte stedene, fordi det fører til økt varme og dermed økt oksygenbehov. Det finnes mange ulike madrass typer som egner seg til forebygging av decubitus, og alle har både fordeler og ulemper. Ved kommunal institusjon er det anbefalt ulike madrass typer ut i fra pasientens risikonivå. Ved lav risiko kan det for eksempel benyttes fiber- eller skummadrass, ved middels og stor risiko kan madrass med statisk eller pulserende luft benyttes. Siste kategori i forebyggingsarbeidet er lokal trykkavlastning. Her inngår hjelpemidler som bandasjer og trykkavlastende puter fylt med luft, fiber, gele eller skum. (Langøen, 2006. s. 256-264).

## 2.4 Sykehjem

I dagens samfunn er det flere og flere eldre som bor på sykehjem. Det som kjennetegner sykehjemsbeboerne er at de fleste er over 67 år, har nedsatt funksjonsevne og er ofte multisyke. De får stadig dårligere helsetilstand, og vil trenge hjelp med å ivareta ADL-funksjoner som aktivitet, personlig hygiene og ernæring. I utøvelsen av sykepleie til sykehjemsbeboeren er sentrale oppgaver å ivareta deres grunnleggende behov (Brodtkorb, Kirkevold og Ranhoff 2008. s, 225 og 229).

## 3.0 Metode

### 3.1 Definisjon av metode

Metode defineres som en måte vi går frem på for å komme frem til ny kunnskap. Metoden vi velger forteller noe om hvordan vi går frem på for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Den brukes som et redskap når vi vil undersøke noe, den hjelper oss å samle inn informasjon og data som vi trenger til undersøkelsen vår. En kvantitativ metode gir oss data i form av tall og målbare enheter. Kvalitativ metode gir oss opplevelse og meninger som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2012. s. 113 - 115).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie som metode går ut på å søke systematisk, kritisk granske og sette sammen litteratur innenfor et problemområde eller emne som er valgt. En forutsetning for at en skal kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes nok studier av kvalitet som kan brukes. Det finnes ingen regel på hvor mange studier en kan inkludere i en litteraturstudie, det kommer an på oppgavens krav og på hva forfatteren finner. I en systematisk litteraturstudie skal en blant annet ha en klar formulert problemstilling, en skal beskrive søkemetoder og kriterier og alle relevante studier skal være inkludert (Forsberg & Wengström, 2008. s. 30-31 og s. 34).

### 3.3 Fremgangsmåte

Jeg valgte først søkeord som hadde med selve problemstillingen å gjøre. Da jeg begynte å søke søkte jeg mye med ordene «decubitus» og «preventing». Jeg fikk mange treff i databasene, men artiklene var ikke relevante for mitt tema. Jeg måtte dermed finne andre søkeord som kunne brukes. Eksempler på søkeord jeg har brukt er «pressure ulcers», «nursing» og «risk factors».

Jeg har søkt i SveMed+ etter artikler. Jeg søkte etter full text artikler tilgjengelige på nettet for å få artikler jeg kunne lese med en gang og som jeg kunne ha tilgang til. Jeg fant én artikkel som kunne ha relevans for min problemstilling, da det var generelt lite utvalg av artikler. Mange av dem var også utilgjengelig på nettet selv om det stod at de kunne leses online.

Jeg har siden benyttet meg av databasen CINAHL, da den gav meg flest relevante og presise treff. I søkene mine har jeg søkt på artikler fra år 2000 til dags dato. Dette for å få nyere forskning og for at resultatene ikke skal være for vide. Jeg har kombinert flere søkeord i søkene mine ved å bruke AND (og) som hjelpeord. Dette for å få relevante artikler som omhandler emnet jeg søkte etter.

### 3.5.1 SveMed+

Søk i SveMed+ 02.01.13	Søkeord/term	Resultat
S1	Pressure ulcers	36
S2	S1 Risk factors	14
S3	S1 Nursing	11
S4	S1 Elderly	10

I S3 fant jeg artikkel nr. 6, «En pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus» av Bjørø, K & Ribu, L (2009), som jeg har valgt å ta med i oppgaven. Denne artikkelen er valgt fordi den undersøker forekomsten av trykksår i et sykehus, og jeg ser den som relevant for oppgaven fordi de fleste av deltakerne er eldre mennesker. I S4 fant jeg ingen artikler jeg så som relevante for min problemstilling.

### 3.5.2 CINAHL

Søk i CINAHL 03.01.13	Søkeord/term	Resultat
S1	Pressure ulcers	778
S2	S1 AND nursing	350
S3	S1 AND S2 AND Risks	115
S4	S1 AND Risks	231
S5	S1 AND Risks AND Elderly	15

I S2 har jeg valgt artikkel nr. 23 «Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care of trajectory: perceptions of hospital and community care nurses» av Athlin, E, Idvall, E, Jernfält, M & Johansson, I (2008). Denne er valgt fordi den tar for seg sykepleiernes

egne oppfatninger om hva som fører til progresjon eller regresjon av decubitus. Jeg har også valgt å ta med artikkel nr. 92 «Improving wound and pressure area care in a nursing home av Sprakes, T & Tyrer, J (2010). Denne artikkelen ble valgt på bakgrunn av at den undersøker hva fokus på forebygging og økt kunnskap om forebygging kan gjøre med forekomsten av og antall trykksår på et sykehjem. I dette søket valgte jeg også å ta med artikkel nr. 115 «Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation» av Carlsson, M, Gunningberg, L, Lindholm, C & Sjöden, P-O (2001). Artikkelen ble valgt fordi den undersøker helsepersonellens kunnskap og forståelse om forebygging av trykksår, og om dokumentasjonen av tiltakene som utføres. Jeg fant også artikler i S4 men de har jeg valgt og ikke ta med i oppgaven da det var oppsummerende forskning. I S5 fant jeg ingen artikkel av relevans for min problemstilling.

### 3.5.3 CINAHL

Søk i CINAHL 23.01.13	Søkeord/term	Resultat
S1	Pressure ulcers AND nutrition	49
S2	Pressure ulcers AND preventing	52

I S2 valgte jeg artikkel nr. 18 “Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatients perspectives” av Cullum, N, Iglesias C, Mason, S, Nelson, A, Nixon, J & Spilsbury, K (2007). Denne artikkelen ble valgt fordi den undersøker pasientens egne erfaringer og oppfatninger av å ha trykksår, og hvordan det påvirker deres helse og livskvalitet.

### 3.4 Kildekritikk og metodekritikk

Kilder er alt som kan bidra til en oppgave. Metodene som brukes for å få frem om kildene er sanne, kalles kildekritikk. Dette innebærer å karakterisere og vurdere kildene som brukes. Kildekritikk brukes også som samlebegrep for metoder som brukes for å skille godkjente opplysninger fra spekulasjoner. Kildekritikk har to sider. Den ene siden består av å finne aktuell litteratur til problemstillingen, den andre består av å redegjøre for litteraturen som anvendes (Dalland, 2012 s. 67-68).

Når det er snakk om litteratur, er det den opprinnelige teksten eller senere opptrykk av den som kalles førstehåndskilde. Det kan være vanskelig å få tak i førstehåndskilder, men om oppgaven bygger på teorien til en bestemt forfatter, bør en få tak i og bruke førstehåndskilder. Flere fagbøker blir ofte reviderte, og her er det viktig å bruke den siste utgaven.

Forskningsartikler som presenteres for første gang kalles primærstudier. Dette betyr at det er ny kunnskap, og metoden som brukes skal kunne etterprøves og kontrolleres. Andre skal kunne forske videre ut i fra kunnskapen som presenteres i primærstudien (Dalland, 2012. s.77-78).

Når en skal vurdere relevans handler det om hvilke verdier kilden har i forhold til spørsmålene som skal undersøkes. Det finnes aktuelle spørsmål som besvares begrunnende for å finne ut om kilden er relevant for problemstillingen. Disse spørsmålene går ut på om kilden belyser problemstillingen, om hvordan en har tenkt å bruke kilden i oppgaven, og på hvilken måte kilden kan belyse spørsmålene i oppgaven (Dalland, 2012 s.74).

Når en skal vurdere kildens holdbarhet og gyldighet handler det om kildens kvalitet. Her er det også spørsmål som besvares for å finne ut om hvilken type kilden er, hvilken ekthet den har og hvor troverdig den er. Aktuelle spørsmål går ut på for eksempel hvilken type tekst det er, hvem som har skrevet den og hva som er formålet med teksten (Dalland, 2012 s.74).

Før jeg startet søkeprosessen hadde jeg en ferdig formulert problemstilling. Dette var viktig for å vite hva jeg skulle søke etter. Jeg var også bevisst på at jeg ville skrive om Kari Martinsens omsorgsteori, fordi jeg ser relevansen for oppgavens tema og pasientgruppe. Hun beskriver at det ikke skal forventes at pasienten gjenvinner sin uavhengighet og selvhjelpenhet og at sykepleie skal baseres på omsorg.

Da søkeprosessen ble satt i gang, hadde jeg allerede noen søkeord klare. Jeg søkte på ord i problemstillingen og søkte med samme ord i flere databaser. Det kom opp mange treff og artikler, men veldig mange omhandlet andre pasientgrupper og andre områder av helsevesenet enn det temaet i denne oppgaven handler om. Jeg vil derfor påpeke at jeg oppdaget at det var vanskelig å finne relevante artikler, noe jeg ikke trodde på forhånd. Når jeg byttet søkeord fra problemformuleringen til mer vide ord som «nursing» og «risk factors» fikk jeg mer presise og relevante treff, og fant artikler som kunne passe til min problemformulering og tema.

Hadde jeg startet tidligere med å søke i databasene, hadde jeg fort funnet ut at det ikke var så enkelt å finne relevante artikler om forebygging av trykksår. Da kunne både tema og



problemstilling bli endret på grunn av dette. Jeg brukte mye tid på å søke i databasene, og synes jeg har funnet studier som er med på å belyse oppgavens problemformulering og tema. Artikkene ble først valgt ut i fra sammendrag og at de fylte kravene for å være forskningsartikler, ved at de inneholder IMRAD - strukturen. Siden gikk jeg gjennom en og en artikkel, leste dem nøye og har også vurdert artiklene mine ved å bruke sjekklister for vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning. Ethiske overveielser har jeg også vært opptatt av og sett etter i artiklene, og tre av dem oppfyller dette kravet. I de artiklene som ikke er godkjent av etisk komité, har deltakerne fått informasjon og samtykket til å delta i studien.

### 3.5 Etikk

En bør gjøre etiske overveielser før en begynner å arbeide med en systematisk litteraturstudie. Uærlighet og fusk skal ikke forekomme innenfor forskning, og vitenskapsrådet har laget retningslinjer for god medisinsk forskning. Uærlighet og fusk defineres som:

*Med fusk och ohederlighet inom forskningen avses avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen genom fabricering av data, stöld eller plagiat av data förvrängning av forskningsprocessen, eller genom ohederlighet mot anslagsgivare* (siteret i Forsberg & Wengström (2008) s 77).

En bør tilstrebe og velge artikler som har fått godkjenning fra etisk komité eller som har gjort etiske overveielser. En skal også presentere alle resultater som kommer frem, både de som støtter og ikke støtter det som forskes på (Forsberg & Wengstrøm, 2008. s. 77).

Det området av etikk som omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning kalles forskningsetikk. Forskningsetikken handler om å sikre forskningsresultatenes troverdighet, og å ivareta personvern. Ethiske utfordringer kan finnes i alle ledd ved en undersøkelse, fra planlegging til gjennomføring og resultatformidling (Dalland, 2012. s. 96).

For å unngå fusk har jeg vært opptatt av at artiklene skulle inneholde godkjenning fra etisk komité, og tre av fem artikler oppfyller dette. Personene som er med i studiene skal ha samtykket til dette, og være informert av forskerne om den aktuelle studien. I oppgaven er jeg opptatt av å ha med kilder til stoff jeg har funnet i bøker og artikler, og skriver kilder og referanser etter Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for referanser. Slik tar jeg ikke

på meg æren for andre sitt arbeid. Jeg tar også med alle resultater som er kommet frem i studiene.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Oppsummering av hovedfunn

I studien til Bjøro og Ribu (2009) kom de frem til at det tyder på behov for økt fokus på forebygging av decubitus og kartlegging av forebyggende utstyr. Den viser også at det er behov for implementering av retningslinjer og mer opplæring av sykepleiere når det gjelder registreringer. Athlin et.al (2008) kom frem til at når det gjelder faktorer som bidrar til utvikling og tilbakegang av decubitus, har sykepleiere for det meste like meninger. I studien vurderes det at decubitus påvirkes ut i fra faktorer knyttet til den individuelle pasienten, helsepersonellet og helsevesenet. Sprakes og Tyrer (2010) sin studie viste at både decubitus og andre sår var reduserte med over 50 % etter gjennomføringen av et kompetanserammeverk, og det var heller ingen sykehusinnleggelses som følge av sår eller decubitus. Samtidig opplevde sykepleierne i studien økt kompetanse, ferdigheter og kunnskap enn før gjennomføringen, og også økt trivsel på jobb. Studien til Carlsson et.al (2001) fant ut at 63 % av sykepleiere og 75 % av sykepleieassistentene alltid utførte risikovurdering, men at risikovurderingen de beskrev ikke var komplett sammenlignet med Nortons skala. 56 % sykepleiere og 81 % sykepleieassistenter mislyktes i å melde vurderinger i skalaen. Studien viser også at det var fokus på noen forebyggende tiltak, men mindre fokus på andre forebyggende tiltak. Kunnskapen til helsepersonellet kunne vært bedre. Den siste studien, gjort av Cullum et.al (2007) viser at pasientene syntes at decubitus påvirket deres psykiske- fysiske- og sosiale helse. De var engstelige for smerter, at såret ikke skulle gro, og de førte til plager og lavere selvtillit. Noen pasienter mente at egen helse var skyld i utviklingen av decubitus, mens andre skyldte på helsepersonellet.

### 4.2 Artikkel 1

#### **Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus**

Denne norske studien av Bjøro og Ribu(2009) handler om å kartlegge forekomst, alvorlighetsgrad og forebyggende tiltak av trykksår ved bruk av en standardisert metode utviklet av European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

Studien er en pilotstudie der det er anvendt en kvantitativ metode. Sykepleierne fylte ut skjema for registrering av trykksår. 85 pasienter fra 15 år og oppover ble undersøkt og trykksårgradert med trykksårklassifikasjonssystemet til EPUAP. Datasamlings skjema som ble

brukt, omfatter generelle data, kliniske data, Braden Skala for risikovurdering, observasjon av hud og forebyggende tiltak i stol og seng.

Studien viser at grad 1 av trykksårforekomst var 17,6 % og den hyppigste sårlokalisasjonen var hæler, etterfulgt av korsbeinet. Over 90 % av trykksårene hadde oppstått på sykehuset. Av de 20 pasientene som hadde behov for forebyggende tiltak og som var i risikozonen for utvikling av eller hadde trykksår var det ingen som hadde planlagt leieendring i seng eller stol. 90 % av risikopasientene manglet trykkavlastning i stol, og 37 % av dem manglet trykkavlastning i seng. Studien viser at det tyder på behov for økt oppmerksomhet rundt forebygging, kartlegging av trykksårforebyggende utstyr, og et behov for implementering av retningslinjer. Samtidig var registreringen av trykksår mer tidkrevende enn antatt, noe studien mener kan indikere behov for mer opplæring av sykepleiere i forhold til registreringer.

### 4.3 Artikkel 2

#### **Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses**

Denne svenske studien av Athlin et.al (2008) handler om å undersøke sykepleiere på sykehus og i kommunehelsetjenestens oppfatninger av faktorer som kan bidra til utvikling eller tilbakegang av trykksår.

Studien er kvalitativ, og 16 sykepleiere fra sykehus og 14 sykepleiere fra kommunehelsetjenesten takket ja til å være med i studien. De hadde minst fire års arbeidserfaring og erfaring med trykksår innen de siste seks månedene. Basert på forskernes egne erfaringer som sykepleiere og en litteraturstudie ble det utformet en intervjuguide, som blant annet inneholdt spørsmål om utvikling og tilbakegang av trykksår og hindringer i forhold til pleie av trykksår. Intervjuene varte i ca. en time og ble tatt opp på bånd, for så å bli kopiert ordrett.

Studien viser at sykepleierne hadde for det meste like meninger når det gjelder faktorer som kan bidra til utvikling og tilbakegang av trykksår. Det ble vurdert at trykksår påvirkes ut i fra faktorer knyttet til den individuelle pasienten, helsepersonellet og helsevesenet. Faktorer som knyttes til den individuelle pasienten er fysisk tilstand, psykisk tilstand og pasientens deltakelse og hvor de fikk pleie. Faktorer som knyttes til helsepersonellet er verdier og syn,

engasjement og ansvar, kunnskap og kompetanse, og kommunikasjon og samarbeid. Faktorer knyttet til helsevesenet er organisering og rutiner, og ressurser.

#### **4.4 Artikkel 3**

##### **Improving wound and pressure area in a nursing home**

Denne britiske studien av Sprakes & Tyrer (2010) handler om å undersøke om det å gjennomføre et kompetanserammeverk for sår og trykksår kan redusere alvorlighetsgraden og antall trykksår og bedre utfallet til pasientene. Hensikten med studien er også å bedre nivået av kunnskap og evner hos ansatte i forbindelse med sårvurdering og forebygging, samt og engasjere hjemmets eiere for å sikre at nivået på pleien opprettholdes.

Studien er kvantitativ, der fire sykepleiere ble valgt ut av forfatterne og lederen for sykehjemmet til å delta i studien. Sykepleierne fikk teoretisk kurs bestående av en dag med sårvurdering og en dag med forebygging og behandling av trykksår. Sykepleierne fikk så oppfølging gjennom prosessen med kompetanserammeverket ved å jobbe sammen med en av forfatterne. Nivået av sykepleiernes kunnskap ble vurdert både før og etter prosessen. Data ble samlet i en seksmåneders periode før prosjektet og i en seksmåneders periode etter prosjektet.

Sammenligningen av data før og etter prosjektet viser at antall sår var redusert fra med 77 % mens antall trykksår var redusert med 57 %. Antall trykksår som var gradert økte fra 42 % til 89 %. I løpet av den andre perioden data ble samlet var det ingen sykehusinnleggelser som følge av trykksår eller sår. Studien viser at sykepleierne opplevde økt kunnskap, kompetanse og ferdigheter i forhold til før studien, og de opplevde også økt trivsel på jobb.

#### **4.5 Artikkel 4**

##### **Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation**

Denne svenske studien av Carlsson et. al (2001) handler om å undersøke sykepleiere og sykepleieassistents kunnskaper om risiko, behandling og forebygging av trykksår før gjennomføring av et system for risikovurdering og klassifisering av trykksår hos pasienter med hoftebrudd. Hensikten med studien er også å undersøke dokumenterte tiltak i pasientjournaler og i hvilken grad dokumentasjonen samsvarer med Svenske Retningslinjer.

Denne studien er kvantitativ, og har en beskrivende design. 41 sykepleiere og 44 sykepleieassistenter deltok i studien. De jobbet på et universitetssykehus i Sverige. En spørreundersøkelse ble levert ut til sykepleierne og sykepleieassistentene før gjennomføringen av systemet. Den omhandlet spørsmål som hudobservasjoner, risikovurdering og forebygging og behandling av trykksår. Data om pasientene med hoftebrudd som var inkludert i forsøksgruppen ble revidert i ettertid av gjennomføringen av systemet. Resultatene ble analysert og sammenlignet med Svenske retningslinjer for kvalitet.

Studien viste at 63 % av sykepleierne alltid utførte risikovurdering når de hadde ansvar for en pasient med hoftebrudd. 75 % av sykepleieassistentene utførte alltid risikovurdering. Risikovurdering beskrevet av helsepersonellet var ikke fullstendig sammenlignet med Norton skala. 56 % sykepleiere og 81 % sykepleieassistenter mislyktes i å melde vurderinger som var klassifisert i Norton Skala. Studien viste at informantene bare delvis oppfylte strategiene som var foreslått i retningslinjene. Det var fokus på leieendring, madrasser, påkledning og å bruke hudkrem, men det var mindre fokus på ernæringsstatus, personlig hygiene, væskestatus og trykkredusering. Det kommer frem i studien at kunnskapen hos sykepleierne og sykepleieassistentene kunne vært bedre.

#### **4.6 Artikkel 5**

##### **Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives.**

Denne britiske studien av Cullum et.al (2007) handler om å undersøke pasienters egne oppfatninger og erfaringer av trykksårs påvirkning på deres helse og livskvalitet, hva deres erfaring ved utvikling av trykksår er, og hva de erfarer rundt pleie og behandling. 23 innlagte pasienter deltok i studien, der 5 var menn og 18 kvinner. Pasientene var i alderen 33 – 92 år og var innlagt ved fire sykehus. Selv om alderen varierte var 70 % av pasientene over 70 år. Datainnsamlingen gikk over 2 år, fra april 2002 til april 2004 og det ble utført kvalitative semi-strukturerte intervjuer for å samle data om pasientene. Alle intervjuene ble tatt opp, med pasientenes samtykke. Dataene ble så tematisk analysert. 91 % av pasientene hadde en kronisk tilstand. Det kommer frem i studien at pasientene syntes at den kroniske tilstanden påvirket helsen og livskvaliteten og 20 pasienter beskrev deres avhengighet av andre. 22 pasienter beskrev at utvikling av trykksår påvirket deres psykiske-, fysiske- og sosiale helse. 13 pasienter rapporterte at de forventet smerter når de vurderte å flytte på seg, og de var

engstelige for at såret ikke ville gro eller at det skulle forverres. Trykksårene førte til lavere selvtillit og ble referert til som irriterende og plagsomme. 8 pasienter mente trykksårene oppstod som følge av kronisk tilstand og helse, mens 7 pasienter skyldte på helsepersonellet og mente at de ikke ble godt nok fulgt opp. 21 pasienter sa at de opplevde smerter i forbindelse med sårene, og varighet og intensitet varierte.

## 5.0 Drøfting

Ut i fra aktuelle funn drøftes følgende problemstilling: *Hva kan sykepleier gjøre for å forebygge decubitus hos eldre pasienter på sykehjem som er sengeliggende?* Drøftingen er inndelt i tre hovedpunkter basert på de aktuelle funnene i studiene.

### 5.1 Helsepersonells kompetanse og kunnskap om forebygging

I studien sin kartla Bjørø og Ribu (2009) at mer enn 90 % av trykksårene hadde oppstått i løpet av sykehusoppholdet, og de fleste av de som var risikopasienter manglet planlagte leieendringer og trykkavlastning. Decubitus er et utbredt problem i helsevesenet i dag, og funnene til Bjørø og Ribu (2009) gir et bilde av at decubitus ofte oppstår i institusjonene, og at det er for lite fokus på forebygging av decubitus. Slik jeg ser det er forebygging en sentral og viktig del i utøvelsen av sykepleie, og riktig forebygging vil kunne spare pasienten for unødvendige plager og komplikasjoner, og helsevesenet for unødvendige kostnader. For å kunne utøve riktig forebygging til pasienter i risikozonen for utvikling av decubitus, krever det god kunnskap hos sykepleier. Carlsson et. al (2001) har gått nærmere inn på dette med kunnskap, og undersøkte helsepersonellens kunnskaper om risiko, behandling og forebygging av decubitus. De konkluderer med at kunnskapen til helsepersonellet kunne vært bedre. I følge Oland (2001 s.125) er kunnskapen om forebygging tilgjengelig, og de fleste helsepersonell vet hva årsakene til decubitus er. Det er også stor enighet om at en kan og bør forebygge. Likevel oppstår decubitus hyppig, noe som kan komme av at forebyggende tiltak settes i gang for sent, eller at helsepersonellet har et smalt perspektiv på hvem som er risikopasienter. En kommer ikke langt uten kunnskap, og som sykepleier er en pliktet til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer blant annet at en skal ha faglig kompetanse, som er god nok, for å gjøre en sikker og trygg jobb. Sykepleier har et ansvar ovenfor pasienten, og pasientens helse og velvære er avhengig av sykepleiers kunnskap og praktiske ferdigheter. Forebygging av decubitus blir i følge Oland (2001 s.125) definert som et aktuelt sykepleiefaglig ansvar. Det er derfor både aktuelt og viktig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om forebygging av decubitus. Det er sykepleiers oppgave å ivareta pasienten, og det er sykepleier selv som har ansvar for å utøve en faglig god nok hjelp. Dermed er det også sykepleier selv må ta ansvar for å tilegne seg tilstrekkelig og god kunnskap. I praksis har jeg erfart at det er stor variasjon i sykepleiers kunnskap om forebygging av decubitus. Noen sykepleiere er mer engasjerte og fokuserer mer på dette enn andre, og det blir litt tilfeldig fra dag til dag om pasientene får den hjelpen de trenger. Mange



av pasientene jeg har møtt i praksis er blitt vurdert for å være i risikozonen, men det blir sagt lite på rapportene om de forebyggende tiltakene som er satt i gang blir utført av dem som er på jobb. Jeg har også erfart at det snakkes lite helsepersonellet imellom om forebyggende tiltak, og at det da ikke blir noen fast rutine eller plan på forebygging hos den aktuelle pasienten. Martinsen (2003 s.75-76) mener at den teoretiske kunnskapen er viktig, men at den også må praktiseres for at sykepleier skal bli faglig dyktig. Teorien og det praktiske arbeidet må bli en enhet, for at omsorgen skal vises gjennom arbeidet. En lærer svært mye i praksis, og i det praktiske arbeidet, og det er viktig å vedlikeholde praktiske erfaringer for å opprettholde et godt nok kompetansenivå. Ved å øke fokuset på forebygging og kompetansenivået til helsepersonellet kan den hyppige utviklingen og alvorlighetsgraden av decubitus reduseres. Dette viser Sprakes og Tyrer (2010) gjennom sin studie, der de økte sykepleiers kunnskaper om forebygging og reduserte antall trykksår med 57 % ved å gjennomføre et kompetanserammeverk som omhandlet forebygging og risikovurdering. Her gjennomgikk sykepleierne et teoretisk kurs om forebygging av decubitus. Sykepleierne fikk oppfølging under gjennomføringen av dette kompetanserammeverket, og fikk vurdert sin kunnskap før og etter. Sprakes og Tyrer (2010) viser at forebygging kan gjøre stor forskjell, og vil påvirke både pasientene og sykepleier positivt. Pasientene vil kunne oppleve mindre plager og komplikasjoner, og sykepleier vil ha god nok kunnskap til å gjøre en god jobb og dermed også trives bedre på jobb. Når en ser på studiene til Bjørø og Ribu (2009), og Carlsson et.al (2001) tyder begge på at det er manglende fokus på forebygging og at kunnskapen til helsepersonellet bør forbedres. Dette må endres på og forbedres, og sykepleier må heve sin kunnskap og kompetanse ved å holde seg faglig oppdatert og bli mer bevisst på hva som skal til for å forebygge decubitus. Her vil både tiltak, observasjon og risikovurdering være aktuelt og både lære å kunne for sykepleier. Slik vil pasientene i risikozonen kunne ivaretas. Langøen (2006 s.256-264) støtter opp om dette, da forebygging av decubitus både skal være basert på systematisk risikovurdering og klinisk skjønn. Økt fokus og kompetanse vil medføre at decubitus kan bli et mindre hyppig problem fremover, og Sprakes & Tyrer (2010) viser med sine funn hvor viktig det er med kunnskap om forebygging av decubitus, og hvilken forskjell det å forebygge kan gjøre.

Decubitus oppstår hyppig i dag, og forskningen (Bjørø og Ribu, 2009 og Carlsson et.al 2001) tyder på at det er for lite fokus og for lite kunnskap om forebygging av decubitus blant helsepersonell. Forebyggende arbeid er en viktig del i utøvelsen av sykepleie, og for å kunne forebygge riktig og faglig forsvarlig er det viktig at sykepleier har tilstrekkelig faglig

kompetanse og praktiske ferdigheter. Sykepleier har selv ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og bør øke kunnskapen sin deretter. Sykehjemmet som arbeidsplass og også ledelsen kan påvirke fokuset ved å tilby sykepleier kurs i forebygging av decubitus, sette i gang prosjekter som vil øke fokuset. Å ha tilgjengelig oppslagsverk eller prosedyrer om tiltak og risikovurdering på arbeidsplassen vil også bidra til økt fokus og kompetanse hos sykepleier. Økt fokus på og økt kunnskap om forebygging kan gjøre stor forskjell og påvirke utviklingen av decubitus, noe forskningen (Sprakes og Tyrer, 2010) bekrefter.

## 5.2 Risikofaktorer og vurdering

I følge Athlin et.al (2008) har sykepleierne for det meste lik oppfatning av hva som er risikofaktorer som påvirker utvikling av decubitus, og disse faktorene knyttes både til pasienten selv, helsepersonellet og helsevesenet. Faktorer som anses å øke risikoen for å utvikle decubitus er blant annet høy alder og immobilitet (Langøen, 2006 s.197-198). Det trenger ikke være mer enn disse to faktorene til stede før det foreligger risiko. Eldre pasienter som er sengeliggende, vil være i risikozonen nettopp fordi de er gamle, og fordi de er immobile. De blir ofte liggende i samme stilling over lengre tid, og klarer ikke alltid å endre leie selv. Oland (2001 s.56-57) forteller at huden påvirkes når man blir eldre, og at huden da blir mer var for sårutvikling relatert til trykk. Blant annet blir vevet mindre elastisk og underhuden reduseres. Hun påpeker at en ikke kan reversere alderdommen, men at det finnes tiltak for å forebygge skade. Langøen (2006 s.196) beskriver årsakene til decubitus, og decubitus skyldes trykk og forskyvning av huden. Han mener at det er viktig at sykepleier husker på at friske mennesker ikke kan utvikle decubitus. De mest utsatte stedene for å få decubitus definerer Langøen (2006 s.197-198) som hælene, halebein, albuer og skuldre, og sittebeinsknokkene. Disse stedene utsettes for trykk og friksjon dersom de ikke beskyttes eller avlastes jevnlig, og derfor er det svært viktig å hyppig endre leie på sengeliggende pasienter. Martinsen (2003 s.78) trekker i sin teori frem begrepet vedlikeholdsomsorg, som ikke har som mål at pasienten blir uavhengig og selvhjulpent, og hun påpeker at en typisk virksomhet for slik omsorg er sykehjemmet. Sykepleier skal sørge for den eldre, uten å forvente noe tilbake. Eldre sengeliggende er en svak pasientgruppe, uten særlig mye egne ressurser. De er ofte på sykehjem fordi de ikke lenger klarer å ivareta sine egne behov, og er avhengig av at andre passer på dem og tar vare på deres helse for dem. Når de ikke klarer å ivareta seg selv, vil komplikasjoner som decubitus lett kunne oppstå dersom ikke sykepleier tar ansvar og setter i

gang forebyggende tiltak. I tillegg til de to risikofaktorene som er nevnt er også dehydrering, avmagring og inkontinens risikofaktorer (Langøen, 2006 s.197-198). Dette er kjente problemområder hos mange eldre pasienter, og mange eldre vil være risikopasienter ut i fra disse faktorene. Når risikofaktorene er kjent i teorien, bør det ikke være vanskelig å vurdere hvem som er i risikozonen. Carlsson et.al (2001) fant i sin studie ut at ikke alle helsepersonell drev risikovurdering, og at risikovurderingen som ble gjort ikke var fullstendig sammenlignet med Norton Skala. Norton skala er et verktøy som brukes ved risikovurdering av decubitus, der en regner ut total poengsum etter å ha vurdert ulike faktorer hos pasienter. Pasienter som har lavere score enn 14 er risikopasienter (vedlegg, 6). Risikovurdering er en viktig del av forebyggingen fordi en ikke setter i gang tiltak før en pasient er i risikozonen. Risikovurdering burde derfor være en sentral del av utøvelsen av sykepleie til eldre pasienter på sykehjemmene. Det er her viktig at sykepleierne kjenner til faktorene som påvirker decubitus. De eldre sengeliggende har som tidligere nevnt lite egne ressurser og mobilitet, og er derfor utsatt for å utvikle decubitus. Det er andre som må være med å passe på at decubitus ikke oppstår hos disse pasientene. Sykepleier på sykehjemmet har dette ansvaret i sitt daglige arbeid med pasienten. Sykepleier må ha kompetansen, men også andre faktorer knyttes til sykepleier når det gjelder faktorer som påvirker utvikling av decubitus. Disse er blant annet verdier, engasjement, ansvar og kommunikasjon i følge Athlin et.al (2008). Alle disse faktorene er viktige for at risikovurdering og også forebygging blir gjort på en riktig måte, både etisk, faglig og forsvarlig. Det finnes også hjelpemidler i forbindelse med risikovurdering, disse kalles predikatorer og er til god hjelp for helsepersonell. Disse predikatorene kartlegger pasientens allmenne risiko, og dersom det er nødvendig kan en bruke mer inngående tester som Nortons Skala til å vurdere risikoen. De anbefales å bruke fordi helsepersonell kan få økt fokus på forebygging og bli mer observante på hvem som er i risikozonen (Langøen, 2006 s.197). Disse predikatorene skal gjøre det lettere for sykepleier og gjøre risikovurdering, og også være med på å øke fokus på forebygging. Ved å ha både kunnskap og hjelpemidler tilgjengelig for sykepleier, skulle det ikke være noe som hindrer sykepleier i og aktivt drive med risikovurdering av de eldre pasientene på sykehjemmet. I praksis har jeg erfart at det er lite fokus på risikofaktorer og vurdering blant sykepleierne jeg har møtt, men jeg må samtidig påpeke at flere av sykepleierne har den aktuelle kunnskapen i seg. Den blir bare ikke praktisert i tilstrekkelig grad i følge mine erfaringer. Carlsson et.al (2001) sine funn tyder på at det er for lite fokus på risikovurdering. Når det finnes predikatorer, skalaer og teori om risikofaktorer kunne dette vært tilgjengelig på arbeidsplassene i form av prosedyre eller oppslagsverk, slik at fokuset på risikovurdering øker

og flere sykepleiere kan ta dette i bruk. Risikovurdering er en viktig del av forebyggingen, fordi den avgjør om det skal settes i gang tiltak, og bør derfor utføres jevnlig på sykehjemmene som har mange eldre pasienter med to eller flere av risikofaktorene tilstede. Brodtkorb et.al (2008 s.192) poengterer at forebyggende tiltak når det gjelder pleie av sår og hud, handler om å vurdere om pasienten allerede har utviklet sår eller om han eller hun er i risikozonen. Risikovurdering er en stor del av det forebyggende arbeidet, og sykepleier må derfor bli flinkere til å drive risikovurdering av sine pasienter.

Brodtkorb et.al (2008 s.192) og Langøen (2006 s.256-264) beskriver begge tiltak ved forebygging av decubitus. Tiltakene går ut på å sikre ernæringsstatus, væskestatus, hel og ren hud, og ofte leieendring. Observasjon er også en viktig del av det forebyggende arbeidet. Langøen (2006 s.256-264) poengterer at det er mest gunstig og bruke flere virkemidler samtidig i det forebyggende arbeidet. Virkemidlene kan både være manuelle, madrasser eller lokale trykkavlastende hjelpemidler som bandasjer og puter. Tiltakene som er beskrevet i teorien er etter min mening tiltak som ikke vil kreve så mye av sykepleier annet enn årvåkenhet, tid og oppmerksomhet. Slik jeg forstår det er alle tiltak viktige, og dersom alle tiltak utføres og fokuseres på, vil det bli mer riktig forebygging, og også bedre kvalitet i forebyggingen. I en travel hverdag på sykehjemmet kan det være lett å glemme pasientene som er sengeliggende på rommene sine, men det er desto viktigere å bruke tid og se om disse pasientene. Bare det å gå inn med et glass drikke utenom måltidene kan være med å hjelpe. Eller det å bruke litt ekstra tid på at pasienten får i seg middagen. Det å huske på å snu pasienten jevnlig er også viktig, da pasienten gjerne ikke klarer dette selv. Ved forflytning er det gunstig å løfte pasienten i stedet for å skyve i, og det er viktig at pasientens plassering i sengen er gunstig (Langøen, 2006 s.256-264). Her finnes det hjelpemidler som løftelaken, «easy slides» og andre typer skilaken som sykepleier kan benytte i forflytning. Disse tiltakene vil kunne bidra til forebygging. Dette er også tiltak som ofte kan være lette å glemme i hverdagen, men som utgjør en forskjell dersom de blir fulgt. I følge Langøen (2006 s.256-264) skal det også være trykkavlastende hjelpemidler tilgjengelig på arbeidsplassen, og de skal tilpasses pasienten og om det er lav, middels eller høy risiko.

Risikovurdering og det å kjenne til risikofaktorer ved utvikling av decubitus bør være en stor del av det forebyggende arbeidet fordi det er slik sykepleier oppdager hvilke pasienter som er i risikozonen. Både teori og hjelpemidler er tilgjengelige for sykepleier, men forskningen (Carlsson et.al 2001) tyder på at det ikke utføres tilfredsstillende risikovurdering blant

sykepleiere. Sykepleier bør øke fokuset på risikovurdering og gjøre dette til en naturlig del av utøvelsen av sykepleie til de eldre pasientene. Dersom sykepleier aktivt driver risikovurdering, vil flere pasienter i risikozonen fanges opp, og forebyggende tiltak vil kunne settes i gang i tide.

Når pasienten er vurdert til å være i risikozonen, er det viktig at sykepleier setter i gang forebyggende tiltak, utfører dem og sørger for at de blir utført og fulgt opp av andre. Tiltakene er en selvfølge for at det forebyggende arbeidet skal ha en positiv funksjon. Tiltak sykepleier kan sette i gang er å sikre et tilstrekkelig væskeinntak og næringsinntak hos pasienten, holde huden ren og hel ved personlig hygiene, og jevnlig endre leie hos pasientene som ikke klarer dette selv. Det skal også være hjelpemidler tilgjengelig på arbeidsplassen, som madrasser, som sykepleier kan benytte seg av. Sist, men ikke minst, er også observasjon et svært viktig tiltak sykepleier gjør i det forebyggende arbeidet. Forebyggende tiltak som finnes i teorien (Langøen, 2006 s.256-264 og Brodtkorb et.al, 2008 s.192) er konkrete og krever at sykepleier er observant og bruker litt tid på dem. Disse tiltakene kan være lette å glemme i en hektisk hverdag, men det utgjør så mye dersom sykepleier prioriterer disse. Forebyggende tiltak vil kunne hindre at decubitus oppstår, og dermed sparer pasienten for belastningen decubitus medfører.

### 5.3 Sykepleie og omsorg

Et lite sår kan virke uskyldig og lett og behandle, men Cullum et. al (2006) viser at decubitus også påvirker livskvaliteten til pasientene. Pasientene mener at decubitus påvirker det psykiske-, fysiske- og sosiale livet. Mange er også redd for smertene, og er engstelige for at såret ikke vil gro. Når decubitus fører med seg så mye belastning for en pasient, er det klart at fokuset på forebygging bør øke slik at pasientene unngår denne belastningen. I praksis har jeg erfart at pasientene som hadde fått decubitus, hadde disse over lang tid selv om ulike behandlingstiltak ble satt i verk. Mange av pasientene jeg har møtt klagde over smerter og var engstelige. Ut i fra funnene til Cullum et.al (2006) vil det være mer gunstig å forebygge, enn å sette i gang med lang behandling som går utover pasienten, når decubitus faktisk kan forebygges. Flere og flere eldre bor på sykehjem, de fleste er over 67 år og har nedsatt funksjonsevne. De vil få stadig dårligere helsetilstand (Brodtkorb et. al, 2008 s.225) Mange av disse eldre vil bli pleietrengende og avhengige av andre. I følge Martinsen (2003 s.43-44) er det å være avhengige av andre forbundet med noe negativt, fordi selvhjelpenhet er et ideal i vårt samfunn. Likevel er alderdommen den perioden i livet der det er større sjanse for å bli

avhengig av andre. Omgivelsene er med på å påvirke vår egen selvoppfatning, og vi søker anerkjennelse hos andre. Ut i fra forventningene blir alderdommen noe negativt i følge Martinsen (2003 s.43-44). Det å være beboer på et sykehjem fører naturlig til at en blir avhengig av andre, og de eldre som er sengeliggende vil trenge hjelp til det meste. De fleste vil heller ikke bli uavhengige igjen. Det er viktig å huske på at mange av dem som bor på sykehjemmet tilbringer siste del av livet sitt der, og det er derfor ikke alltid et mål om at de skal bli uavhengige og selvhjulpne igjen. Martinsen (2003 s.14-17) sier noe om den moralske siden ved omsorgsbegrepet, og peker på at kvaliteten i relasjonen er viktig, og hvordan vi er i relasjonen med den andre gjennom de praktiske handlingene våre. Decubitus vil kunne føre med seg ulike komplikasjoner og vil være en ekstra belastning hos en pasient som er sårbar og utsatt fra før av. Det vil derfor være viktig, og ikke minst naturlig, at sykepleier som driver forebyggende arbeid av decubitus hos den eldre sengeliggende gjør dette med omsorg. En viktig del av utøvelsen av sykepleie til eldre sengeliggende er å utøve hjelp ut i fra den andres tilstand og ikke ut i fra forventet resultat. Dette er i følge Martinsen (2003 s.14-17) den praktiske siden av omsorgsbegrepet. Omsorgsbegrepet handler om å ta hånd om og å hjelpe, og begrepet er sentralt i sykepleien. (Martinsen, 2003 s.14.17). Hun påpeker at omsorgen viser seg gjennom vårt praktiske arbeid, og det handler om å gi omsorg for ikke selvhjulpne mennesker. Cullum et. al (2006) påpeker at nesten alle pasientene i deres studie er avhengig av andre. Det er tidligere nevnt at de eldre sengeliggende pasientene er en pasientgruppe uten særlig mye egne ressurser. Dette er en pasientgruppe som er relativt svak, og som oftest er de svært avhengige av andre og at andre ivaretar dem. Prinsippet om ansvaret for de svake er i følge Martinsen (2003 s.14) et verdiprinsipp og et forbilde. Alle kan havne i en situasjon som gjør dem hjelpetrengende og vi bør handle slik at alle har mulighet til å leve et så godt liv som mulig. Derfor må sykepleier ta på seg ansvaret for den svake pasienten og å forebygge decubitus. Målet med vedlikeholdsomsorg er å opprettholde et visst funksjonsnivå og å unngå forverring. En må fokusere på situasjonen her og nå, og å gjøre det så godt som mulig for pasienten (Martinsen, 2003 s.78).

For sykepleier som skal forebygge decubitus hos sengeliggende eldre, er det i tillegg til de tiltak og vurderinger som tidligere er drøftet også viktig å ivareta den sårbare pasienten best mulig. For decubitus påvirker pasientens liv og helse. Sykepleier må bry seg og engasjere seg. Sykepleiers holdning, verdier og væremåte gjenspeiler seg nemlig i kvaliteten på omsorgen, og ved god omsorg vil den sengeliggende pasientens verdighet ivaretas. Pasienten vil også kunne oppleve trygghet og tillitt til sykepleier, noe som er viktig for et godt samarbeid

mellom pasient og sykepleier. Vedlikeholdsomsorgen er viktig i arbeidet med eldre sengeliggende. Gjennom god omsorg og uten å forvente at pasienten skal yte noe tilbake vil det forebyggende arbeidet være av god kvalitet, og sykepleier vil ivareta pasienten som ikke har nok egne ressurser til å forebygge decubitus på egenhånd.

## 6.0 Avslutning

Forebygging av decubitus hos eldre pasienter på sykehjem som er sengeliggende, er en av sykepleiers oppgaver i utøvelsen av sykepleie. For at forebyggingen skal ha en positiv funksjon, er det viktig at sykepleier holder seg faglig oppdatert på kunnskap relatert til forebygging av decubitus. Dette kan gjøres ved å lese aktuelt fag- og forskningsstoff eller ta kurs som går på forebygging og risikovurdering. Ledelsen på sykehjemmet har også et ansvar her når det gjelder å tilby sine ansatte kurs, eller å gjennomføre prosjekter som vil øke både fokus og kunnskap. Oppslagsverk eller prosedyrer rundt tiltak og risikovurdering kan utformes og være tilgjengelig på arbeidsplassen. Kunnskap om årsaker, risikofaktorer og tiltak er vesentlig for at det forebyggende arbeidet skal være av god kvalitet. Sykepleier må også øke fokuset på og bli mer bevisst på å drive med risikovurdering av pasientene på sykehjemmet, slik at pasienter i risikozonen blir fanget opp i tide. Nortons skala er et eksempel på et tilgjengelig verktøy som sykepleier kan ta i bruk for å drive risikovurdering. Risikovurdering er vesentlig i det forebyggende arbeidet fordi det ikke iverksettes tiltak før pasienten er i risikozonen. De forebyggende tiltakene handler om å sikre god væske- og ernæringsstatus, holde huden hel og ren, observere og endre leie jevnlig. Dette er tiltak som ikke krever all verden av sykepleier, annet enn tid, årvåkenhet og prioritering. Sykepleier bør ta i bruk alle tiltakene for at forebyggingen skal være mest mulig gunstig for pasienten. Eldre sengeliggende er utsatt for å utvikle decubitus, og har allerede to risikofaktorer knyttet til seg da de har høy alder og er immobile. De har også mindre egne ressurser enn andre, og er en forholdsvis svak pasientgruppe. Disse pasientene er sårbare, og sykepleier må i tillegg til det praktiske rundt forebyggingen også ivareta dem gjennom omsorg og en helhetlig tilnærming. Forskning tyder på at det er mangel på kunnskap og for lite fokus på forebygging og risikovurdering blant sykepleiere i dag, og det er viktig at fokuset og kunnskapen økes. Decubitus påvirker nemlig pasientens livskvalitet og helse på en negativ måte, og fører med seg tilleggsbelastninger som smerter og følelsen av å være avhengig av andre. Riktig og god forebygging av decubitus vil spare pasienten for disse tilleggsbelastningene og øke livskvaliteten hos dem, slik at også deres velferd og verdighet ivaretas.



## Referanseliste

Athlin, E, Idwall, E, Jernfält, M & Johansson, I.(2009). *Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses*. Journal of Clinical Nursing, 19, 2252-2258.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02886.x

Bjøro, K & Ribu, L.(2009). *Pilotstudie av trykksårprevalens i et norsk sykehus*. Sykepleien Forskning 2009 4(4):298-305.

DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0146

Brodtkorb, K, Kirkevold, M & Ranhoff A, H.(2008). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Carlsson, M, Gunningberg, L, Lindholm, C & Sjöden, P-O.(2001).*Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation*.

Scand J Caring Sci; 2001; 15; 257-263.

Cullum,N, Iglesias, C, Mason, S, Nelson, A, Nixon, J & Spilsbury, K (2007). *Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives*. Journal of Advanced Nursing 57(5), 494-504.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04140.x

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*.

Stocholm: Natur och kultur.

Kristoffersen, N, Nordtvedt, F, & Skaug E.A.(2005). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Langøen, A.(2006) *Huden – pleie, pleiemidler og sårbehandling*. 3.utgave.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Martinsen, K.(2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utgave.

Oslo: Universitetsforlaget.

Oland, I. (2001). *Sår og sykepleie*.

Oslo: Universitetsforlaget.

Sprakes, K & Tyrer, J (2010). *Improving wound and pressure area care in a nursing home*.

Nursing Standard, 25, (10), 43-49.

## VEDLEGG 1 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Bjørø, K & Ribu, L(2009).  «Pilotstudie av trykksår-prevalens i et norsk sykehus»	Hensikten med denne studien var å kartlegge forekomst, alvorlighetsgrad og forebyggende tiltak av trykksår.	Dette er en pilotstudie med kvantitativ design. Fire team med to sykepleiere fylte ut skjema for registrering av trykksår og undersøkte 85 pasienter fra 15 år og oppover.	Studien involverte alle pasienter over 15 år innlagt mellom kl. 00.00 og 24.00 på registreringsdagen. Prosjektgruppen besto av to forskere med spesialisering på sår, en prosjektkoordinator og 8 sykepleiere.	Forekomsten av trykksår var 17.6 % inkludert grad 1 og 7,1 % inkludert grad 2-4. Vanligste sårlokalisasjonen var hælene. Av de pasientene med behov for forebygging manglet 37,5 % trykkavlastende madrass i seng, 90 % var uten trykkavlastning i stol og ingen hadde planlagt leieendring i seng eller stol.

## VEDLEGG 2 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Athlin, E, Idvall, E, Jernfält, M &amp; Johansson, I (2008).</p> <p>“Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: perceptions of hospital and community care nurses”</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive faktorer som bidrar til progresjon og regresjon ved trykksår ut i fra sykepleiernes egen forståelse.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie der en intervjuguide ble utformet basert på litteratur og forskernes egne erfaringer som sykepleiere. Intervjuene varte i en time, og ble tatt opp på bånd.</p>	<p>16 sykepleiere fra to sykehus og 14 sykepleiere fra kommunehelsetjenesten ble intervjuet i 2005. De hadde jobbet i minst 5 år som sykepleiere og hadde erfaring med pasienter med trykksår de siste 6 månedene.</p>	<p>Tre hovedkategorier oppstod, og viste at trykksår ble ansett som å bli påvirket ut i fra faktorer som den individuelle pasienten, helsepersonellet og strukturen i helsevesenet. Sykepleierne hadde for det meste samme oppfatninger av disse faktorene.</p>

### VEDLEGG 3 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Sprakes K &amp; Tyrer, J</p>	<p>Hensikten med denne studien er å finne ut</p>	<p>Dette er en kvantitativ</p>	<p>Forfatteren valgte i</p>	<p>Ved å følge prosjektets</p>

(2010). “Improving wound and pressure area care in a nursing home”	om gjennomføring av et sår og trykksår kompetanserammeverk på et sykehjem vil føre til bedring av pasientenes prognose og redusering av alvorlighetsgraden og forekomsten av sår og trykksår.	studie der sykepleierne hadde teoretisk kurs over en dag med vurdering av sår og trykksår og en dag med forebygging og behandling av sår og trykksår. Kunnskapen deres ble vurdert før prosjektet startet og igjen etter prosjektet var ferdig. Dataene ble samlet i en 6 måneders periode både før og etter prosjektet	samarbeid med lederen for sykehjemmet fire sykepleiere til oppfølging gjennom kompetanserammeverket.	gjennomføring kom det frem at det var reduksjon i antall sår og sykehusinnleggelseser. Helsepersonellet rapporterte også en økning i kunnskap og ferdigheter.
---	---	---	--	---

## VEDLEGG 4 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Carlsson, M, Gunningberg, L, Lindholm, C & Sjöden, P-O (2000). «Risk, prevention and treatment of	Hensikten med denne studien er å undersøke sykepleiere og sykepleieassistenter sin kunnskap om risiko, forebygging og behandling av	Dette er en kvantitativ studie der et spørreskjema ble sendt ut til deltakerne før systemet ble innført. Det ble	Målgruppen bestod av 41 sykepleiere og 44 sykepleierassistenter som jobbet på universitets-sykehus i Sverige.	Det kom frem at sykepleierne og sykepleieassistenterens kunnskaper og dokumentering av risiko, forebygging og

pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation”	trykksår før innføring av et system med risikovurdering og klassifisering av trykksår hos pasienter med hoftebrudd. Hensikten er også å undersøke tiltak som er dokumentert i pasientjournaler og i hvilken grad dokumenterte tiltak samsvarer med Svenske kvalifiserte retningslinjer.	Samlet data om alle pasientene med hoftebrudd. Resultatene ble analysert og sammenlignet med retningslinjene.	Mesteparten var kvinner, og gjennomsnittstallet for arbeidserfaring var 7 år for sykepleiere og 10 år for sykepleierassistenter.	Behandling av trykksår kan forbedres.
--	---	---	--	---------------------------------------

## VEDLEGG 5 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Cullum, N, Iglesias, C, Mason, S, Nelson, A, Nixon, J & Spilsbury, K (2006)  “Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital	Hensikten med denne studien er og utforske pasienters erfaringer og oppfatninger av trykksårs påvirkning på helse og livskvalitet.	Kvalitative semi-strukturerte intervjuer ble utført fra 2002 til 2004. Dataene ble tematisk analysert. Studien er godkjent av etisk komite. Intervjuene ble tatt opp, med pasientenes	Deltagerne i studien er 23 innlagte pasienter. 5 menn og 18 kvinner i alderen 33-92 år med trykksår av ulik grad.	Studien viser at de fleste av pasientene mener at trykksår og behandlingen av trykksår påvirker livet deres emosjonelt, mentalt, fysisk og sosialt. 91 % opplevde smerter i forbindelse med

inpatient perspectives”		samtykke.		trykksår.
-------------------------	--	-----------	--	-----------

## Vedlegg 6: Nortons skala

Antall poeng	Fysisk tilstand	Psykisk tilstand	Aktivitet	Mobilitet	Inkontinens
1	God	Våken	Oppegående	Full mobilitet	Kontinent
2	Middels	Apatisk	Går med hjelp	Noe begrenset	Av og til
3	Dårlig	Forvirret	Sitter oppe	Meget begrenset mobilitet	Vanligvis for urin
4	Svært dårlig	Stuporøs	Sengeliggende	Ingen mobilitet	For urin og avføring

(Langøen og Gottrup, 2006 s. 198).

